

# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие . . . . .	5
Список сокращений . . . . .	6
<b>Раздел 1. Введение в специальность . . . . .</b>	<b>7</b>
Глава 1. Психиатрия как медицинская дисциплина . . . . .	9
Глава 2. Распространённость психических расстройств. . . . .	12
Глава 3. Классификация психических расстройств . . . . .	15
Глава 4. Правовые вопросы психиатрии . . . . .	18
Глава 5. Судебно-психиатрическая экспертиза . . . . .	21
<b>Раздел 2. Психические процессы и патопсихологические методы их исследования . . . . .</b>	<b>45</b>
Глава 6. Психические процессы в норме . . . . .	47
Глава 7. Психологические методы исследования в клинике . . . . .	64
<b>Раздел 3. Общая психопатология . . . . .</b>	<b>91</b>
Глава 8. Расстройства ощущений и восприятия . . . . .	93
Глава 9. Расстройства мышления . . . . .	102
Глава 10. Расстройства памяти . . . . .	113
Глава 11. Расстройства интеллекта . . . . .	118
Глава 12. Расстройства эмоций. . . . .	123
Глава 13. Расстройства воли . . . . .	137
Глава 14. Расстройства сознания . . . . .	145
<b>Раздел 4. Частная психиатрия . . . . .</b>	<b>163</b>
Глава 15. Шизофрения, шизотипические расстройства, хронические бредовые расстройства . . . . .	165
Глава 16. Маниакально-депрессивный психоз . . . . .	193
Глава 17. Экзогенно-органические психические расстройства . . . . .	204
Глава 18. Эпилепсия. . . . .	227
Глава 19. Психические расстройства позднего возраста . . . . .	259
Глава 20. Психогенные психические расстройства . . . . .	283

---

Глава 21. Психические расстройства при соматических заболеваниях. . . . .	319
Глава 22. Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ . . . . .	327
Глава 23. Расстройства личности и нарушения влечений . . .	406
Глава 24. Умственная отсталость (олигофрения). . . . .	428
Приложение. Методика обследования больных с психическими расстройствами . . . . .	440
Предметный указатель . . . . .	490

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебник написан сотрудниками кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова: профессорами Незнановым Н.Г., Киссиным М.Я., Крыловым В.И., доцентами Телией К.К., Дунаевским В.В., Стяжкиным В.Д., Пиотровской В.Р., Исаевой Е.Р., Скворцовым Н.Л., доктором мед. наук, доцентом Лебедевой У.В., аспирантами Мартынихиным И.А., Асеевым В.А. В нем отражен многолетний как преподавательский, так и клинический опыт всего коллектива кафедры.

Учебник охватывает широкий круг вопросов и содержит все необходимые сведения, предусмотренные соответствующей программой для студентов высших медицинских учебных заведений.

Книгу отличает прежде всего практическая направленность: сочетание традиционных (классических) диагностических критериев с современными принципами диагностики по МКБ-10.

В учебнике освещены важнейшие разделы психиатрии: организация психиатрической помощи населению, общая психопатология, основные психические заболевания, вопросы наркологии, методы терапии и реабилитации, социальные и правовые вопросы психиатрии. Отдельные главы посвящены психологическим аспектам диагностики и клиники психических расстройств, где внимание уделено психологии общения врача и больного, расстройствам при соматических заболеваниях, группе психосоматических расстройств и эпилепсии. Подробно представлены современные принципы применения психофармакологических средств. В учебнике приведены основные принципы трудовой, судебной и военно-медицинской экспертизы психически больных. Каждая глава включает клинические примеры, контрольные вопросы и список рекомендуемой литературы.

Учебник предназначен для студентов медицинских вузов.

## Глава 9

# РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Расстройства мышления выявляют либо с помощью тестовых процедур (патопсихологическими методами), либо на основе клинического метода при анализе речевой и письменной продукции обследуемого.

Выделяют формальные расстройства мышления (расстройства ассоциативного процесса) и так называемые патологические идеи.

### Расстройства ассоциативного процесса

Эта рубрика включает ряд нарушений способа мышления по форме: изменение его темпа, подвижности, стройности, целенаправленности.

#### Нарушения темпа мышления

##### *Болезненно ускоренное мышление*

Характеризуется увеличением речевой продукции в единицу времени. В основе лежит ускорение течения ассоциативного процесса. Течение мысли обуславливается внешними ассоциациями, каждая из которых является толчком для новой тематики рассуждений. Ускоренный характер мышления приводит к поверхностным, поспешным суждениям и умозаключениям. Больные говорят торопливо, без пауз, отдельные части фразы связаны между собой поверхностными ассоциациями. Речь приобретает характер «телеграфного стиля» (больные пропускают союзы, междометия, «проглатывают» предлоги, приставки, окончания). «Скачка идей» — крайняя степень ускоренного мышления.

Болезненно ускоренное мышление наблюдают при маниакальном синдроме.

*Болезненно замедленное мышление*

В отношении темпа представляет собой противоположность предыдущего расстройства. Часто сочетается с гиподинамией, гипотимией, гипомнезией. Выражается в речевой заторможенности, застреваемости. Ассоциации бедны, переключаемость затруднена. Больные в своем мышлении не в состоянии охватить широкий круг вопросов. Немногочисленные умозаключения образуются с трудом. Больные редко проявляют речевую активность спонтанно, их ответы обычно немногословны, односложны. Иногда контакт вообще не удаётся установить. Это расстройство наблюдают при депрессиях любого происхождения, травматическом поражении головного мозга, органических, инфекционных заболеваниях, эпилепсии.

**Нарушения стройности мышления***Разорванное мышление*

Разорванное мышление характеризуется отсутствием в речи больных логических согласований между словами, грамматические связи при этом могут быть сохранены. Тем не менее речь больного может быть совершенно непонятной, лишённой всякого смысла, например: «Кто может выделить временное расхождение относительности понятий, включенных в структуру миробытия» и т.п.

*Бессвязное мышление*

При бессвязном мышлении отсутствуют не только логические, но и грамматические связи между словами. Речь больных превращается в набор отдельных слов или даже звуков: «возьму... сама попаду... день-пень... ах-ха-ха... лень» и т.п. Это расстройство мышления наблюдают при экзогенно-органических психозах, сопровождающихся аментивным помрачением сознания, шизофренией.

**Нарушение целенаправленности мышления***Резонёрство*

Резонёрство (бесплодное мудрствование, рассуждательство). Мышление с преобладанием пространных, отвлечённых, туманных, малосодержательных рассуждений на общие темы, по поводу общеизвестных истин; например, на вопрос врача: «Как вы себя

чувствуете?» — пациент долго рассуждает о пользе питания, отдыха, витаминов. Этот вид мышления чаще всего наблюдают при шизофрении.

#### *Аутистическое мышление*

Аутистическое мышление (от *autos* — сам) — мышление, оторванное от реальности. Оно не соответствует и противоречит реальности и ей не корректируется. Больные теряют связи с действительностью, погружаются в мир собственных причудливых переживаний, представлений, фантазий, непонятных окружающим. Аутистическое мышление относится к основным симптомам шизофрении, но возможно и при других заболеваниях и патологических состояниях: шизоидной психопатии, шизотипических расстройствах.

#### *Символическое мышление*

При символическом мышлении обычным словам придаётся особый, отвлечённый, понятный лишь самому больному смысл. При этом слова и понятия часто заменяются символами или новыми словами (неологизмами), больные разрабатывают собственные языковые системы. Примеры неологизмов: «зеркаластр, пенснэхо, электрическая эксковозочка». Этот вид мышления наблюдают при шизофрении.

#### *Патологическая обстоятельность мышления*

Патологическая обстоятельность (детализированность, вязкость, инертность, тугоподвижность, торпидность) мышления характеризуется склонностью к детализации, застреванием на частностях, «топтанием на месте», неспособностью отделить главное от второстепенного, существенное от несущественного. Переход от одного круга представлений к другому (переключение) затруднён. Прервать речь больных и направить в нужное русло очень трудно. Эту разновидность мышления чаще всего наблюдают у больных эпилепсией, при органических заболеваниях головного мозга.

#### *Персеверация мышления*

Характеризуется повторением одних и тех же слов, фраз, в связи с выраженным затруднением переключаемости ассоциативного процесса и доминированием какой-либо одной мысли, представления. Это расстройство наблюдают при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга, у депрессивных больных.

## Расстройства мышления по содержанию

Расстройства мышления по содержанию включают бредовые, сверхценные и навязчивые идеи.

### Бредовые идеи

Представляют собой ложные, ошибочные суждения (умозаключения), возникшие на болезненной основе и недоступные критике и коррекции. Заблуждающегося, но здорового человека рано или поздно можно либо разубедить, либо он сам поймёт ошибочность своих взглядов. Бред же, являясь одним из проявлений расстройства психической деятельности в целом, может быть устранён только посредством специального лечения. По психопатологическим механизмам бредовые идеи делят на первичные и вторичные.

- **Первичный бред**, или бред толкования, интерпретации, вытекает непосредственно из расстройств мышления и сводится к установлению неправильных связей, неправильному пониманию взаимоотношений между реальными объектами. Восприятие обычно не страдает. Изолированно первичные бредовые идеи наблюдают при сравнительно лёгких психических заболеваниях. Болезненной основой чаще всего является патологический характер или личностные изменения.
- **Вторичный**, или чувственный, бред представляет производное от других первичных психопатологических расстройств (восприятия, памяти, эмоций, сознания). Выделяют галлюцинаторный, маниакальный, депрессивный, конфабуляторный, образный бред. Из сказанного следует, что вторичный бред возникает на более глубоком уровне расстройства психической деятельности. Этот уровень или «регистр», как и связанный с ним бред, называют параноидным (в отличие от первичного — паранойяльного).

По содержанию (теме) все бредовые идеи можно разделить на три основные группы: преследования, величия и самоуничижения.

- К группе идей преследования относят бред отравления, отношения, воздействия, собственно преследования, «любовного очарования».
- Бредовые идеи величия также весьма разнообразны по содержанию: бред изобретательства, реформаторства, богатства, высокого происхождения, величия.

- К бредовым идеям самоуничтожения (депрессивному бреду) относят бред самообвинения, самоуничтожения, греховности, виновности.

Депрессивные фабулы обычно сопровождаются подавленностью и предьявляются астенично. Параноидный бред может быть как астеничным, так и стеничным («преследуемый преследователь»).

#### *Бредовые синдромы*

**Паранойяльный синдром** характеризуется систематизированным бредом отношения, ревности, изобретательства. Суждения и умозаключения больных внешне производят впечатление вполне логичных, однако они исходят из неверных посылок и ведут к неверным выводам. Этот бред тесно связан с жизненной ситуацией, личностью больного, либо изменённой психическим заболеванием, либо являющейся патологической от самого рождения. Галлюцинации обычно отсутствуют. Поведение больных с паранойяльным бредом характеризуется сутяжничеством, кверулянтскими тенденциями, иногда агрессивностью. Наиболее часто этот синдром наблюдают при алкогольных, пресенильных психозах, а также при шизофрении и психопатиях.

**Параноидный синдром.** Характеризуется вторичным бредом. К группе параноидных синдромов относятся галлюцинаторно-бредовой, депрессивно-бредовой, кататоно-бредовой и некоторые другие синдромы. Параноидные синдромы возникают как при экзогенных, так и при эндогенных психозах.

При шизофрении часто наблюдают один из наиболее типичных вариантов галлюцинаторно-параноидного синдрома — синдром Кандинского—Клерамбо, который складывается из псевдогаллюцинаций, психических автоматизмов, бредовых идей воздействия. Автоматизмами называют явление утраты чувства принадлежности самому себе мыслей, эмоциональных переживаний, действий. По этой причине психические акции больных субъективно воспринимаются как автоматические. Г. Клерамбо (1920) описал три вида автоматизмов:

- Идеаторный (ассоциативный) автоматизм проявляется чувством постороннего вмешательства в течение мыслей, их вкладыванием или отнятием; обрывами (шперрунги) или наплывами (ментизм) мыслей; ощущением, что мысли больного становятся известны окружающим (симптом открытости);

«эхом мыслей»; насильственной внутренней речью; вербальными псевдогаллюцинациями, воспринимаемыми как ощущение передачи мыслей на расстояние.

- Сенсорный (сенестопатический, чувственный) автоматизм характеризуется появлением различных неприятных ощущений в теле (сенестопатий), чувства жжения, скручивания, боли, полового возбуждения, которые воспринимаются как сделанные, специально вызванные. Вкусовые и обонятельные псевдогаллюцинации могут рассматриваться в качестве вариантов этого автоматизма.
- Моторный (кинестетический, двигательный) автоматизм проявляется ощущением вынужденности некоторых действий, поступков больного, которые совершаются помимо его воли или вызваны воздействием извне. При этом больные часто испытывают мучительное чувство физической несвободы, называя себя «роботами, фантомами, марионетками, автоматами» и т.д. (чувство овладения).

Объяснение подобных внутренних переживаний при помощи воздействия гипнозом, космическими лучами или различных технических средств называется бредом воздействия, который иногда носит достаточно нелепый (аутистический) характер. Аффективные расстройства при этом чаще всего представлены чувством тревоги, напряжённости, в острых случаях — страхом смерти.

**Парафренный синдром** характеризуется сочетанием фантастических, нелепых идей величия с экспансивным аффектом, явлениями психического автоматизма, бредом воздействия и псевдогаллюцинациями. Иногда бредовые высказывания больных имеют в качестве основы фантастические, вымышленные воспоминания (конфабуляторный бред). При параноидной шизофрении парафренный синдром является заключительным этапом течения психоза.

**Острые бредовые синдромы.** Помимо описанных выше хронических бредовых синдромов в клинической практике наблюдают остро развивающиеся бредовые состояния, имеющие лучший прогноз (острая паранойя, острый параноид, острая парафрения). Они характеризуются выраженными эмоциональными расстройствами, низкой степенью систематизации бредовых идей, динамизмом клинической картины и соответствуют понятию острого чувственного бреда. На высоте этих состояний могут возникать признаки

грубой дезорганизации психической деятельности в целом, в том числе признаки нарушения сознания (онейроидный синдром).

Острый чувственный бред также может быть представлен синдромом Капгра, включающим, помимо тревоги и идей инсценировки, симптом двойников. При симптоме отрицательного двойника больной утверждает, что близкий человек, например мать или отец, не является таковым, а представляет собой подставную фигуру, загримированную под его родителей. Симптом положительного двойника заключается в убеждении, что незнакомые лица, специально изменившие свой облик, представляются больному в качестве близких людей.

**Синдром Котара** (нигилистический бред, бред отрицания) выражается в ошибочных умозаключениях мегаломанического, ипохондрического характера по поводу своего здоровья. Больные убеждены в наличии у них тяжёлого, смертельного заболевания (сифилиса, рака), «воспаления всех внутренностей», говорят о поражении отдельных органов или частей тела («сердце перестало работать, сгустилась кровь, кишечник сгнил, пища не перерабатывается и из желудка поступает через лёгкие в мозг» и т.п.). Иногда они утверждают, что умерли, превратились в гниющий труп.

### **Сверхценные идеи**

Сверхценные идеи — суждения, возникающие на основе реальных фактов, которые эмоционально переоцениваются, гиперболизируются и занимают в сознании больных неоправданно большое место, вытесняя конкурирующие представления. Таким образом, на высоте этого процесса при сверхценных идеях, так же как и при бреде, исчезает критика, что позволяет отнести их к разряду патологических.

Умозаключения возникают как на основе логической переработки понятий, представлений (рационально), так и с участием эмоций, организующих и направляющих не только сам процесс мышления, но и оценивающих его результат. Для личностей художественного типа последнее может иметь решающее значение по принципу: «если нельзя, но очень хочется, то можно». Сбалансированное взаимодействие рациональной и эмоциональной составляющих называется аффективной координацией мышления. Наблюдаемые при различных заболеваниях и аномалиях эмоцио-

нальные расстройства вызывают её нарушения. Сверхценные идеи являются частным случаем неадекватно избыточного насыщения аффектом какой-либо отдельной группы представлений, лишаящего конкурентоспособности все прочие. Этот психопатологический механизм называется механизмом кататимии. Вполне понятно, что возникающие подобным образом патологические идеи могут иметь не только личностную, болезненную, ситуационную обусловленность, но и содержательно связаны с жизненными темами, вызывающими наибольший эмоциональный резонанс.

Эти темы чаще всего представлены любовью и ревностью, значимостью собственной деятельности и отношением окружающих, собственным благополучием, здоровьем и угрозой потери того и другого.

Чаще всего сверхценные идеи возникают в ситуации конфликта у психопатических личностей, в дебютных проявлениях экзогенно-органических и эндогенных заболеваний, а также в случаях их лёгкого течения.

При отсутствии стойкой дезорганизации эмоционального фона сверхценные идеи могут иметь транзиторный характер и при упорядочивании фона к этим идеям появляется критическое отношение. Стабилизация аффективных расстройств в процессе развития психического заболевания или хронизации конфликта у аномальных личностей приводит к стойкому снижению критического отношения, что некоторые авторы (А.Б. Смулевич) предлагают называть «сверхценным бредом».

### **Навязчивые идеи**

Навязчивые идеи, или обсессии, — возникающие спонтанно патологические идеи, носящие навязчивый характер, к которым всегда сохраняется критическое отношение. Субъективно они воспринимаются как болезненные и в этом смысле являются «инородными телами» психической жизни. Чаще всего навязчивые мысли наблюдаются при заболеваниях невротического круга, однако они возможны и у практически здоровых людей с тревожно-мнительным характером, ригидностью психических процессов. В этих случаях они, как правило, нестойкие и не причиняют значительного беспокойства. При психическом заболевании, напротив, концентрируя на себе и на борьбу с ними всю активность

больного, переживаются как крайне тягостные и мучительные. В зависимости от степени эмоциональной насыщенности выделяют следующие обсессии:

- Отвлечённые (абстрактные) навязчивости, которые могут быть представлены навязчивым мудрствованием («мыслительная жвачка»), навязчивым счетом (арифмомания).
- Эмоционально насыщенные навязчивости, включающие навязчивые сомнения и контрастные навязчивости. Больные могут многократно возвращаться домой, испытывая тревожные сомнения, закрыли ли они дверь, выключили ли газ, утюг и т.п. При этом они прекрасно понимают нелепость своих переживаний, но не в силах перебороть возникающие вновь и вновь сомнения. При контрастных навязчивостях больные охвачены страхом совершить что-то недопустимое, аморальное, противозаконное. Несмотря на всю тягостность этих переживаний, больные никогда не пытаются реализовать возникшие побуждения.

Навязчивые идеи, как правило, представляют собой идеаторный компонент навязчивых состояний и редко возникают в чистом виде. В структуре их также имеют место эмоциональная составляющая (навязчивые страхи — фобии), навязчивые влечения (компульсии), моторные расстройства (навязчивые действия, ритуалы). В наиболее полном виде эти нарушения представлены в рамках обсессивно-фобического синдрома. Навязчивые страхи (фобии) могут иметь различное содержание. При неврозах они чаще всего носят понятный характер, тесно связанный с ситуацией реальной жизни больного: страхи загрязнения и заражения (мизофобия), закрытых помещений (клаустрофобия), толпы и открытых пространств (агорафобия), смерти (танатофобия). Чаще всего наблюдают навязчивые страхи возникновения тяжёлого заболевания (нозофобия), особенно в случаях, спровоцированных психогенно (кардиофобия, канцерофобия, сифилофобия, спидофобия).

При шизофрении навязчивые переживания чаще имеют нелепое, непонятное, оторванное от жизни содержание (например, мысли о том, что в употребляемой пище могут присутствовать трупный яд, иголки, булавки; домашние насекомые могут заползти в ухо, нос, проникнуть в мозг и т.п.).

Тревожно-напряженный аффект в этих случаях довольно часто ослабляется ритуалами — своеобразными символическими защит-

ными действиями, нелепость которых больные также могут понимать, однако их выполнение приносит им облегчение. Например, чтобы отвлечь себя от навязчивых мыслей о заражении, больные моют руки определённое количество раз, используя при этом мыло определённого цвета. Для подавления клаустрофобических мыслей перед тем, как войти в лифт, трижды оборачиваются вокруг своей оси. Подобные действия больные вынуждены повторять по многу раз при всем понимании их бессмысленности.

Чаще всего обсессивно-фобический синдром наблюдают при неврозе навязчивых состояний. Он также может развиваться в рамках эндогенных психозов, например, при неврозоподобных дебютах шизофрении, а также при конституциональных аномалиях (психастении).

Один из вариантов обсессивно-фобического синдрома — дисморфофобический (дисморфоманический) синдром. При этом переживания больного сосредоточены на наличии либо мнимого, либо реально существующего физического недостатка или уродства. Они могут носить как характер навязчивых страхов, так и сверхценных мыслей со снижением или отсутствием критического отношения, напряжённым аффектом, вторичными идеями отношения, неправильным поведением. В этих случаях больные пытаются самостоятельно устранить имеющиеся недостатки, например избавиться от веснушек с помощью кислоты, бороться с излишней полнотой, прибегая к изнурительному голоданию, или обращаются к специалистам с целью хирургического устранения имеющегося, по их мнению, уродства.

Синдром дисморфомании наблюдают у аномальных личностей в подростковом и юношеском возрасте, чаще у девушек. У них часто наблюдают и другие близкие синдромы — нервную анорексию и ипохондрический синдром. Бредовой вариант синдрома дисморфомании наиболее типичен для дебютных проявлений параноидной шизофрении.

#### *Контрольные вопросы*

1. Перечислите формальные расстройства мышления, характерные для шизофрении.
2. Перечислите формальные расстройства мышления, характерные для органических заболеваний головного мозга.
3. Назовите основные клинические признаки бредовых идей.

4. В чём заключается отличие бредовых идей от сверхценных?
5. В чём заключается отличие бредовых идей от навязчивых?
6. В чём заключается отличие навязчивых идей от сверхценных?
7. Перечислите основные компоненты синдрома психических автоматизмов (Кандинского–Клерамбо).