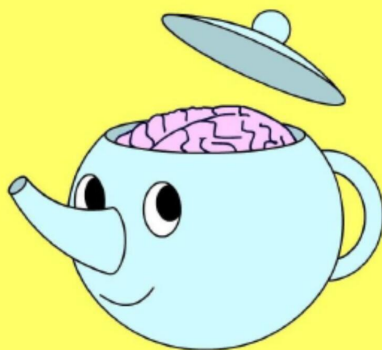


Бахытжан Аширбеков

ПСИХИАТРИЯ

КУРС ДЛЯ ЧАЙНИКОВ



Бахытжан Аширбеков

Психиатрия. Курс для чайников

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=68818047

SelfPub; 2023

Аннотация

Это книга о психиатрии – самой закрытой и таинственной медицинской специальности. В ней вы узнаете какими проблемами и болезнями занимаются психиатры и чем же они отличаются, например, от невропатологов. Возможно, книга поможет вам лучше понять и принять себя и окружающих и уж определенно точно расширит ваши знания о нас самих, о нашей психике и о мире, в котором мы живем. В первую очередь книга предназначена для самого обычного человека, не имеющего специального медицинского образования, а потому написана вполне доступным языком. Но вполне вероятно, что она может также оказаться полезной и интересной для врачей-непсихиатров, которые когда-то в студенческие годы прошли цикл по психиатрии и, наверняка, многое уже подзабыли.

Содержание

Предисловие	4
Часть 1. Общая психиатрия	6
Глава 1.1. Что такое психика	7
1.1.1. Для чего нужна психика	8
1.1.2. Компьютер, мозг и психика	11
1.1.3. Уровни психики	14
1.1.4. Психологическая защита	18
1.1.5. Психика у ребенка	21
1.1.6. Психика и мама	24
1.1.7. Развитие психики	28
Глава 1.2. Симптомы и синдромы	31
1.2.1. Расстройства сферы ощущений	35
1.2.2. Расстройства сферы восприятия	39
1.2.3. Расстройства сферы мышления	47
1.2.4. Расстройства памяти	69
1.2.5. Расстройства сферы интеллекта	74
1.2.6. Расстройства эмоциональной сферы	77
1.2.7. Расстройства двигательной сферы	88
1.2.8. Расстройства сознания	92
Конец ознакомительного фрагмента.	93

Бахытжан Аширбеков

Психиатрия. Курс для чайников

Предисловие

Психиатрия – это раздел медицины, который занимается изучением, диагностикой, профилактикой и лечением психических расстройств.

Психиатрию иногда путают с неврологией, а психиатров с невропатологами. На самом деле, действительно 150 лет назад психиатрия и неврология были единой специальностью в медицине. Затем по мере накопления и углубления научных знаний психиатрия стала отдельным направлением со своими понятиями и терминами и со своей отдельной структурой больниц и диспансеров. В настоящее время невропатологи занимаются расстройствами *нервной системы*, а психиатры – расстройствами *психики*. В чем разница вы, надеюсь, поймете по мере прочтения этой книги.

Еще психиатров часто путают с психологами. Но психологи, во-первых, не имеют медицинского образования, и они – не врачи, а, во-вторых, психологи занимаются изучением клинически здоровой психики и решением личностных про-

блем. Психиатры же – это всегда врачи, и они занимаются расстройствами психики, которые достигают клинического уровня. На практике в реальной жизни, конечно же иногда сферы компетенций психиатра и психологов пересекаются, и они не противостоят друг другу, а дополняют друг друга.

Вокруг психиатрии и психических болезней много различных мифов, домыслов и заблуждений. Во многом это связано с тем, что в наших (постсоветских) странах, да и во всем мире, психиатрия долгое время оставалась достаточно закрытой от общества. Система больниц закрытого типа и строгий диспансерный учет пугали людей. Непосредственно с психиатрами контактировали, в основном, только пациенты с серьезными психическими проблемами, а все остальные старались не иметь дела с психиатрической службой. Плюс к этому до сих пор в русскоязычном пространстве практически нет книг по психиатрии, рассчитанных на обычного читателя, в которых доступным языком доносились бы знания, накопленные в этой области. Неудивительно, что широкая публика с некоторой боязнью и неприязнью относится к данной медицинской специальности и психическим болезням. Ведь неизвестное почти всегда настораживает и пугает. Так уж устроена наша психика.

Надеюсь, что данная книга в какой-то мере восполнит потребность любознательного читателя в знаниях о психическом здоровье и психических болезнях.

Часть 1. Общая психиатрия

В первой части книги мы рассмотрим общие вопросы о психике, о симптомах и синдромах в психиатрии, методах диагностики и лечения в целом.

Такого рода общую информацию без привязки к конкретным болезням врачи изучают в особом разделе психиатрии, который называется «Общая психиатрия». Подобные общие разделы, дающие вводные знания и навыки, имеются во всех медицинских специальностях.

Это очень важная часть, обязательная к последовательному прочтению от корки до корки, т. к. без этих общих знаний будет трудно понять проявления какой-то отдельно взятой болезни.

Знания об определенных болезнях, их клинике и лечении мы изучим во второй части этой книги, включающей такой раздел специальности, как «Частная психиатрия».

Глава 1.1. Что такое психика

Дать однозначное, емкое, и при этом понятное для всех, определение психики очень сложно. Примерно мы все представляем, что это такое. Мы все непосредственно воспринимаем наш внутренний мир, наши чувства, мысли, воспоминания и примерно понимаем, что все это как бы и есть психика. Часто психику отождествляют с душой, с сознанием. Все это, в принципе, отчасти верно.

Попробуем теперь лучше понять, что такое психика, исходя из того, зачем она нужна, из чего состоит, как работает и как формируется.

1.1.1. Для чего нужна психика

Все живые организмы на Земле, в том числе и человек, живут в условиях окружающей среды. Из внешней среды организм получает пищу, кислород, воду и т. д. Организм не может существовать сам по себе, без обмена веществами и энергией с природой. И чем лучше организмы приспособлены к окружающей среде, тем лучше они выживают и размножаются.

Так вот, психика нужна живым организмам для более успешной адаптации и выживания.

Простейшие одноклеточные (вспомните про амёбу и инфузорию-туфельку из школьной биологии) уже могут реагировать на сигналы извне (в основном на химические сигналы). Они сокращаются, меняют форму, стараются уйти в сторону от опасности. Эта способность, которая называется *раздражимость*, в ходе эволюции тысячекратно усложнилась и привела к формированию сложной психики у высших животных.

У одноклеточных организмов, конечно же, нет психики. Для появления психики нужно, чтобы у организма была более или менее организованная нервная система. Такая нервная система есть только у многоклеточных сложных организмов, в которых разные типы клеток выполняют разные функции. Например, мышечные клетки обеспечивают движение,

клетки кишечника обеспечивают пищеварение и т. д.

Нервная система у человека и у всех животных состоит из специализированных нервных клеток – нейронов. Эти нейроны специально созданы природой для обработки информации и управления многочисленными процессами, протекающими в организме.

Нервная система человека – самая сложная на Земле и включает в себя головной мозг, спинной мозг и множество нервов, которые словно нити проникают в каждый уголок нашего тела.

Наш головной мозг состоит из больших полушарий, промежуточного мозга, среднего мозга, мозжечка, продолговатого мозга. Каждый из этих отделов выполняет свои определенные задачи.

Нервная система успешно справляется с обработкой внутренней информации от организма и с управлением внутренними процессами организма. В нашем организме постоянно одновременно протекают сотни больших и мелких процессов: наши легкие дышат, сердце гоняет кровь по сосудам, выделяется желчь, переваривается пища, выделяются гормоны, почки фильтруют кровь, моча накапливается в мочевом пузыре и т. д. И все это должно работать слажено и скоординировано.

Но еще нервная система должна обрабатывать внешнюю информацию. Чтобы успешно адаптироваться к внешней среде организм должен знать, что происходит вокруг него.

Должен суметь воспринять информацию, обработать ее, сделать выводы, принять оптимальное решение и предпринять соответствующие действия. Кроме того, нервная система должна соотнести внешнюю информацию с внутренними данными о состоянии внутренних процессов и внести соответствующие корректировки в работе систем организма.

Для успешного решения этих сложных задач и появилась в ходе эволюции психика. Элементарные зачатки психики есть уже у червей. В дальнейшем в течение миллионов лет нервная система и психика животных становилась все сложнее и достигла текущего высшего развития у человека.

Благодаря развитой психике человек успешно приспособился к природе. Более того, человек стал приспособливать природу под себя и распространился по всей Земле, как никакой другой вид животных. Все животные на Земле вынуждены жить в определенной природной нише, в условиях, которые подходят для их жизни и размножения. Например, крокодилы живут только в водоемах теплого климата, белые медведи – только в пределах полярного круга и т. д. И только человек, имеющий самую сложную нервную систему и самую эффективную психику, может жить практически в любом уголке планеты и даже потихоньку уже выходит за ее пределы. И эти преимущества дали ему не толстая кожа, крылья, рога или мускулы, а именно психические способности.

1.1.2. Компьютер, мозг и психика

Работу головного мозга для наглядности можно сравнить с работой и строением компьютера.

Компьютер состоит из разных деталей, блоков, плат, микросхем и т. д., то что еще просто называют «железом». «Железо» само по себе не работает. Для работы компьютера и любого подключаемого к нему дополнительного устройства необходимы программы («софт»), которые устанавливаются на «железо». Т. е., для того, чтобы мы могли пользоваться компьютером нам нужны реальное физическое «железо» (в виде системного блока, монитора и др.) и виртуальные программы (операционная система, «офисовские» программы, драйвера и др.).

Примерно, то же самое с работой нашего мозга. Наше «железо» – это сама нервная система: головной мозг с его большими полушариями, корой, нейронами, спинной мозг и нервы. А наш «софт» – это наша психика, которая подобно программам обеспечивает работу головного мозга. И одно не работает без другого.

Продолжим аналогию и разберем из чего состоит психика.

У компьютера есть специальные устройства ввода информации (клавиатура, камера, микрофон, дисководы, сканер) и соответствующие программы. Эти устройства обеспечивают поступление информации в компьютер. У человека есть

соответственно органы чувств (глаза, уши, язык, обоняние, кожа). От них через нервы, как по проводам, в головной мозг поступает информация в виде сигналов. За восприятие и первичную обработку этих сигналов отвечает такой блок психики, как *психическая сфера ощущений и восприятия*.

В компьютере (процессор, ОЗУ, жесткий диск и др.) далее происходит обработка и хранение информации. У человека за это отвечают определенные структуры головного мозга и психические процессы *мышления и памяти*. Мышление позволяет нам анализировать ситуацию, делать выводы, принимать необходимые решения. Память обеспечивает хранение информации и воспроизведение ее при необходимости.

Результаты обработки информации компьютер выдает через экран, принтер, колонки и еще какие-нибудь девайсы выхода. Наш головной мозг и психика выдает ответ через *вегетативные и двигательные реакции, речь, действия, поступки, поведение*.

Вегетативные реакции – это реакции наших внутренних органов. Например, в ответ на опасную ситуацию у нас повышается артериальное давление, усиливается работа сердца и кровообращение. Наш речевой или поведенческий ответ проявляется в том, что мы в зависимости от ситуации говорим те или иные слова, совершаем те или иные поступки.

На этом наше сходство с современными компьютерами заканчивается, потому что у нас есть еще такие важнейшие сферы психики как *эмоции, воля и сознание*. Возможно, в

будущем, если верить прогнозам фантастических фильмов, и появятся компьютеры с искусственным разумом, обладающим эмоциями и собственной волей. Но пока что это не так.

Эмоции отражают степень удовлетворенности различных потребностей человека, лежат в основе его мотивов и стремлений. Эмоции тесно связаны с волевой сферой человека, и вместе они во многом определяют поведение человека и наряду с сознанием и самосознанием лежат в основе того, что мы называем «Я», того, чем мы являемся как субъект, как личность.

1.1.3. Уровни психики

Можно выделить сознательный и бессознательный уровни психики.

Сознательный уровень психики – это наше сознание, наши мысли и эмоции, наши ощущения и образы, которые мы осознаем в данный момент. В каждый момент времени мы осознаем кто мы, где мы находимся, понимаем какой сегодня день, что вокруг нас происходит, что нам говорят окружающие и что говорим мы сами, о чем думаем и т. д.

Однако, подобно айсбергу, у которого есть подводная часть, гораздо большая, чем надводная видимая часть, у психики есть глубокий обширный **бессознательный уровень**. На этом бессознательном уровне происходят все автоматизированные процессы психики, которые не требуют участия и контроля нашего сознания.

Например, когда я в темноте вхожу в свою комнату, моя рука *сама автоматически* тянется к выключателю и включает свет. Я даже не осознаю это свое действие, не осознаю того, что делает моя рука, мое сознание может быть занято совершенно другими мыслями. И мне не нужно отвлекаться на то, чтобы включить свет. Так как я прежде делал это уже сотни раз, мой мозг запомнил эти действия, запомнил расположение выключателя в этой комнате и данную задачу перевел на автоматический режим в бессознательный уровень

психики, чтобы не отвлекать мое сознание от решения более важных задач.

Но вот, допустим, я переехал в другую квартиру, и теперь в моей новой комнате выключатель находится не слева, а справа. Первые дни моя рука будет по привычке тянуться налево, и мне придется каждый раз вспоминать, что теперь то выключатель справа и уже сознательно корректировать свои действия. Данная задача из автоматизированного бессознательного режима «автопилота» перейдет в режим сознательного «ручного управления». И этот сознательный режим сохранится до тех пор, пока я не привыкну к новой комнате с ее особенностями, и тогда по прошествии 1–2 месяцев эта задача по включению света вновь перейдет в автоматический режим.

Спортсмены повторяют определенный набор сложных движений (в фигурном катании, гимнастике, боксе и т. д.) десятки тысяч раз, переводят управление ими на бессознательный уровень и становятся способны выполнять их на автомате, быстро, не теряя времени на обдумывание и сознательный контроль.

Таким образом, на бессознательном уровне психики работают все заученные нами движения, шаблоны мышления, стереотипы, привычки, наши эмоциональные реакции и т. д.

Такая автоматизация психических процессов обеспечивает экономный и эффективный режим работы мозга. Но в этом есть и свои минусы. Например, мы часто воспринима-

ем какие-то события или поступки других людей и реагируем на них не объективно, а через призму своих шаблонов и программ, хранящихся на бессознательном уровне психики. Часто бывает, что мы сами не понимаем, почему в той или иной ситуации мы отреагировали именно так, почему у нас возникли именно эти чувства. И происходит это потому, что мы осознаем лишь ту часть своих психических процессов, которые лежат на поверхности, в то время как корни их уходят глубоко в бессознательное.

Пожалуй, самый известный человек, с чьим именем связано учение о бессознательном – это австрийский психиатр Зигмунд Фрейд (1856–1939). О нем, наверное, слышал каждый образованный человек в мире. Он, конечно, был далеко не первый, кто писал и говорил о бессознательном, но, именно его труды подняли эту проблематику на новый уровень и широко ее популяризировали.

Помимо деления на сознательное и бессознательное, также можно условно выделить «низшие» и «высшие» формы психики.

«Низшие» слои психики очень плотно связаны с биологией организма, с функционированием наших органов. Это наши инстинкты и влечения (например, наше сексуальное влечение или пищевые инстинкты). Такие формы психики есть и у животных.

В отличие от животных у человека есть «высшие» формы психики, связанные с речью, словом и мышлением. Их на-

личие позволило людям накапливать и передавать информацию и опыт следующим поколениям, наращивая коллективные знания и развивая, таким образом, адаптивные способности человека как биологического вида в геометрической прогрессии.

Следует сказать, что у человека также есть высшие психические феномены, связанные с идеалами, мировоззрением, культурой, межличностными отношениями и т. д. Именно они определяют поведение у здорового взрослого человека. Инстинктивное поведение имеет место только в первые годы жизни ребенка.

1.1.4. Психологическая защита

Научные эксперименты по изучению работы мозга и психики показали, что мы видим не все, на что смотрим, слышим не все, что слушаем.

Мы знаем, что информация входит в наш мозг через глаза, уши и другие органы чувств. Однако не вся информация, которая дошла до мозга, доходит до нашего сознания и осознается нами. Информация, которая лично для нас неприятна, либо проходит мимо нашего сознания, либо требует больше времени для понимания и осознания.

В экспериментах, в которых участникам показывают быстро сменяющиеся картинки, люди замечают нейтральные и приятные картинки и «не успевают» заметить неприятные изображения.

В бессознательной части нашей психики существуют «фильтры» – механизмы психологической защиты, которые защищают наше чувствительное «Я», наше сознание от неприятной информации и помогают поддерживать стабильность психики. Благодаря психологической защите снижается уровень тревоги и дискомфорта.

Зигмунд Фрейд, который впервые описал некоторые виды психологической защиты, считал, что такая защита снижает уровень напряжения, которое возникает из-за противоречий между бессознательными импульсными влечениями и внеш-

ними социальными ограничениями. Например, внутренняя потребность в сексе может вступать в противоречие с внешними социальными нормами приличия.

Система психологической защиты настраивает работу психики в целом так, чтобы процессы в бессознательном уровне были согласованы с процессами в сознательном уровне с учетом требований общества, в котором он живет. Ведь человек должен приспосабливаться и адаптироваться не только к природной среде, но и к *социальной среде*. Без социума человек не сможет жить, так же, как и без природы.

Иногда, система психологической защиты по разным причинам может сформироваться неоптимальным способом, и тогда она не столько защищает нас, сколько становится источником проблем и мешает адекватно воспринимать информацию.

Механизмов защиты описано порядка 15–20. Какие-то из них считаются зрелыми и «более здоровыми», какие-то «более патологическими». Для детей свойственны свои механизмы, подходящие для их возраста. У взрослых работают другие виды защиты. Если у взрослого человека встречается вид защиты, более свойственный для детей, то это говорит о некоторой незрелости (инфантильности) личности.

Одним из ярких патологических проявлений механизмов психологической защиты являются *истерические расстройства* – истерические слепота, глухота, анестезия или паралич. Например, при истерической слепоте нет никаких ре-

альных повреждений мозга, нервов или глаз, а человек совершенно не видит. Но во время сеанса гипноза он вновь обретает способность видеть.

Одним из интересных механизмов защиты является «проекция». При проекции человек приписывает другому человеку собственные качества, которые считает нехорошими. Например, человек в спорах и дискуссиях легко переходит на личности, но при этом яростно обвиняет именно в этом своих оппонентов, не замечая собственного поведения.

В обычном общении, в эмоционально напряженных ситуациях, в конфликтах механизмы психологической защиты часто приводят к тому, что стороны неверно воспринимают информацию и не понимают друг друга.

1.1.5. Психика у ребенка

Ребенок появляется на свет с определёнными врожденными инстинктами. Эти инстинкты генетически запрограммированы, они изначально заложены в работу нашей нервной системы. Инстинкты обеспечивают автоматизированное (инстинктивное) поведение ребенка.

Например, после рождения младенца прикладывают к материнской груди, и он сразу начинает сосать и глотать молоко. Срабатывают безусловные рефлексy (сосательный, глотательный), которые обеспечивают данное инстинктивное поведение.

Есть и другие безусловные рефлексy. Например, хватательный рефлекс: если вы вложите ваш палец в ладонь младенца, ладошка сожмется, и ребенок схватит вас за палец. Или ориентировочный рефлекс, который возникает в ответ на незнакомый звук или предмет и проявляется в том, что ребенок поворачивает голову, прислушивается или разглядывает источник новых звуковых или зрительных раздражений.

Безусловные рефлексy имеются у всех здоровых людей. Это определённые своего рода программы, закодированные генетически и обеспечивающие простые базисные функции нервной системы.

Кроме этого, наш мозг способен формировать *условные*

*рефлекс*ы. В отличие от безусловных рефлексов, условные рефлексы формируются по ходу жизни отдельного индивидуума. И начинается этот процесс накопления условных рефлексов еще в утробе матери. В период беременности нервная система плода получает самые разные сигналы и от организма матери, и от внешней среды (биохимические воздействия, настроение и стрессы матери, внешние звуки, музыка и т. д.). Наш мозг начинается учиться еще до нашего рождения. Когда младенец рождается на свет, он уже узнает, например, голос матери.

После рождения мозг ребенка начинает интенсивно формировать и накапливать условные рефлексы, и это и есть обучение мозга. Ребенок учится видеть, распознавать предметы, сидеть, ползать, ходить, произносить звуки, говорить и т. д. Все это он делает не потому, что это в нем уже заложено генетически, а потому, что он видит, как все это делают окружающие его люди. Ребенок растет не в пустоте, он растет в окружении людей, в социальной среде. И день за днем в его мозгу формируются программы действий, шаблоны, стереотипы поведения, он учится, как необходимо реагировать на ту или иную ситуацию. И учится всему этому в первые годы жизни путем простого копирования поведения и реакций окружающих людей, в первую очередь родителей.

Маленький ребенок просто повторяет действия взрослых, повторяет звуки, слова, на первых порах, совершенно не понимая смысла совершаемых им действий или произносимых

звуков. Но затем постепенно мозг связывает определенные звуки с определёнными предметами или действиями, и ребенок, например, не просто произносит звуки «мама» невпопад, а начинает понимать что звуки «мама» имеют отношение к его маме, и начинает произносить эти звуки только тогда, когда видит или ищет свою маму. Это происходит в результате формирования в его мозгу условной связи (условного рефлекса) между определёнными звуками (мама) и определённым объектом внешнего мира (его матерью).

В ребенке генетически заложена только потенциальная способность к обучению, однако будет ли эта способность реализована, зависит от его окружения.

Это можно увидеть на примере детей-маугли, которые выросли в изоляции от других людей, были выкормлены животными. Из-за отсутствия в ранние детские годы контакта с людьми, такие дети так и не научаются ходить прямо, говорить, общаться с другими людьми. Этому они не могут научиться даже спустя много лет после возвращения в человеческое общество. То есть для полноценного развития психики обязательно необходима социальная среда, присутствие рядом других людей, и особенно необходимо это в первые 3–5 лет жизни.

1.1.6. Психика и мама

Одним из важнейших для нормального развития ребенка факторов является возникновение нормальной детско-материнской привязанности. Мама для ребенка это все: и пища, и защита, и тепло, и психологический комфорт.

Исследователи выделили такие признаки надежной привязанности¹:

- 1) объект привязанности (в большинстве случаев это мама) может лучше других успокоить ребенка;
- 2) ребенок обращается за утешением к объекту привязанности чаще, чем к другим взрослым;
- 3) в присутствии объекта привязанности ребенок реже испытывает страх.

Детско-материнская привязанность начинает формироваться еще внутриутробно. Затем после рождения на правильное ее формирование влияет много факторов, например, взаимоотношения между родителями.

Первые два часа после родов является особым периодом, когда младенец наиболее восприимчив к информации из внешней среды. Этот период очень важен для формирования отношений между матерью и ребенком.

К сожалению, раньше в роддомах ребенка забирали от ма-

¹ Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб: Питер, 2001. – 256 с.

тери сразу после родов и возвращали только для кормления. Сейчас ребенка после родов сразу кладут на мать, и они лежат вместе, находятся в одной палате вплоть до выписки.

Привязанность ребенка к матери наиболее сильна в первые 1–1.5 года.

Нарушения детско-материнской привязанности (при психических заболеваниях родителей, разлуки с матерью, насилии по отношению к ребенку и др.) могут приводить к нарушению физического и психического созревания ребенка, психосоматическим расстройствам, нарушениям в коммуникациях, нарушениям поведения в подростковом и взрослом возрасте и др.

По данным нейронаук, если отлучить ребенка от родной матери, то существенно повышается риск недостаточного формирования определенных рецепторов в головном мозге, что приводит в последующем к повышенной тревожности личности уже во взрослой жизни. Более того, этот признак может передаваться в дальнейшем несколькими следующими поколениям.

Важность грудного вскармливания трудно переоценить. Грудное молоко – это не только оптимальное питание для ребенка и гарантия его хорошего иммунитета. Грудное молоко может даже влиять на оптимальное развитие нервной системы у ребенка.

Приведу упрощенный пример. Допустим, в генетическом наборе у ребенка существует два гена, оба они отвечают за

формирование интеллекта, но один из которых дает более высокий интеллект. Какой из них сработает и начнет действовать зависит от условий, в которых пребывает ребенок. Например, чтобы «более лучший» ген включился и начать работать надо, чтобы у ребенка было грудное вскармливание, т. к. состав грудного молока оптимален для этого (питательные вещества из молока достигнув головного мозга, создают оптимальную биохимическую среду для запуска именно этого гена).

Очень многие вещи как на биологическом уровне, так и на психологическом, запускаются в первые годы жизни ребенка и многое определяют в его дальнейшей жизни. Поэтому очень важно в ранние детские годы обеспечить ребенку оптимальные условия жизни, из которых наиболее важным и незаменимым является присутствие рядом матери.

* * *

Однажды, во время моего дежурства в приемном покое психиатрической клиники привезли на госпитализацию мальчика 10 лет. В направлении врач написал "острый психоз". Побеседовал с мальчиком. Психоза не было. Психозы у детей вообще большая редкость. Гораздо чаще встречаются разнообразные нарушения поведения в ответ на неблагоприятную психологическую обстановку.

Что же выяснилось в ходе беседы?

Мальчишку вскоре после рождения отдали дедушке и бабушке в аул. Когда исполнилось 6 лет, вернули его обратно родителям. Мальчик за прошедшие с тех пор 4 года так и не смог привыкнуть к своим биологическим родителям, не смог адаптироваться в новом месте и с новыми людьми, не завел друзей. Все время твердит, что хочет обратно в аул, убегает из дому, сбегает с уроков, угрожает самоубийством. Из-за такого поведения показали его врачу, и тот решил направить его в психиатрическую больницу. И вот его привезли к нам в клинику.

В Казахстане во многих семьях сохранилась старая традиция – отдавать первенца дедушке с бабушкой. Не знаю точно, но возможно 200–300 лет назад в условиях кочевой жизни в степи в этом был какой-то практический смысл. Но какой смысл в этом сейчас? Что может оправдать нанесение ребенку психотравмы? Ведь сначала ребенок отрывается от родных биологических родителей, а потом через несколько лет отрывается от бабушки с дедушкой, которых он уже считает родными родителями. Мы, взрослые, часто считаем, что дети легко переносят такие вещи, что они быстро все забывают. Но «забывать» – это значит переносить из сферы сознательного в сферу бессознательного. Психотравмы хоть и забываются, но, на самом деле, никуда не деваются, они оседают в подсознательном, встраиваются в систему восприятия этого мира и определяют многое в поведении и судьбе человека.

1.1.7. Развитие психики

С самого рождения и до смерти психика человека претерпевает изменения: психика развивается, усложняется, переживает периоды кризиса и к старости нередко ухудшается в части своих функций.

Есть периоды, когда эти изменения интенсивны и заметны (например, в детстве), и есть длительные периоды более или менее стабильного состояния (например, в зрелый период среднего возраста).

В первые детские годы идет наиболее активное развитие базовых психических функций: сфер ощущений и восприятия, памяти, мышления, двигательных навыков, речи, навыков коммуникации и т. д.

Примерно в 3 года ребенок переживает «кризис трех лет»: психика делает некоторый скачок в развитии, формируется самосознание ребенка, он осознает свое «Я», свою волю и способность управлять своими поступками. Ребенок начинает противопоставлять себя окружающим взрослым, говорить «я сам» и пытаться делать какие-то вещи самостоятельно.

Примерно в 7 лет наступает очередной кризис и перестройка психических процессов, связанные с изменением социальной роли и социального окружения ребенка. В этот период обычно начинается школьное обучение, в социаль-

ной жизни ребенка появляются другие взрослые, кроме родителей, начинается формирование абстрактного мышления.

В 12–13 лет начинается кризисный подростковый период. В течение этого периода идет интенсивное развитие психических процессов, связанных со становлением характера, воли, сексуальности. В этот период уровень социальных взаимодействий выходит на новый уровень, приобретает значимость отношения с противоположным полом, запускаются внутриличностные процессы, связанные с духовной жизнью и становлением базового мировоззрения.

Полное созревание психики завершается примерно к 20 годам. Дальнейшее развитие связано с обучением, приобретением профессиональных навыков, формированием социального окружения и т. д. (т. е. происходит усиление, расширение, улучшение уже имеющихся психических ресурсов, ничего принципиально нового уже не появляется).

В дальнейшем период стабильности длится до старческого возраста. В этот период тоже могут быть кризисы. Так, например, принято выделять «кризис среднего возраста», но этот кризис, в отличие от кризисов детско-подросткового периода, связан не с интенсивной перестройкой психики, а с личностно-социально-мировоззренческими переживаниями.

В старческом возрасте происходит некоторое ослабление психических функций, но, если это здоровая старость, то ни-

какого значительного ухудшения быть не должно. При здоровой старости человек до конца своих дней сохраняет ясность ума, хорошую память, адекватное мышление и поведение.

Глава 1.2. Симптомы и синдромы

В этой большой главе мы разберем симптомы и синдромы психических расстройств.

В психиатрии есть специальный раздел, который занимается изучением и систематизацией психиатрических симптомов и синдромов. Он называется «общая психопатология».

Каждый психиатр обязан досконально знать общую психопатологию. Именно знания по общей психопатологии критически важны для выявления и диагностики психических расстройств.

Проясним, что такое «симптом» и что такое "синдром".

Симптом – это отдельный признак болезни.

Например, кашель – это признак какой-то патологии, происходящей в дыхательной системе. Боль, как симптом, сигнализирует о патологии в определенной части тела. Галлюцинация – признак того, что в работе мозга и психики что-то идет не так.

Один отдельно взятый симптом сам по себе дает мало информации врачу, чтобы делать какие-то определенные выводы. Врачи оценивают совокупность нескольких симптомов. Вот эта совокупность и называется «**синдром**».

Например, такая совокупность, как кашель + повышение температуры + отхаркивание мокроты + хрипы при прослу-

шивании грудной клетки, может привести к мысли о бронхите – воспалении бронхов.

Или, например, зрительные галлюцинации + тревога + признаки нарушенного сознания, скорее всего, свидетельствуют о синдроме делирия.

Синдром не является случайным набором симптомов. Совокупность симптомов закономерно определяется патологическими процессами в организме. В вышеприведенном первом примере, именно воспаление стенки бронхов приводит к повышенной выработке мокроты. Мокрота раздражает стенку бронхов и появляется кашель. Воспаление также приводит к повышению температуры тела. Мокрота и воспаленные стенки изменяют просвет бронхов и во время дыхания при прохождении воздуха возникают шумы, которые распознаются как хрипы, если слушать фонендоскопом грудную клетку больного. Таким образом, несколько отдельно взятых симптомов являются взаимосвязанными и отражают один патофизиологический процесс, который объединяет их в единый синдром (синдром бронхита).

Понятие синдрома широко используется в практике психиатрии. В целом, их не так уж много, поэтому по мере практики можно быстро научиться ориентироваться в них.

Вот перечень синдромов:

- астенический
- неврозоподобный
- психопатоподобный

- конверсионный
- маниакальный
- депрессивный
- галлюциноз
- паранойяльный
- параноидный
- галлюцинаторно-параноидный
- синдром психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо)
- парафренный
- кататонический
- гебефренический
- психоорганический
- амнестический (синдром Корсакова)
- судорожный
- синдромы снижения уровня сознания (оглушение, сопор, кома)
- синдром сумеречного расстройства сознания
- аментивный
- делириозный
- онейроидный
- синдромы недоразвития интеллекта
- дементный
- апатоабулический.

Симптомы и синдромы в общей психопатологии принято группировать по сферам психики. Согласно этому принципу

мы с вами и разберем их.

1.2.1. Расстройства сферы ощущений

Ощущение, ощущать – эти обычные слова нашей речи в психиатрии имеют свое определенное значение термина. В обычной речи «ощущаю», "чувствую", «воспринимаю» почти синонимы. В психиатрии – это разные понятия.

Ощущение – это первая ступень познания. Как вы знаете, психика нужна живым организмам, чтобы получать и обрабатывать информацию из внешней среды, чтобы приспособиться к текущим условиям. Ощущения передают первичную информацию об окружающем мире.

Ощущение – это элементарная единица психики. Примитивная психика низших животных состоит только из ощущений. Их нервная система ощущает прикосновение, изменения в химическом составе вокруг и в зависимости от получаемых сигналов корректирует поведение организма.

Самый древний вид ощущений основан на химическом раздражении рецепторов и возник у организмов миллионы лет назад. У человека тоже сохранились эти виды ощущений. Их обеспечивают такие анализаторы, как обоняние и вкус. У нас есть специальные рецепторы в носу, которые улавливают молекулы в воздухе (и тогда мы ощущаем запах) и на языке, которые реагируют на химический состав пищи. Когда раздражаются эти рецепторы, соответственно в мозгу возникают ощущения (вони, аромата, сладкого, кислого и т. д.).

Помимо этого, у человека и многих животных есть глаза (через которые мозг получает зрительные ощущения), уши (слуховые ощущения) и кожа (тактильные ощущения, у человека главным образом через пальцы рук).

Все эти ощущения и создают тот первичный поток информации, который потом подвергается обработке нашими мозговыми программами.

Ощущения дают информацию об отдельных качествах окружающих объектов. Например, перед вами стол. Зрительные ощущения дают информацию о цвете стола, размерах по горизонтали и вертикали, форме. Щупая этот стол тактильно, вы узнаете, что он твердый и гладкий. Можете также понюхать и лизнуть языком. Все эти отдельные качества объекта в мозгу сложатся в один единый образ данного стола уже на следующей ступени познания – на этапе *восприятия*. О восприятии поговорим чуть позже.

Разберем, какие же бывают расстройства ощущений.

Гипестезия – нарушение сферы ощущений, при котором снижается уровень чувствительности. Чтобы понять, как это бывает, попробуйте потрогать что-то в толстой перчатке или послушать музыку с затычками в ушах. Вы будете ощущать предметы и слышать звуки, но эти ощущения будут приглушенными, ослабленными.

Чаще гипестезия встречается в неврологии, чем в психиатрии. Например, при повреждении периферических нервов, травмах головного мозга и т. д.

Анестезия – это полная потеря чувствительности. Почти все из нас переживали подобный опыт анестезии. Например, на приеме у стоматолога, когда врач делает несколько уколов и искусственно создает во рту участок с полной потерей чувствительности. Это позволяет проводить лечебные манипуляции, которые без анестезии бывают очень болезненными. Анестезия определенных участков кожи обычно случается при повреждениях периферических нервов, при инсультах и опухолях головного мозга, при истерическом неврозе. Полная слепота или глухота – это тоже пример зрительной или слуховой анестезии.

Гиперестезия – это, наоборот, повышение чувствительности. При гиперестезии человека раздражает обычное освещение – оно кажется слишком ярким. Или обычный звук кажется нестерпимо громким. Например, негромкое ворчание жены слышится мужу с похмелья как невыносимый визг.

Гиперестезия может встречаться при переутомлении, неврозах, интоксикации, на фоне наркотического опьянения.

Парестезии – это разнообразные ложные ощущения на коже (прикосновения, покалывания, ощущения тока и др.) хотя в реальности никаких прикосновений и других внешних раздражений нет. Обычно они случаются при неврологических расстройствах.

Иногда гипестезии и парестезии временно возникают в определенных участках тела, если человек долго сидел или лежал в неудобной позе. Такое случается из-за пережимания

сосудов и нарушения кровообращения в этих участках.

Сенестопатии – это разнообразные неприятные трудно-описываемые странные ощущения в разных частях тела. Например, что-то сжимается, переливается, растягивается, щекочет в животе, груди, в голове и т. д. При этом реальных изменений и патологий в этих частях тела нет. Там все нормально. Все эти ощущения возникают "в голове" из-за нарушения психических процессов обработки информации. Сенестопатии могут возникать при разных психических болезнях, например, при шизофрении.

1.2.2. Расстройства сферы восприятия

Восприятие – следующий после ощущений этап познания окружающего мира. Первичная информация проникает в мозг через глаза, уши, нос, язык и кожу и вызывает ощущения. Далее ощущения программами нашего мозга собираются в образы.

Например, перед вами стоит стол, ваши глаза передают информацию о нем в мозг, и в мозгу формируется визуальный целостный образ стола (с учетом его формы, размеров по вертикали и горизонтали, цвета и т. д.). Вы воспринимаете «стол» целиком благодаря тому, что в мозгу из отдельных кусочков информации синтезируется единый образ стола.

Формирование образа происходит практически мгновенно, этот процесс мы не замечаем, и нам кажется, что видим и воспринимаем предмет сразу целиком. Это происходит потому, что эти процессы у нас в мозгу заучены, автоматизированы и срабатывают мгновенно. Но так было не всегда, мы не обладаем этой способностью с рождения. Эти процессы заучиваются и автоматизируются в младенчестве.

После рождения младенец в первые месяцы жизни учится воспринимать мир, сразу после рождения его мозг различает только ощущения. Затем его мозг учится соединять воедино цветовые ощущения, вертикальные и горизонтальные

линии, глубину пространства и другие зрительные параметры окружающего пространства в единые образы отдельных предметов. Мозг ребенка формирует образы окружающего мира используя сразу несколько органов чувств. Так, в формировании зрительных образов и зрительной ориентации в пространстве большое значение имеет и тактильная информация от пальцев рук и всего тела.

Такие процессы в головном мозге ребенка происходят во всех сферах. Более наглядно это видно на примере того, как ребенок овладевает двигательными навыками – учится сидеть, ползать, ходить. Сначала все это происходит неуклюже, тяжело, медленно, затем это автоматизируется, и движения происходят гладко, как бы сами по себе.

У взрослого похожие процессы происходят, когда он учится чему-то новому. Например, когда мы учим иностранный язык, то вначале мы специально обращаем внимание на структуру предложения, на состав слов, из каких букв они состоят, вслушиваемся в звуки, пытаюсь их понять и запомнить. По мере того, как мы достигаем определенных успехов в освоении нового языка, у нас уходит все меньше времени на распознавание слов на слух или при чтении. Наша иностранная речь все более и более автоматизируется, нам уже не требуется делать анализ слов или предложения, они уже узнаются и воспринимаются сразу целиком.

Воспринятые нами образы откладываются в нашей памяти. Можно потом вспомнить ранее виденные предметы или

услышанные голоса, благодаря тому, что из памяти всплывают образы-представления (то, что мы называем воспоминаниями).

Разберем какие бывают расстройства восприятия.

Иллюзии

Это такое расстройство, когда реально существующий объект воспринимается ошибочно, искаженно.

Например, халат на вешалке в темном углу может показаться притаившимся человеком. Или в разговоре коллег вам слышится ваше имя, хотя они вас не обсуждают. Или узоры на обоях начинают шевелиться словно змеи. Или мать вместо реального уличного шума машин или шума бегущей воды из крана слышит плач своего ребенка.

Иллюзии нередко бывают у психически здоровых людей, особенно на фоне усталости или сильных эмоций (в состоянии страха, тревоги и т. д.). Отсюда в народе и появились такие поговорки и выражения: "у страха глаза велики", "испугался собственной тени" и др.

В психиатрической практике разнообразные иллюзии наиболее часто встречаются в структуре алкогольного делирия ("белой горячки").

Галлюцинации

Это расстройство восприятия, когда реального объекта нет, а он воспринимается. Т. е. в мозгу формируется об-

раз какого-то определённого предмета, хотя реального сигнала-информации из внешней среды в мозг не поступает. Например, человек видит бегающих по полу тараканов, но на самом деле их нет, и никто по полу не бежит. Или человек слышит голос, как будто кто-то сидит рядом и разговаривает, а на самом деле никого рядом нет, и никто с ним не говорит.

Галлюцинации бывают *истинные* и *ложные* (псевдогаллюцинации).

Истинные галлюцинации воспринимаются человеком как настоящие реальные объекты. Они практически неотличимы от реальных предметов и кажутся частью окружающей обстановки.

Переживания галлюцинирующих пациентов можно наглядно увидеть и примерно понять из фильмов. В фильме Дэнни Бойла "На игле" (1996) главный герой во время наркотической «ломки» (абстиненции) в своих галлюцинациях видит ребенка, ползущего по потолку его комнаты. В фильме "Игры разума" (2001) главный персонаж Джон Нэш, страдающий шизофренией, видит несуществующих секретных сотрудников спецслужб, светящиеся цифры на своей руке, постоянно видит и слышит несуществующего друга.

Это все примеры истинных галлюцинаций. Так как они воспринимаются как реальные и настоящие объекты, то обычно больной соответствующе к ним относится. Он верит в их реальность, разговаривает с ними, убегает от них, прячется и т. д.

Истинные галлюцинации возникают при тех патологических процессах, которые диффузно охватывают большую часть головного мозга, затрагивая почти все отделы, которые участвуют в обработке поступающей информации из разных анализаторов. Они чаще всего встречаются при белой горячке (алкогольном делирии), наркотическом делирии, интоксикациях.

Понятие «*псевдогаллюцинации*» немного сложнее для понимания. Псевдогаллюцинации воспринимаются по-особому, они отличаются от реальных объектов, человеку кажется, что он видит не реальный объект, а картинку, образ, голограмму этого объекта, как будто кто-то вкладывает в мозг и показывает ему готовые образы, словно слайды. Если он слышит голоса, то они могут доноситься из "нереального для нормального слуха" пространства – с других планет, из других городов, из разных участков собственного тела. Псевдогаллюцинации возникают при более локальном поражении отдельных систем мозга, отвечающих за какой-то один из анализаторов (например, зрительный или слуховой).

Галлюцинации, ложные и истинные, могут быть зрительными, слуховыми, обонятельными, вкусовыми и тактильными.

В целом, в психиатрической практике чаще встречаются слуховые галлюцинации («голоса»), чем зрительные и остальные виды.

Запомните отличие иллюзий от галлюцинаций: иллюзии –

это искаженное восприятие *реально существующего* объекта, а галлюцинация – это восприятие *несуществующего* объекта.

В психиатрии выделяют отдельный синдром, который называется *галлюциноз*. При галлюцинозе главным симптомом являются множество галлюцинаций на фоне ясного сознания. Классический пример – алкогольный галлюциноз, когда алкоголик постоянно слышит «голоса», которые упрекают его, оскорбляют, бранят, угрожают. При этом он иногда может понимать, что они ненастоящие и искать помощи и лечения у врачей. Другой пример – тактильный галлюциноз: человек постоянно чувствует, как под его кожей перемещаются насекомые, черви, паразиты и т. д.

* * * * *

У одного нашего пациента, страдающего шизофренией, отмечались вербальные галлюцинации – «голоса»: он в течение дня постоянно слышал голоса своих односельчан, которые обсуждали его, в основном говоря о нем неприятные вещи. Он продолжал слышать их, будучи в отделении больницы в городе, находясь за несколько сотен километров от родного села.

Другая пациента с шизофренией во время обострения психоза чувствовала, что мелкие черви ползают в ее голове и едят головной мозг.

Психосенсорные нарушения

Это группа включает в себя разнообразные расстройства, при которых нарушается восприятие формы, цвета, размеров окружающих объектов.

Например, все предметы вокруг кажутся очень маленьким или, наоборот, очень большим (*микropsия* и *макрoпсия*). Или все предметы видятся окрашенными в оттенки какого-то одного цвета (*эритропсия* и т. д.). Или человеку кажется, что стены надвигаются на него и вот-вот сомкнутся над ним.

Нарушения могут касаться восприятия собственного тела. Отдельные части своего тела воспринимаются неестественно маленькими или большими – гигантская голова или крошечные ноги ("*расстройство схемы тела*"). Похожие метаморфозы происходили с Алисой в Стране чудес, когда она то становилась гигантской, то крошечной.

К этой группе также относятся *дереализация* и *деперсонализация*.

Дереализация – это смутное труднообъяснимое ощущение нереальности окружающего мира, его искусственности. Одна из разновидностей дереализации – хорошо знакомое многим ощущение «дежа вю».

Деперсонализация – это измененное восприятия самого себя, своего психического «Я». Здесь могут разные ощущения того, что тело или отдельные его части стали какими-то чужими. Собственные мысли и чувства также могут воспри-

ниматься как-то отчужденно, странно, неестественно. Могут быть ощущения расщепления психики на разные «Я».

1.2.3. Расстройства сферы мышления

Что такое мышление

Итак, мы знаем, что наш мозг через ощущения и восприятие получает информацию извне. Далее эта информация подвергается обработке нашим мышлением.

Мышление представляет собой психический процесс установления мозгом связей между отдельными предметами и явлениями окружающего мира. Благодаря мышлению мы улавливаем закономерности, которые происходят вокруг нас.

Мышление развивается с ранних детских лет. Маленький ребенок постепенно начинает понимать логику окружающих явлений: предметы падают вниз; огонь вызывает боль; если нажать выключатель, то появится свет и т. д. В этом возрасте ребенок способен что-то понимать, если ему объяснять все наглядно с помощью предметов.

В дальнейшем, в школьные годы у ребенка развивается теоретическое (абстрактное) мышление, и он становится способен оперировать абстрактными понятиями.

В ходе мышления мы делаем выводы и умозаключения, и таким образом, из массива первичной информации мы можем, уловив определенную логику и закономерности, получить дополнительную неочевидную информацию.

Психиатр оценивает мышление человека в ходе беседы. О

том, какое у данного человека мышление, можно судить по его речи, по его ответам на вопросы, по тому, как и что он говорит.

В норме мышление обладает следующими характеристиками:

1) Оно имеет «обычный темп». Т. е. скорость речи должна быть такой, чтобы можно было поддерживать обычную беседу и доносить мысли до собеседника. Бывают люди, которые быстро говорят или, наоборот, говорят медленно. И это нормально. Не совсем нормально, когда люди говорят настолько быстро, что не успевают закончить одну мысль, как уже высказывает другая, а за ней и третья и т. д. В итоге речь человека превращается бессмысленный поток слов. Или наоборот, речь человека заторможена настолько, что в ходе беседы с ним вы потратите полчаса на получение сведений, которые можно было бы высказать за пару минут.

2) Мышление должно быть последовательным. Наши мысли должны быть логически связаны. Наши высказывания должны быть более или менее грамматически правильно выстроены и иметь общий смысл. Понятно, что при беседе на специальные темы (общефилософские, научные и т. д.) мышление большинства людей покатится в тартарары. Но если беседовать просто на обычные бытовые темы, то здоровый человек способен поддержать беседу, сумеет доходчиво выразить свои мысли, задать вопросы и т. д.

3) Мышление должно быть продуктивным. Здоровый че-

ловек способен использовать свое мышление, чтобы выявить причинно-следственные связи между явлениями и событиями, хотя бы на бытовом уровне.

4) Мышление должно адекватно отражать реальность. Мы анализируем и интерпретируем явления и события вокруг нас. Наши выводы должны быть адекватны реальной ситуации. Наши суждения и умозаключения должны иметь достаточные основания. Например, если я считаю, что все девушки в желтых платьях влюблены в меня, только потому, что желтый – мой любимый цвет, то с моим мышлением явно не все в порядке.

Указанные признаки имеют, конечно же, некий диапазон допущений. Сплошь и рядом можно встретить людей с мышлением, далеким от соответствия строгим критериям. Особенно много тех, кто склонен делать какие-то выводы без достаточных на то оснований. Но, тем не менее, большинство из них окажутся психически здоровыми.

Мышление требует тренировки. Также как тело нуждается в тренировке, чтобы освоить какие-либо двигательные навыки (в спорте или на работе), также и мышление нуждается в тренировке и развитии мыслительных навыков. Для этого следует, как минимум, читать хорошие книги.

Главным образом, наше мышление развивается в ходе обучения. В школьные годы мы развиваем свое мышление, благодаря тому, что постоянно осваиваем знания и решаем различные задачи в разных областях знаний (в математи-

ке, химии, физике и др.). Наш мозг тренируется во время оперирования абстрактными понятиями и поиска логики и причинно-следственных связей в массиве знаний школьных предметов.

И именно эта тренировка мышления и навыки работы с информацией являются главным в школьном обучении, а не запоминание каких-то фактических данных. Многим из нас не пригодится в жизни знание логарифмов или сведения о строении скелета птиц, но точно пригодятся те навыки мышления, которые сформировались у нас, когда мы пытались понять и применять логарифмы или изучали биологию.

Расстройства мышления можно разделить на две группы:

- нарушения ассоциативного процесса (нарушения мышления как динамического процесса);
- нарушения мышления по содержанию (нарушения в продукции мышления).

Нарушения ассоциативного процесса в мышлении

Мышление представляет собой динамический последовательный процесс, протекающий во времени. Рассмотрим какие бывают нарушения в этом его аспекте.

Патологически ускоренное мышление – это расстройство, при котором мысли идут быстрым потоком одна за другой, очень легко возникают ассоциации по случайным признакам. Пациент с таким расстройством отвечает на вопросы очень быстро, порой начинает отвечать, не дослушав вопро-

са, перебивает собеседника, речь ускоренная, торопливая, идеи скачут от одной темы к другой. Ускоренное мышление отмечается при употреблении психостимуляторов, при маниакальном синдроме.

Замедленное мышление: здесь, наоборот, мыслительные процессы заторможены, возникновение ассоциаций затруднено, речь замедлена, ответы после долгих пауз, пациент говорит мало, медленно, долго. Если вы смотрели оscarоносный мультфильм «Зверополис» (2016), то вспомните ленивцев, работавших в офисе управления дорожной службы. Но, если для ленивцев заторможенность – это норма, то для людей – это патология. Заторможенное мышление часто отмечается при тяжелых депрессиях, оглушении после травм головы или на фоне интоксикации.

Разорванное мышление. При таком мышлении разрывается логико-смысловая связь между высказываниями пациента. Грамматически вроде бы все правильно, в предложениях есть существительное, сказуемое, обстоятельства, предлоги, конструкции все соблюдены, но нет общего смысла. Например, такое высказывание: «сегодня хорошая погода, но так как я ел мало каши в детстве, то на Ближнем Востоке празднуют пасху». Подобное расстройство мышления характерно обычно для шизофрении.

Бессвязное мышление. При таком мышлении теряется и смысл высказываний, и грамматический строй. Речь состоит из обрывков фраз, отдельных слов и словосочетаний. Что-

то типа того, что выкрикивал Шариков, когда только-только становился человеком в фильме (и в книге) «Собачье сердце». Бессвязное мышление отмечается при тяжелом физическом состоянии больных, когда они «бредят» в полубессознательном состоянии. Случается такое и при шизофрении.

Шперрунг – это внезапный обрыв мысли, остановка мышления. Если обычно мыслительный процесс плавно течет идея за идеей, ассоциация за ассоциацией, то здесь происходит внезапный обрыв, потеря нити суждений, внезапная пустота в голове. Здоровому человеку представить такое трудно, но такое бывает.

Патологически обстоятельное мышление. При таком расстройстве человек не способен отделить главное от второстепенного, важное от несущественного. В итоге его речь полна несущественных деталей и обстоятельств, неинтересных для собеседника подробностей. Беседа с таким пациентом утомительна, чтобы узнать необходимую информацию по жалобам или истории болезни приходится выслушивать многочасовые рассказы, полные пустых деталей.

Символическое мышление. При подобном мышлении одно из многих свойств окружающих объектов приобретает особое символическое значение для пациента. Например, красный цвет платья или машины, символизируя цвет крови, намекает пациенту о том, что скоро прольется чья-то кровь, и скорее всего именно его кровь.

Резонерство. Это, так называемое, бесплодное мудрство-

вание. Склонность к пустым, напыщенным рассуждениям. Характерны витиеватые выражения, имитация «высокого слога», сложные построения предложений. Однако при обилии слов, фактически нет идеи. Можно два часа слушать человека, но вы так и не услышите конкретики. Даже если тема разговора самая обыденная и бытовая, вместо простых слов и фраз, мы услышим некое подобие философского трактата. Подобное расстройство обычно характерно для шизофрении.

Нарушения мышления по содержанию

Другим аспектом мышления, помимо его динамических характеристик, является его содержание, то, что продуцирует мышление. К продукции мышления относятся идеи, суждения, умозаключения.

К нарушениям мышления по содержанию относятся навязчивые идеи, сверхценные идеи и бредовые идеи.

Навязчивые (обсессивные) идеи

Навязчивые идеи имеют следующие признаки:

- они доминируют в сознании, они постоянно крутятся в голове;
- они тягостные и доставляют дискомфорт;
- человек понимает, что эти идеи болезненны и неадекватны, но ничего не может с ними поделать, не может ими управлять и пытается избавиться от них.

Есть много проявлений навязчивостей. Это навязчивые сомнения, навязчивые страхи, навязчивый счет, навязчивые размышления, навязчивые действия и др.

При *навязчивом счете* человек испытывает потребность сосчитать какие-либо предметы. Например, на улице у него возникает желание сосчитать количество окон в доме, или досок в заборе, или припаркованных машин на стоянке, или плиток на тротуаре и т. д. Он понимает, что это нелепо, что ему это не нужно, но, если он этого не делает, то нарастает внутреннее напряжение и дискомфорт, а если сосчитать – становится легче.

Навязчивые сомнения, наверное, испытывал хотя бы раз в жизни каждый человек. Например, вы выходите из дома и у вас сомнения, а закрыли ли вы дверь на ключ? Вы возвращаетесь, проверяете, успокоились, вышли снова, идете и вновь: «А правильно ли я проверил, ведь когда я проверял, я открыл дверь ключом, а вдруг я не закрыл?» Вы возвращаетесь, снова проверяете. Успокоились, вышли. И вновь сомнения. Вы успокаиваете себя, что Вы дважды проверили и все в порядке. Но сомнения гложут. Нарастает внутреннее напряжение, и Вы снова возвращаетесь.

Если такое случается редко, эпизодически, то это нормально. Патологией это становится, когда навязчивости возникают каждый день, мучают в течение всего дня, отнимают у человека все его силы и внимание, не давая заниматься повседневными делами.

Навязчивые страхи (фобии) могут быть самыми разнообразными и касаться практически всего на свете (страх микробов, животных, замкнутого пространства, полетов, определенного цвета и т. д.).

Порой на фоне подобных сомнений и страхов могут возникать некие *ритуалы* – набор специальных действий. Человек пытается приспособиться к такой своей особенности психики. Чтобы избавиться от внутреннего напряжения и дискомфорта, он придумывает некий ритуал. Например, выходя из дома, надо отойти от двери на три шага, вернуться, подергать ручку двери, снова отойти, повернуться вокруг себя один раз. И так повторить трижды. Или трижды по трижды. И тогда все будет нормально, ничего страшного с ним или с домом не произойдет. Подобный ритуал успокаивает, избавляет на время от навязчивых мыслей, и человек может спокойно заняться своими делами.

При *навязчивом мудрствовании* человек вынужден размышлять о совершенно ненужных ему вещах. Например, почему у собаки четыре ноги, а не пять, и что было бы если б все-таки собаки были пятиногими, как передвигались бы, быстрее или медленнее, какие это имело бы последствия и т. д.

Бывают еще так называемые *контрастные навязчивости*. Это когда в голову лезут мысли и представления, противоречащие нравственным и моральным представлениям данного человека. Например, навязчивые мысли плюнуть или уда-

ритель прохожего, причинить насилие и вред близкому и родному человеку или себе самому. Это пугает и ужасает, но это приходит в голову, лезет в голову и никак не хочет уходить.

Навязчивые мысли могут обусловить *навязчивые действия*. Например, когда все время лезут мысли о том, что вокруг все грязное и кишит микробами, человек начинает многократно, по сто раз в день мыть руки (порой вплоть до разрушения поверхностных слоев кожи).

Навязчивости (навязчивые мысли, страхи, влечения и действия) являются основным симптомом *обсессивно-компульсивного синдрома*. Данный синдром может иметь место при разных психических болезнях (тревожно-фобическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, психопатия, шизофрения и др.).

* * *

Случай из практики: Навязчивости.

Пациент в 26 лет перенес ЧМТ и операцию по поводу разрыва кишечника. 10 дней находился в коматозном состоянии. Через год после травмы психическое состояние стало постепенно меняться в течение нескольких лет.

В начале он стал искать у себя симптомы болезней, про которые рассказывали по телевизору. В основном, беспокоили страхи и тревоги по поводу венерических болезней. Потом появились страхи попасть в аварию или быть убитым.

Однажды, во время разделки туши барана на лицо брызнула какая-то жидкость от внутренностей. Стал отмывать, но очень долго «казалось, что не отмывается», сохранялось «ощущение грязи и брезгливость».

По поводу легко возникающих навязчивых страхов и повышенной брезгливости пробовал лечиться у народных целителей, но без эффекта. Какое-то время пробовал «лечиться водкой», стал часто пить, во время опьянения становилось легче. Затем употребление алкоголя прекратил, т. к. «стало стыдно, что дошел до такого».

Прием пищи стал занимать несколько часов: кипятил воду, все «обеззараживал, создавая вакуум в казане». Покупал хлеб, только упакованный в полиэтиленовом пакете. Хлеб в дальнейшем «дезинфицировал вместе с макаронами и тушенкой в казане». Если ему приносили готовую еду, то он обязательно прожаривал ее дополнительно. Яблоки держал на огне, таким образом обеззараживая, и ел в запеченном виде.

Летом перестал практически выходить из дома. Не ходил даже в магазин. Открывал двери, держась за край ручки или через рукавицу. Мыл руки по пять раз, чтобы отмыть всю грязь. Умывался только кипяченной водой. Даже просто увидев «что-либо грязное», сразу же мылся, чистил зубы и выпивал слабый раствор «марганцовки». Порой это приходилось делать более 10 раз в день.

Стал замкнутым, перестал посещать какие-либо меропри-

ятия.

Сверхценные идеи

В нашей жизни периодически случаются значимые события – приятные и неприятные. При определенной структуре личности и психики у некоторых людей какое-то неприятное событие может приобретать сверхценное значение. Они не могут думать ни о чем другом, и это начинает определять всю их деятельность.

Например, человека уволили с работы. Он расценивает это как крайне несправедливое решение руководства, личную обиду и оскорбление. Все время думает о случившемся и приходит к выводу, что это было неспроста и это результат давно зревшего против него заговора. Человек начинает писать жалобы во все инстанции, подает в суд снова и снова. Постоянно обдумывает как бы наказать виновников и восстановить справедливость, и на это он направляет всю свою энергию. Человек становится одержимым этой идеей. Забрасываются и забываются все остальные дела, бытовые, семейные обязанности, досуг и друзья. У человека формируется *сверхценная идея*, которая определяет весь образ жизни, занимает все время и силы в ущерб остальным сферам жизни.

Выявление сверхценной идеи может оказаться достаточно сложным, так как поведение человека в ответ на случившееся с ним событие часто со стороны воспринимается как вполне адекватное. И только нарастающая со временем неадек-

ватность поведения, несоразмерность прилагаемых усилий с размером «причиненных обид» наталкивает на мысль о развитии болезни.

Бред

Бред – самое яркое проявление психической патологии. По сути в обычном понимании бред – почти синоним безумия. Не зря, в литературе и в кино практически все безумные персонажи – это больные с бредом.

Бред – это однозначный признак психоза, серьезное расстройство, требующее безотлагательной психиатрической помощи. Поведение бредового пациента непредсказуемо и мало зависит от характера пациента, его личности, образования, окружающей обстановки.

Выделяют следующие признаки или критерии бреда:

- 1) наличие ошибочных идей, суждений, содержание которых не соответствует действительности, реальному положению дел, реальной ситуации;
- 2) в отличие от просто ошибочных идей, бредовые идеи не корректируются, не поддаются разубеждению; пациент глух к логике, к доводам, аргументам и фактам, противоречащим его идее;
- 3) в отличие от верований, религиозных убеждений, суеверий и т. д., бредовые идеи выходят за рамки культурно-мировоззренческих особенностей общества, в котором проживает пациент;

4) практически всегда сам пациент так или иначе находится в центре своих бредовых переживаний, находится в центре той реальности, тех событий, которые составляют содержание его бредовой идеи.

Кроме того, у больного с бредом нарушается ход мыслей, рассуждений, стройность и логичность суждений и умозаключений. В мышлении бредовых больных нарушаются законы логики. При объяснении своих идей, они делают умозаключения без достаточных оснований, избирательно относятся к информации. Их психика отсеивает очевидные, но неугодные, факты и цепляется за незначительные, но подходящие, данные. Маловероятное объяснение становится для них самым очевидным и неоспоримым доказательством своей правоты.

К примеру, при бреде преследования, приоткрытая соседская дверь – неоспоримое доказательство слежки: через приоткрытую дверь соседи подсматривают за ним. Более вероятное объяснение – забыли прикрыть или проветривают квартиру – не рассматривается.

Бред можно классифицировать по фабуле переживаний. И тогда мы можем выделить три группы бреда:

1) *Бред преследования*. Сюда относят все случаи, когда пациенты считают, что их преследуют, за ними следят, наблюдают, их обкрадывают, отравляют, убивают, калечат, портят внешность, имущество, изменяют и т. п.

В народе бред преследования часто называют неправиль-

но «манией преследования». В современной психиатрии такого термина не существует.

2) *Бред величия*. При таком бреде пациенты уверены в своей особой значимости, особой ценности, в обладании уникальными небывалыми способностями, богатством, особом социальном положении, происхождении и т. д. Они хозяева несметных сокровищ, способны управлять природными процессами, лечить людей одним взглядом, исцелять рак по фотографии и т. д.

Название «мания величия» также является неверным, правильно говорить именно «бред величия».

3) *Бред самоуничижения*. При этом бреде пациенты уверены в своей ничтожности, виновности, греховности, в их представлении они есть причина всех бед в своей семье или даже во всем мире. Они считают, что не достойны жить и могут совершать суицидальные попытки. Данный вид бреда встречается при тяжелых депрессиях.

Кроме данной типологии по фабуле, можно выделить виды бреда по структуре построения суждений.

Бред систематизированный. При таком бреде основная бредовая идея (например, бредовая идея ревности) подкреплена системой «доказательств», аргументаций и «фактов». И хотя все эти факты «притянуты за уши», все же пациент выстраивает внешне формально логичную (псевдологичную) структуру суждений и умозаключений. Хотя и умозаключения делаются без достаточных оснований, но внешне

это может выглядеть так, что пациент сохранил способность к логичному мышлению и порой эта правдоподобность вводит в заблуждение окружение больного. Такой пациент сможет вам объяснить почему он считает, что его жена изменяет ему, приведет и сопоставит факты, проанализирует ситуацию и поведение супруги и т. д.

Бред несистематизированный. При таком бреде основная бредовая идея (например, бредовая идея преследования) не имеет «логического обоснования» и черпается больше из эмоционально-образных переживаний. Пациент непосредственно ощущает угрозу от окружающих предметов и людей, они наполняются для него зловещим смыслом, люди смотрят подозрительно и с угрозой, их поведение неестественно, как будто они замышляют что-то плохое. Пациент не сможет объяснить почему, что и как, но он будет уверен, что происходит что-то нехорошее и опасное, потому что будет *чувствовать* это.

* * * * *

Случай из практики: Бред величия и преследования

Один из наших пациентов рассказывал, что вокруг него «идет игра», что его родственники «разыгрывают спектакль», что за ним следят спецслужбы, хотят отвлечь его от решения важных политических задач. С этой целью, например, чтобы его отвлечь, сначала имитировали перелом ноги у отца, а затем действительно сломали ему ногу. Пациент рассказывал, что занимается политической аналитикой, что

свои предложения писал высокопоставленным сотрудникам спецслужб, например, советовал им во время митингов внедрять в толпу переодетых в гражданское сотрудников. Считает, что все его советы принимаются во внимание, и по телевизору видит, что его советы выполняются на практике, хотя и ответов на свои письма не получает. Считает, что решил «большой политический вопрос» и теперь Президент должен ему около миллиарда долларов. Рассказал, что так как «этот вопрос касался России», то однажды к его дому подъезжал Путин, чтобы лично посмотреть на него. Понял это потому, что видел, как «мерседес высокого класса медленно проезжал мимо дома». Спецслужбы теперь должны ему за его аналитическую работу около 10.000 долларов, а они не выплатили, и он «от злости» стал писать посты в социальных сетях с изобличением морального облика высших чинов спецслужб. Считает себя сторонником оппозиции, что Президенту пора уйти в отставку, сообщил, что писал об этом в социальных сетях, и за это «КНБшники стали давить на родственников, чтобы упрятали в больницу».

Бредовые синдромы

Психиатры выделяют несколько разновидностей бредового синдрома.

Паранойальный синдром – это синдром с систематизированным бредом преследования. Как правило, это хронический длительно протекающий бред. Часто фабула бреда

касается обычных бытовых, профессиональных или общественных проблем.

Обычно бредовая идея вертится вокруг некой несправедливости в отношении больного. Он убежден, что его ущемляют, строят козни вокруг него, «вставляют палки в колеса», следят за ним, портят его вещи.

При бреде ревности больной (чаще всего это мужчина) убежден, что жена изменяет ему, замечает множество мелочей в ее поведении, «доказывающих» его идею. Такие больные очень активны, эмоционально «заряжены», они не просто неправильно рассуждают, у них отмечается и активное «бредовое поведение» – поведение, которое основывается на ложных бредовых идеях. Они активно предпринимают меры по защите от мнимых угроз: пишут жалобы, заявления, ищут помощи у других людей или у органов правопорядка, прячутся, выстраивают дома систему защиты. В некоторых случаях больные могут сами проявлять агрессию в отношении мнимых обидчиков и преследователей.

Так как в суждениях и высказываниях больного нет явных нелепых фантастических идей, то нередко ближайшее окружение больного годами думает, что больной занимается реальными проблемами. Его семья и друзья могут списать некоторые странности поведения на особенности его характера и не понимать, что здесь развивается серьезная болезнь.

Этот вид бредового синдрома имеет систематизированную структуру: больной приводит факты и аргументы, ко-

которые «подкрепляют», «доказывают» его правоту, сопоставляет события, рассуждает. Внешне все это может выглядеть очень правдоподобно, и это часто вводит в заблуждение его окружение. Но при более детальном рассмотрении можно заметить, что мышление больного нарушено, в своих суждениях он не придерживается законов логики, делает выводы без достаточных оснований, однобоко, не способен рассмотреть явления и события со всех сторон. Больной не способен допустить просто возможность, хотя бы теоретическую вероятность своего ошибочного понимания ситуации. В отношении всего, что касается тематики его бреда, его мышление становится абсолютно безвероятностным, с одной только возможной трактовкой ситуации.

Параноидный синдром – обычно это синдром с острым несистематизированным бредом преследования.

В отличие от больных с паранойальным синдромом, пациенты с острым параноидным синдромом, как правило, сразу бросаются в глаза своим явно неадекватным поведением. Уже через несколько часов (иногда дней) после начала расстройства окружение (обычно это семья) понимает, что с больным происходит что-то не то.

Больные убеждены, что вокруг, прямо «здесь и сейчас», происходит что-то плохое, угрожающее их жизни и безопасности. Они видят угрозу в случайных прохожих, мимо проезжающих автомобилях, «замечают» недобрые взгляды, напряженные лица, подозрительные силуэты, странные шеве-

ления в окнах, «слышат» тревожные шаги, свое имя в разговорах окружающих. Их переполняет тревога, страх, они пытаются бежать, прятаться, запираются в квартирах, зашторивают окна, вооружаются, ищут и просят помощи. Их поведение сумбурное, возбужденное. Речь непоследовательна. Они убеждены, что им угрожает опасность, но не могут толком объяснить, что происходит, у них нет выстроенной системы доводов и доказательств.

Синдром психического автоматизма (или синдром Кандинского-Клерамбо) назван в честь русского психиатра Виктора Кандинского (1849–1889) и французского психиатра Гаэтана де Клерамбо (1872–1934), подробно описавших этот синдром.

Синдром Кандинского-Клерамбо включает в себя два основных компонента: *психические автоматизмы* и *бред воздействия*.

Психические автоматизмы – это нарушение восприятия человеком его собственных психических процессов. Собственные мысли, чувства, ощущения кажется чужими, искусственно внедренными в голову. Больные ощущают, как будто кто-то извне вкладывает мысли в голову, кто-то вызывает определённые эмоции, кто-то управляет внутренним психическим миром. Больные теряют контроль за своим мыслительным процессом, мысли самопроизвольно обрываются, голова внезапно «становится пустой», либо, наоборот, больные испытывают неуправляемый поток мыслей. У неко-

торых пациентов возникает ощущение открытости мыслей: как будто все, о чем они думают, тут же становится известным окружающим.

Подобное отчуждение может касаться также ощущений, возникающих на разных участках тела и воспринимающихся как «сделанные», как будто кто-то заставляет их ощущать (жжение, тепло, зуд, распирание и т. д.).

Кроме того, может быть отчуждение собственных движений: больным кажется, что кто-то вынуждает их совершать те или иные движения, управляет их телом, руками, ногами, мимикой, языком.

Все эти ощущения сопровождают *бредовые идеи воздействия*: больные убеждены, что кто-то влияет на них со стороны, кто-то воздействует на них гипнозом, облучением или магнитными полями, через интернет, телевизоры, телефоны и т. д. Этим воздействием они объясняют возникновение у них всех этих странных и неприятных явлений, творящихся с их мыслями, ощущениями и телом.

Парафренный синдром – это синдром, при котором больной высказывает бредовые идеи величия с явно нелепым, фантастическим или мегаломаническим содержанием. За нелепостью содержания бредовых идей и оторванностью их от окружающей реальности стоит как бы неконтролируемая болезненная «игра воображения», которая «питает» бредовые идеи и участвует в формировании образного бреда.

Как писал известный немецкий психиатр Карл Ясперс

(1883–1969), «любое представление обретает реальность, любая мысль кажется истинной, любое содержание мыслится как соответствующее действительности; отсюда проистекает неограниченный бред величия, который постоянно претерпевает изменения и может даже обратиться в собственную противоположность».

Например, больные рассказывают, что участвуют в войне вселенских масштабов, вовлечены в борьбу добра и зла, от них зависят судьба человечества, они способны вызвать или предотвратить катаклизмы и т. д.

В практике парафренный синдром часто имеет сложную структуру и может включать в себя, помимо нелепых бредовых идей, еще и острые эмоциональные нарушения, галлюцинации, бред преследования, признаки снижения интеллекта и т. д. Это зависит от того, в рамках какой болезни развивается этот синдром.

Например, при органических деменциях нелепый бред идет в сочетании со слабоумием (при этом слабоумие придает свои особенности бреду). При хронической шизофрении структура парафренного синдрома состоит из бреда величия, бреда преследования, галлюцинаций, психических автоматизмов.

1.2.4. Расстройства памяти

Память – это один из важных компонентов познавательной сферы, обеспечивающих сохранение поступающей информации и воспроизведение знаний, навыков и умений.

Выделяют два основных вида памяти: кратковременная и долговременная.

Кратковременная память (подобно оперативной памяти компьютера) обеспечивает обработку информации, касающейся задач, которые решаются в текущий момент. Данные кратковременной памяти доступны нашему сознанию и управляются произвольно. Поступающая информация в кратковременной памяти хранится недолго (20–30 сек) и в дальнейшем либо забывается, либо переходит в долговременную память.

Долговременная память обеспечивает длительное хранение информации. Эти данные находятся в бессознательной части психики и поступают в сознание при произвольном или произвольном воспоминании. Существуют несколько блоков долговременной памяти, каждый из которых отвечает за хранение определенного вида информации.

Перцептуальная память позволяет различать и запоминать лица, голоса, звуки речи и музыкальных инструментов и т. д.

Автобиографическая (эпизодическая) память хранит

воспоминания о событиях и эпизодах, случившихся в течение жизни.

Лингвистическая и семантическая память обеспечивает хранение и понимание слов, понятий, языка.

Блок декларативных знаний позволяет помнить разнообразные факты об окружающем мире, например, сведения из различных учебных предметов школьной программы.

Процедурная память обеспечивает приобретение двигательных навыков.

При болезнях и травмах мозга могут быть повреждены одни блоки долговременной памяти и не пострадать другие. Например, больной не помнит события своей жизни, но помнит смысл слов, пользуется речью, помнит, как водить автомобиль.

Выделяют следующие нарушения памяти:

Гипомнезия – снижение памяти, нарушение при котором снижается запоминание информации, ухудшается усвоение новых знаний. У здоровых людей временно это бывает при переутомлении, недосыпании и других неблагоприятных ситуациях. Постоянная гипомнезия обычно наблюдается как следствие разных вредных факторов, повлиявших на головной мозг: мозговые инфекции, травмы, общий наркоз, многолетняя гипертония, атеросклероз сосудов мозга и т. д.

Амнезия – это потеря памяти. Чаще всего наблюдается потеря памяти за какой-то период времени. Например, человек забывает все события нескольких дней или месяцев,

предшествующих какому-то тяжелому воздействию на мозг (инсульт, черепно-мозговая травма и др.).

Есть еще такая интересная разновидность амнезии как **фиксационная амнезия**. При такой амнезии у пациента не фиксируются в памяти все события, которые с ним происходят в данный момент. То есть вся поступающая информация не закрепляется долговременной памяти. Через 5–10 минут после встречи и разговора с вами пациент забудет и о вас, и о вашей встрече, но при этом помнит давние события и всю свою жизнь до определенного момента, когда у него появилось это расстройство (до дня, когда он получил черепно-мозговую травму или инсульт).

Фиксационная амнезия – одно из любимых расстройств кинематографистов. Советую посмотреть триллер Кристофера Нолана «Помни» (2000) или комедию с Адамом Сэндлером и Дрю Берримор «50 первых поцелуев» (2004), в которых обыгрываются ситуации с персонажем, страдающим фиксационной амнезией.

Конфабуляция – это расстройство памяти, при котором события, выпавшие из памяти, замещаются событиями, которых никогда не было. Например, пациент искренне считает, что вчера гулял по городу и ходил в зоопарк, хотя уже целый месяц безвылазно находится в больнице. Саму эту замену, этот обман памяти пациент не осознает, что отличает его от лжеца, который все помнит, но намеренно врет.

Псевдореминисценции – это расстройство памяти, когда

реальные события путаются во времени. Пациент путает события 5–10 летней давности с событиями 5–10 дневной давности.

Криptomнезии – расстройство памяти, при котором пациент приписывает себе события, случившиеся с другими людьми, события, о которых он когда-то прочитал, увидел по телевизору и т. д. Забывается источник информации. Чужие идеи и чужое творчество, когда-то в прошлом воспринятые человеком, через некоторое время осознаются им как свои.

Нарушения памяти в качестве симптома входят в структуру различных синдромов и состояний.

Корсаковский синдром (или амнестический синдром) назван в честь русского психиатра Сергея Корсакова (1854–1900), впервые описавшего этот синдром у больных алкоголизмом.

В структуру синдрома входят фиксационная амнезия, конфабуляции и дезориентировка. Фиксационную амнезию и конфабуляции мы разобрали выше. Дезориентировка же, как следствие фиксационной амнезии, проявляется в том, что больной не может ориентироваться в пространстве и времени: не помнит какое сегодня число, год, теряется на знакомых улицах, не может найти свою палату в отделении, хотя уже находится в больнице много времени.

Снижение памяти, ее ослабление может наблюдаться в структуре **психорганического синдрома**. Данный синдром, кроме гипомнезии, включает в себя еще снижение уровня

мышления и интеллекта (снижение сообразительности, умения решать задачи) и эмоциональную лабильность. Эмоциональная лабильность проявляется в том, что человек легко может заплакать, легко раздражается, становится легко обидчивым, ранимым. Психорганический синдром обычно развивается медленно при различных повреждениях головного мозга (при артериальной гипертонии, атеросклерозе сосудов головного мозга, нейроинфекциях, после черепно-мозговых травм, при хронических интоксикациях и т. д.). Часто признаки психорганического синдрома можно заметить у пожилых людей, страдающих хроническими болезнями, ухудшающими кровоснабжение головного мозга (гипертония, атеросклероз и т. д.).

1.2.5. Расстройства сферы интеллекта

Под интеллектом понимают способность мозга и психики к адекватному восприятию и обработке информации и решению различных задач: жизненных, бытовых или научных.

Интеллект обеспечивается совокупной работой многих психических процессов: восприятия, мышления, памяти, воображения, внимания, речи, воли.

В норме у здорового взрослого человека интеллекта должно хватить, как минимум, на самостоятельное и независимое существование. В норме интеллект колеблется в широких пределах: от обычной глупости до гениальности. Большинство людей находятся где-то посередине.

Когда интеллект оказывается ниже определенной условной границы, то говорят о слабоумии.

Слабоумие принято делить на два вида: врожденное и приобретенное.

Врожденное слабоумие имеет название "*олигофрения*". Более современное название олигофрении – "*умственная отсталость*" и "*интеллектуальная недостаточность*". Олигофрению раньше подразделяли на три степени – дебилность, имбецильность и идиотия. Эти термины давно стали в народе ругательными словами и имеют устойчивый негативный стигматизирующий оттенок.

В современных классификациях умственная отсталость

делится на 4 степени: легкая, умеренная, тяжелая и глубокая.

При легкой степени умственной отсталости эта патология не так заметна для окружающих, эти люди могут работать на простых работах, порой жить самостоятельно. Обычная школьная программа для них недоступна для понимания. Пример такого человека вы можете увидеть в замечательном фильме «Форрест Гамп» (1994), в котором у главного героя имеется легкая умственная отсталость.

При глубокой степени – это уже пациенты, нуждающиеся в контроле и уходе, не способные даже к элементарному самообслуживанию.

Причиной олигофрении могут быть различные генетические заболевания, неблагоприятные факторы (травмы, инфекции, отравления) полученные во время беременности матери, в родах или в первые 2–3 года жизни ребенка.

Умственная отсталость начинает проявляться в первые 2–4 года жизни, когда становится заметно, что ребенок отстает в развитии. В более легких случаях олигофрения становится заметной для родителей только, когда ребенок идет в школу, и начинаются проблемы с учебой.

Деменция – это приобретенное слабоумие. Т. е. человек в течение жизни нормально развивался, вырос, учился, работал, а потом началась болезнь и появилось слабоумие.

Причины деменции могут быть самые разные:

– у пациентов до 40–50 лет это чаще всего травмы головного мозга, инсульты, мозговые инфекции, алкоголизм, си-

филис, тяжелые формы шизофрении, эпилепсия и т. д.;

– после 40–50 лет чаще всего причиной возникновения деменции является болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция (последствия гипертонии, инсультов) и т. д.

Признаки деменции, позволяющие заподозрить эту патологию:

- забывчивость, нарастающее снижение памяти;
- больной не узнает родственников;
- путает события во времени;
- человек не знает какой сегодня день, текущую дату, год;
- не может назвать свой точный возраст, возраст детей, супруги;
- теряется на знакомых улицах, не может найти свой дом;
- не понимает сути вопросов, даже самых обыденных;
- при просмотре фильмов и сериалов не способен уловить смысл происходящего и т. д.

1.2.6. Расстройства эмоциональной сферы

Эмоции помогают выделить среди всего огромного потока информации то, что для нас значимо в данный момент. Человек обладает разнообразной гаммой эмоций, которые принято делить на *положительные эмоции* (радость, эйфория, любовь, восхищение и др.) и *негативные эмоции* (страх, ненависть, беспокойство, тревога и др.).

Эмоциональные процессы в мозге тесно связаны с вегетативной нервной системой.

Вегетативная нервная система (ВНС) – это отдельная часть нервной системы, которая отвечает за управление внутренними органами, эндокринными железами, сосудами и т. д. ВНС работает в автономном режиме и не подчиняется сознанию и произвольному управлению.

Эмоции всегда сопровождаются вегетативными (физическими) проявлениями. Например, при радости и восторге или страхе и тревоге у нас учащается биение сердца, усиливается потоотделение, спазмируется кишечник и т. д. Выраженность этих вегетативных проявлений может быть индивидуальной, но почти у всех она зависит от того, насколько сильно человек охвачен эмоцией.

Клинические нарушения в эмоциональной сфере можно свести к следующим четырем группам.

Тревожные расстройства

Тревога бывает в норме у человека в определенных обстоятельствах, которые мы распознаем, как угрожающие нашей безопасности. Эта эмоция призывает нас действовать, предпринимать какие-либо меры для обеспечения нашей безопасности.

Все мы периодически испытываем эмоцию тревоги. И это нормально. Патологией это становится, когда для тревоги нет объективных причин, и тревога присутствует постоянно или очень часто и мешает нормально жить.

Тревога встречается в структуре многих психических расстройств.

Постоянная тревога может возникнуть в условиях *хронического стресса*. На фоне, например, частого эмоционально-психологического напряжения и переутомления, человек может испытывать постоянное смутное чувство тревоги, даже при отсутствии объективных причин для беспокойства.

Повышенная тревожность также может наблюдаться, как постоянная характерная черта личности, например, у людей *психастенического типа*.

Выраженная тревога бывает в структуре *обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР)*, *генерализованного тревожного расстройства*, *панических атак*, в структуре разнообразных *психозов*.

Паническая атака – это приступ тяжелой тревоги с вы-

раженными вегетативными проявлениями. При панической атаке тревога достигает максимальной выраженности. Человек испытывает необъяснимый страх и панику. Часто ощущается страх умереть или сойти с ума. Физические симптомы проявляются в виде учащённого и усиленного сердцебиения («сердце готово выскочить из груди»), резкой потливости, удушья, нехватки воздуха, тошноты, головокружения, озноба, резких спазмов в животе и др. Приступы могут длиться в среднем примерно 5–10 минут. Частота приступов может варьировать от 1–3 раз в день до 1–3 раз в год.

Депрессивные расстройства

Депрессия – самая частая психическая патология. Основное проявление депрессии – это подавленное, сниженное, «плохое» настроение. Но порой бывает и депрессия, при которой сам пациент не чувствует подавленности или грусти. В таких случаях необходимо обратить внимание на ключевой симптом депрессии – ангедонию.

Ангедония – неспособность получать удовольствие от чего бы то ни было. При выраженной депрессии все, что радовало человека ранее и приносило удовольствие, теперь не радует и не приносит удовольствия: ни друзья, ни близкие, ни деньги, ни развлечения, ни секс – ничего. При более легких депрессиях привычные радости еще могут на короткое время улучшить настроение и принести чувство удовольствия, но все равно это происходит уже не так, как раньше.

При относительно легких случаях депрессии человек продолжает работать, и внешне его жизнь протекает как обычно. В более выраженных случаях становится заметна заторможенность мышления и действий, пассивность, замкнутость, пониженная самооценка, снижение аппетита (иногда, наоборот, повышение аппетита и набор лишнего веса), нарушения сна, запоры и т. д. В тяжелых случаях депрессия сопровождается идеями самоуничтожения, выраженным ощущением бессмысленности жизни и суицидальными поступками.

В психиатрических учебниках обычно описывают *классическую триаду* типичной депрессии. В эту триаду входят следующие симптомы: сниженное настроение (гипотимия), замедленное мышление и двигательная заторможенность.

При депрессиях практически всегда встречаются также разнообразные физические симптомы: нарушения сердечного ритма, запоры, снижение аппетита, сухость кожи, головные боли, нарушения менструального цикла, снижение потенции и др. Иногда эти физические симптомы бывают выражены гораздо сильнее, чем психические симптомы. Существует даже такой вид депрессии – *соматизированная депрессия* (или *маскированная депрессия*). Больной с соматизированной депрессией не испытывает плохого настроения, но страдает от вышеуказанных телесных симптомов. Такие пациенты обычно долго и безрезультатно лечатся у терапевтов и других врачей-непсихиатров, которые пытаются найти и лечить физические (соматические) болезни. И только ко-

гда пациенты в конце концов попадают на прием к психиатру и начинают получать антидепрессивное лечение, их состояние начинает улучшаться.

В научной литературе описываются такие виды депрессии:

- меланхолическая депрессия с классической триадой симптомов;
- тревожная депрессия, в структуре которой наряду с пониженным настроением и ангедонией, присутствует и выраженная тревога;
- апатическая депрессия с преобладанием апатии, отсутствием сил и желания что-либо делать;
- ипохондрическая депрессия с преобладанием навязчивых или сверхценных идей о наличии какого-либо серьезной тяжелой физической болезни (рак, СПИД, туберкулез и т. д.);
- анестетическая депрессия с преобладанием мучительного ощущения, что все чувства и эмоции внутри исчезли, ничто не вызывает ни радости, ни сочувствия, ни жалости;
- маскированная депрессия, о которой я уже упомянул выше.

По степени тяжести в зависимости от выраженности симптомов можно выделить легкую, умеренную и тяжелую депрессию. В зависимости от степени тяжести пациентам с депрессией могут потребоваться разные подходы к лечению.

При крайне тяжелой депрессии может развиваться *депрес-*

сивно-бредовый синдром. Это тяжелое психическое расстройство с чувством безысходности, отчаянья, невыносимых угрызений совести, тревоги. Тяжесть состояния усугубляется наличием *бредовых идей*: больные непоколебимо уверены в собственной вине, в своей ничтожности, они считают себя виновным в реальных или мнимых проблемах своей семьи, общества, страны или даже всего человечества. Их уверенность не поддается никакой, даже временной, коррекции и переубеждению. Уверенность в своей никчемности и виновности может привести к попыткам суицида. Такие состояния опасны для самого пациента и требуют немедленной госпитализации в психиатрический стационар.

* * *

Так описывает свое состояние девушка, пережившая депрессию (взято из опубликованного в социальной сети поста с согласия автора):

«Когда тыходишь в неё – незаметно. Именно себе незаметно. Ты вдруг оказываешься в тёмном мире. Вокруг мрак. Света не видишь. Не знаешь, как выйти. И начинаешь нести всякий бред. Я считаю, как раз это первым сигналом того, что человек уходит. В себя. Во тьму. Называйте, как хотите. Человек сам себя уже не вытащит. Сколько не говори ему «да возьми себя в руки», «жизнь же прекрасна», «соберись, тряпка», «ну что ноешь вечно», «ты жертвишь» и т. д. Он

уже во тьме, и его спасёт грамотный подход специалиста или специалистов.

Если вы заметили, что ваш близкий человек вдруг начал меняться, попробуйте поговорить, попробуйте достучаться сквозь стену молчания или же агрессии.

Да, человек в депрессии может быть и не только овощем, но и агрессором. В моём случае я была агрессором.

Я считаю, что я чудом спаслась.

Я оказалась в психиатрии.

Сейчас вспоминаю это как страшный сон, как я бродила по городу, соблазняясь мостами, в то время как весь мир готовился к Новому году. Я была на волосок от смерти и сегодня могла уже не писать эти слова. Я была в плену у тьмы.

Момент, когда человек совершает суицид, у него сознание затуманено, и он видит только одну цель. Больше никого и ничего. Есть одна цель – исчезнуть. Будто его и не было. Не обязательно человек может оказаться в этом состоянии после травмы и стрессов, как я. Это могут быть органические изменения в организме. В любом случае лишь психиатры могут поставить диагноз и лечить. Не вы и не психологи. Если есть тяжелая степень, с суицидальными мыслями, лучше обратиться к психиатрам или психотерапевтам и быть рядом, хотя бы до двух недель быть круглосуточно рядом.

Я могла бы и дома принимать лекарства. Но круглосуточное наблюдение могут обеспечить только специалисты. Я не могла просить своих родных об этом. Они вообще узнали

уже после выписки.

Сейчас я принимаю антидепрессанты и транквилизаторы.

Воспоминания, которые вдруг всплыли и привели к этому состоянию, я принимаю сейчас как пройденный этап жизни. Мне просто страшно вспоминать мои многокилометровые прогулки перед Новым годом. Та была не я, и все эти слова писала не я».

Мания

Мания (маниакальный синдром) – это психическое расстройство по своим проявлениям противоположное депрессии. Мания проявляется патологически повышенным настроением, ускорением мышления, легковесностью суждений, гиперактивностью, возбуждением и расторможенностью. Такие пациенты говорливы, часто и неуместно смеются, взбудоражены, речь ускоренная, в своей речи легко теряют нить суждений, перескакивая с темы на тему, легко раздражаются, легко становятся гневливыми. Они берутся сразу за несколько дел, и не доводят ни одного до конца. Отмечается повышенная самооценка и переоценка собственных способностей. Легко раздают обещания всем вокруг. Они не способны адекватно оценить свои реальные возможности и текущую обстановку.

Легкие случаи мании называются *гипоманией*. Пациенты с гипоманией обычно ведут себя достаточно упорядоченно, их эмоциональная и двигательная взбудораженность не так

сильно выражена. Окружающие могут и не замечать ничего необычного в поведении людей с гипоманией, они могут выглядеть как просто активные, словоохотливые, общительные личности, как будто это их черта характера. В таких случаях различие этих состояний в том, что особенности характера присущи людям в практически в течение всей их жизни, а гипомания – это временное состояние, которое длится несколько недель. Поэтому, если обычно спокойный, сдержанный, стеснительный человек вдруг в течение нескольких недель ведет себя необычно активно, общителен, совершенно раскрепощен и совершает нехарактерные для него поступки, то здесь скорее всего имеет место гипомания.

В тяжелых случаях в структуре маниакального синдрома появляются бредовые идеи величия и тогда формируется **маниакально-бредовый синдром**. При данном синдроме на фоне повышенного настроения и общей расторможенности наблюдаются идеи собственной значимости, особой привлекательности, талантливости, обладания исключительными способностями. Больные убеждены, что они самые способные, гениальные, легко могут решить любые задачи и проблемы, на них все держится, благодаря им все работает.

Апатоабулический синдром

Это синдром, включающий в себя взаимосвязанные состояния *апатии* и *абулии*.

Апатия проявляется в безразличии, безучастности к окру-

жающему миру и к себе. Это состояние отсутствия эмоций (частичной или полной редукции). Здесь происходит не качественное изменение эмоций «в плюс» (как при мании) или «в минус» (как при депрессии). Здесь эмоций просто нет. А раз нет эмоций, то человек не способен различать что для него важно, а что нет, что для него значимо, а что нет. Ему все равно. В тяжелых случаях ему настолько все равно, что он не осознает даже своих основных физиологических потребностей в еде и питье. Абулия проявляется в безволии. У больных не возникает ни желаний, ни стремлений к какому-либо действию.

При более легких случаях этого синдрома у больных утрачиваются прежние интересы, увлечения, стремления, амбиции и не появляются новые. Круг интересов сужается до удовлетворения жизненных потребностей (питье, еда, поход в туалет), о которых они еще способны позаботиться самостоятельно.

В тяжелых случаях больные с апатоабулическим синдромом просто лежат целыми днями на одном месте и нуждаются в постороннем уходе. Они находятся в сознании, их руки и ноги не парализованы, и они способны ходить, но у них «парализована воля». Они не способны сами поесть, попить, следить за личной гигиеной и оставленные без помощи могут погибнуть от истощения.

Апатоабулический синдром развивается при тяжелых формах шизофрении, органическом повреждении головного

мозга, алкоголизме и др.

1.2.7. Расстройства двигательной сферы

Движения нашего тела мы осуществляем благодаря нашим мышцам, сухожилиям, связкам, костям и суставам. Это то, что называют *опорно-двигательным аппаратом*. Управление этим аппаратом и координация различных движений осуществляется нашей нервной системой. К каждой мышце нашего тела подходит свой нерв словно электрический провод. И точно также как в электрическом проводе по нашим нервам проходят электрические импульсы-сигналы. Движение мышцы произойдет только, если по нерву поступил сигнал.

Нервную систему человека можно представить, как очень сложную схему с множеством электрических проводов. Если на каких-то участках обрывается проведение сигналов, то соответствующие мышцы на этом участке перестают двигаться. Так возникают параличи. Такими двигательными нарушениям занимаются невропатологи. Неврологические двигательные нарушения обычно имеют причиной какое-то локальное анатомическое повреждение нервной системы (в результате травмы, инсульта и т. д.).

Психиатры занимаются нарушениями в двигательной сфере, в возникновении которых задействованы психические процессы.

С психиатрической точки зрения двигательные нарушения, в целом, можно разбить на две группы: это состояния *возбуждения* и состояния *ступора*.

Возбуждение (*психомоторное возбуждение*) – патологическое состояние, при котором больной находится в повышенной двигательной активности, при этом активность эта хаотичная и беспорядочная. Больной не может усидеть на месте, встает, садится, вновь встает, непрерывно ходит, бегает, может крушить или разбрасывать предметы вокруг. Если есть и речевое возбуждение, то больной непрерывно что-то говорит, выкрикивает, причитает, стонет, хохочет, рыдает, при этом самой речи толком нет, высказывания лишены общего смысла. Особенности поведения возбужденного человека определяются видом возбуждения.

Маниакальное возбуждение: настроение приподнято, глаза блестят, больной много говорит, мысли при этом скачут от одной темы на другую, он хаотично и беспорядочно ходит, размахивает руками, хватается за предметы, одежду окружающих, настроение легко переходит от веселого к гневливому.

Кататоническое возбуждение: движения больного стереотипны, однообразны, лишены целенаправленности, больные часами могут ходить из угла в угол, совершая одни и те же движения, часто с ними невозможно вступить в контакт, они могут вообще молчать или часами выкрикивать одни и те же слова, иногда случаются немотивированные агрессив-

ные поступки, когда больной начинает крушить все вокруг, избивать окружающих, наносить повреждения самому себе.

Тревожная ажитация – это возбуждение на фоне выраженной невыносимой тревоги, когда тревога настолько сильна, что больные не могут найти себе места, мечутся, ищут помощи, заламывают руки, рвут волосы.

Делириозное возбуждение – возбуждение при делириозном синдроме (например, в рамках алкогольного делирия): больные в ужасе убегают от мнимых врагов, от видений чудищ, угрожающих «голосов», в страхе просят помощи, защиты, сами могут проявлять агрессию к воображаемым врагам.

Возбуждение может случаться на фоне употребления *наркотиков-стимуляторов* (кокаин, метамфетамин и др.) и напоминает картину маниакального возбуждения или делириозного возбуждения.

Состояние возбуждения требует оказания неотложной медицинской помощи и госпитализации.

Ступор – расстройство, противоположное возбуждению, состояние обездвиженности. В этих случаях больные практически не двигаются, лица ничего не выражают, на вопросы они не отвечают, могут длительно сидеть или лежать в одной позе, при этом длительно не потребляя пищи, воды, могут оправляться под себя. При более легких случаях (такие состояния называют *субступор*) больные могут все же иногда двигаться, окликаются при настойчивых вопросах, могут са-

мостоятельно поест, двигаясь при этом медленно, отвечая односложно.

В состоянии ступора больные нуждаются в постороннем уходе, без лечения и без ухода могут погибнуть от истощения и обезвоживания.

Различают несколько разновидностей ступора.

Депрессивный ступор – ступор на фоне тяжелой депрессии: больные залеживаются, ничем не интересуются, подолгу сидят или лежат в одной позе, не едят, на лице застывшее выражение скорби, печали.

Кататонический ступор – особенностью этой разновидности ступора являются симптомы каталепсии, когда больные могут подолгу сохранять приданную им позу, даже неудобную. Так, они могут часами стоять на одном месте словно статуя с поднятой рукой или ногой. Лицо у таких больных маскообразное, без выражения каких-либо эмоций. Вступить в контакт с ними невозможно. В тяжелых случаях таких пациентов кормят через зонд, так невозможно добиться того, чтобы они самостоятельно жевали и глотали пищу даже при кормлении с ложки.

Аффективно-шоковый ступор – обездвиженность, возникающая при чрезвычайных стрессовых ситуациях (шоковая реакция во время катастроф, страшных ДТП и т. д.). Такая реакция обычно длится недолго, не требует специального лечения.

1.2.8. Расстройства сознания

Традиционно в учебниках по психиатрии описываются следующие критерии (признаки) нарушенного сознания, выделенные немецким психиатром Карлом Ясперсом (1883–1969):

- отрешенность от реальной действительности, затрудненность или полное отсутствие контакта с больным;
- нарушение рационального познания, понимания того, что вокруг происходит, выключение или дезорганизация мышления;
- дезориентировка в месте, времени, окружающих лицах, а иногда в собственной личности;
- затруднение запоминания происходящих событий и субъективных переживаний, что проявляется по выходе из состояния нарушенного сознания амнезией, либо воспоминания могут быть неполными и отрывочными.

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.