

## Содержание

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b> .....	4
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	6
<b>ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ</b> .....	11
Патология эмоциональной сферы .....	18
Депрессивный аффект .....	20
Тревога (страх) .....	35
Деперсонализация .....	49
Маниакальный аффект .....	62
Патология когнитивной (мыслительной) сферы .....	71
Некритичность .....	73
Бред .....	80
Обманы восприятия .....	102
Навязчивости .....	113
Истерическая и функциональная неврологическая симптоматика .....	126
Другая психиатрическая симптоматика .....	135
<b>ОСНОВЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СИСТЕМАТИКИ</b> .....	152
Синдромологический подход .....	152
Нозологический подход .....	159
Функциональные расстройства .....	163
Психопатологический диатез .....	165
Реактивные и фазные состояния .....	166
Транстипологические личностные аномалии .....	171
Типологические личностные (характерологические) аномалии .....	177
<i>шизоиды</i> .....	185
<i>психастеники</i> .....	189
<i>гипертимы</i> .....	190
<i>эмоционально лабильные личности</i> .....	196
Шизофрения .....	202
Экзогенно-органические расстройства .....	205
<i>астеники и возбудимые</i> .....	214
<i>эпилептоиды</i> .....	214
<b>ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ И НОРМА</b> .....	217
Психологические личностные типы .....	232
<i>идеоманы</i> .....	233
<i>инфантилы</i> .....	242
<b>ОБЩЕЕ И ЧАСТНОЕ В ПСИХОПАТОЛОГИИ</b> .....	255
<b>КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ</b> .....	279

## ПРЕДИСЛОВИЕ

---

Данная книга не ставит своей целью обобщить сведения по психопатологии, которые воспроизводятся на протяжении столетия. В ней представлено новое её понимание, основанное не на дихотомическом делении всей симптоматики на позитивную и негативную, а на анализе негативных и реактивно-позитивных компонентов, составляющих единый симптом, а также на выделении других феноменов, заключающихся в искажении психических функций. Используется не только психологический принцип выделения симптомов, но и другие критерии их оценки (многоосевая психопатология). Более подробно анализируются сущность и закономерности развития расстройств функциональной природы, которые и составляют основной предмет психиатрии, тогда как экзогенно-органические нарушения, представляющие собой психический компонент соматических и неврологических заболеваний, характеризуются менее детально.

Новое понимание психопатологии, в частности нозологической специфичности симптоматики, наряду с другими аргументами заставляют иначе взглянуть на перспективы концептуальной психиатрической систематики, которые излагаются здесь также нетрадиционно и, в отличие от двух предыдущих изданий, представлены подробнее (в частности, специально рассматриваются возможности психиатрической синдромологии). Последовательно развиваемый клинико-психопатологический анализ подтверждает обоснованность представлений о нозологической несамостоятельности шизофрении и расстройств личности (психопатий), что нашло отражение в настоящем издании. В соответствии с приводимыми аргументами (и вопреки принятой традиции) характеристики психологических и патологических типов личности в настоящем издании даются не в общей сводной главе, а отнесены к рубрикам, посвященным функциональным или экзогенно-органическим расстройствам, а также психической норме. В третьем издании книги концептуально доработаны главы о бреде и психической норме, во все разделы внесены частные дополнения и уточнения.

Сложившиеся стереотипы мешают восприятию непривычного, в том числе и нового, настолько, что оно порой представляется сложным, малопонятным. Применительно к аналитической психопатоло-

гии такие (уже высказывавшиеся) претензии вряд ли обоснованны. По сравнению с традиционными взглядами её положения скорее проще и стройнее. Ложное впечатление усложнённости связано, видимо, с большей требовательностью аналитического подхода к аргументированности, доказательности, которым в описательной психиатрии уделялось меньше внимания.

## ВВЕДЕНИЕ

---

По набору симптомов в каждом конкретном случае судят о его диагностической принадлежности. Этим аспектом и ограничиваются американская и международная психиатрические систематики. В отечественной психиатрии, в соответствии с разработанными А. В. Снежневским положениями, по симптоматическим профилям определяют также вероятный прогноз и степень «генерализации патологического процесса». Симптомы принято выявлять с помощью описательного метода, который состоит в соотнесении жалоб пациентов, их высказываний о своих субъективных переживаниях, а также их поведенческих особенностей с эталонными характеристиками в учебной и научной литературе. При этом подразумевается, что каждый симптом сигнализирует о нарушении той или иной психологической функции (психологический принцип выделения симптомов). Соответственно, сущность психической патологии понимается как усиление или ослабление психических функций (соответственно, позитивные и негативные симптомы). Дополнительно используется понятие болезненных особенностей характера (при «расстройствах личности»), противопоставляемых позитивной и негативной симптоматике.

При всех достижениях традиционной психопатологии многие из сложившихся в ней положений в настоящее время нуждаются в пересмотре. Подробнее её недостатки обсуждаются ниже; здесь же следует указать на них в самом общем виде, поскольку аналитическая психопатология ставит своей задачей их преодоление (при сохранении позитивных сторон описательного подхода). Часть этих недостатков в той или иной степени связана с вульгаризацией описательного метода, которая заключается в том, что описание, установление внешнего, поверхностного сходства считаются вполне достаточными для надёжной квалификации симптома, а анализ его сущности рассматривается как никчёмные «умственные спекуляции». На самом деле одна и та же описательная характеристика может иметь различную или комплексную природу. Так, «пресный вкус» пищи, «серость» (приглушённость) красок совсем не обязательно свидетельствуют о гипестезии. В отличие от состояний оглушения, когда речь действительно идёт об истинной гипестезии, которую можно было бы обозначить как сенсорную, при депрессии та-

кие жалобы служат проявлением ангедонии, которую если и называть условно гипестезией, то эмоциональной. Примером не только неоднозначной, но и сложной категории является аутизм. Если помимо преимущественной ориентации на внутренний мир иметь в виду также необщительность, то последняя бывает обусловлена и отсутствием эмоциональной заинтересованности в происходящем вокруг, и неадекватностью контакта с окружением (некритичностью), а то и настороженностью, недоверчивостью или самоощадающим избеганием возможных неприятностей. Исходя из этого, описательные психопатологические категории нуждаются в обязательном анализе, который вскрывает их сущность. Он позволяет правильно определять сферу и тип нарушения, его глубину, понять общие и частные закономерности развития психической патологии, устанавливать корреляции между психиатрической симптоматикой и природой болезненного расстройства.

Поверхностная описательность способствует неадекватному заимствованию таких психологических представлений, которые являются условностями. На самом деле, сущность этих категорий может быть понята как совокупность функций. Например, «воля» и «энергетический потенциал» (побуждения), хотя и содержат компонент когнитивного функционирования, в случае своего нарушения отражают главным образом эмоциональную патологию; память, несмотря на значительную зависимость от эмоционального содержания информации, представляет собой прежде всего идеаторный процесс, тогда как внимание определяется в первую очередь эмоциональным контролем над мыслительной деятельностью. Для анализа общих психопатологических закономерностей целесообразно привести к «общему знаменателю» однородные компоненты сложных психопатологических категорий, соотносящихся с такими психологическими условностями.

Ограничение описанием не позволяет установить, что часть симптомов являются базисными, которые выражают суть психического расстройства и без которых его нет, а другие производны от них и лишь помогают их выявить, тогда как сами по себе, т. е. в отрыве от базисных нарушений, не должны рассматриваться в качестве равнозначной и тем более независимой психической патологии. Так, до сих пор при характеристике расстройств аффекта в качестве рядоположенных симптомов наряду с нарушением собственно настроения перечисляются расстройства мотивации, воли, влечений, речевой и двигательной активности, когнитивной сферы и даже вегетативно-соматической деятельности. Однако сопоставление вариантов структуры аффективных синдромов позволяет утверждать, что эти симптомы имеют разное значение.

Только нарушение настроения является облигатным, а значит, и базисным. Все остальные расстройства далеко не обязательны и являются его отражением в идеаторной и поведенческой сферах, придавая им соответствующую окраску, реже угнетая их, но не меняя сущности психического расстройства. Если депрессивный аффект не выявлен, то о наличии депрессии они свидетельствуют тем вернее, чем надёжнее отвергнута их недепрессивная природа. Когда депрессивный больной сторблен и говорит тихим голосом, это не указывает на более широкий круг психических нарушений, чем болезненно изменённое настроение. Субъективно определяемое расстройство настроения просто-напросто может объективно подтверждаться производными от него характеристиками, такими как изменение осанки и голосовой модуляции.

Все отражающие депрессивный аффект признаки могут быть обнаружены и при непатологических (психологических) реакциях. Например, интенсивные эмоциональные переживания (как радостные, так и горестные) могут привести к временному снижению эффективности умственной деятельности в учёбе или на работе из-за недостаточной внимательности. Такая динамика в способности концентрировать внимание, приводящая к снижению когнитивной продуктивности, отнюдь не свидетельствует о расстройстве, т.е. патологии (см. раздел «*Психическая патология и норма*»). Поэтому и при депрессивном аффекте производные от него изменения внимания и продуктивности умственной деятельности не могут рассматриваться в качестве дополнительных психических нарушений. То, что они указывают на наличие депрессивного настроения, подтверждают его, позволяют, однако, оценивать их как условную симптоматику (не базисную), т.е. они представляют собой симптомы лишь при условии выявления болезненного аффекта или обоснованного предположения об его присутствии. Следует также иметь в виду возможность повышения когнитивной продуктивности, например при увлечённости выполняемой умственной задачей. А поскольку результаты мыслительной деятельности зависят от эмоционального стимула, судить о её нарушении нельзя без учёта последнего. Для сравнения: если производительность труда работника снизилась, это не является доказательством, что он болен; возможно, он потерял стимул к работе (например, его перестала устраивать зарплата). Эмоциональный тонус стимулирует общую жизнедеятельность, но может неравномерно сказываться на разных её проявлениях в разных сферах.

Неправомерность перечисления многочисленных признаков депрессии в одном ряду как равнозначных и самостоятельных согласуется с невозможностью обоснованно представить, как такие понятия, как

воля, мотивация, влечения и др., существуют помимо категорий эмоций и мышления или являют собой нечто большее, чем они. (Редкие случаи, когда отсутствуют указания на изменение настроения при наличии косвенных признаков аффективного расстройства, легко объясняются тем, что они не всегда распознаются и критически оцениваются пациентом или его окружением. Это вытекает из сопоставления субъективных и объективных сведений о больном, которые совсем не обязательно соответствуют друг другу.)

Корректировки требуют и другие психопатологические стереотипы.

Во-первых, для понимания сущности расстройств недостаточно и некорректно дихотомическое деление симптомов на позитивные и негативные. Так, в качестве первого примера позитивного симптома Н. Jackson (основоположник этого подхода) ссылаясь на иллюзии, хотя на самом деле усиления восприятия здесь нет. Как и его приверженцы, он следовал физиологическим представлениям о возбуждении и угнетении неких мозговых центров и искал прямые аналоги этим процессам, что и привело к игнорированию возможности искажения психической деятельности. Кроме того, как будет показано ниже, не бывает чисто позитивных симптомов, анализ которых устанавливает сложную негативно-позитивную структуру.

Во-вторых, неправомерно противопоставление на основании только динамических параметров «личностных расстройств» («психопатий», по прежней терминологии) другим психическим нарушениям, а на основании социальных оценок — норме. Одни из них могут быть более адекватно и аргументированно поняты как пожизненно сохраняющиеся болезненные симптомы (в том числе негативные или условно позитивные), а другие — как непатологические психологические особенности личности.

В-третьих, некорректна тенденция использовать разные классификационные принципы для противопоставления симптомов, например соотнося одни из них с психологическими процессами, а другие — с условиями возникновения. Этот методический порок преодолевается многоосевым подходом к оценке симптоматики.

Психопатологию, основывающуюся на анализе сущности, происхождения, структуры и значения симптомов, оправданно назвать *аналитической*. Результаты её использования позволяют лучше понять и лежащие в основе симптомов психологические категории, выделяя их компоненты в психиатрически значимой взаимосвязи. Аналитический подход, не ограничивающийся констатацией внешнего сходства или различия, позволяет точнее решать основную задачу психопатологии:

обоснованно дифференцировать разнородные и объединять тождественные категории. Так, не все рассматривавшиеся ранее варианты бреда правомерно причислять к нему. То же можно сказать и о деперсонализации. В то же время перечень влечений, помимо традиционно учитывавшихся дромомании, пиромании, kleптомании и некоторых других, должен включать, например, демонстративность, общительность, идеоманию.

Следует подчеркнуть, что аналитическая психопатология, в отличие от психоанализа, не пытается раскрыть психологические причины (психогенез) болезненного состояния в целом, т. е. базисных симптомов. Но она указывает на происхождение вторичной (условной) симптоматики от базисной (см. раздел «*Психиатрические симптомы*»).

Для анализа значения психопатологических категорий целесообразно использовать полученные за последние десятилетия данные эпидемиологического характера о распространённости психической патологии в популяции и разработанную на их основе клиническую концепцию психопатологического диатеза. Весьма важными оказываются и достижения этологии.



## ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

---

Смысл установления симптома (равно как и синдрома, и диагноза) заключается в получении наиболее полной информации о характере расстройства, его прогнозе. Этой цели отвечает понимание психиатрической симптоматики в ходе её разносторонней оценки, т. е. многоосевого подхода.

Поскольку психиатрические симптомы отражают расстройство психической деятельности, то и соотносить их прежде всего следует с конкретными психологическими процессами, чтобы понять, какой из них нарушен: эмоции, мышление или восприятие (*первая классификационная ось*). Более того, чтобы определить феномен, характеризующий один из психических процессов, как патологический, т. е. в качестве симптома, его нередко требуется соотнести с другими психологическими сферами. Так, патологичен интенсивный страх, который когнитивно оценивается как неадекватный, т. е. когда больной понимает, что бояться нечего. Умозаключение бредовое, если восприятие не даёт для него достаточных оснований.

В качестве самых общих предварительных замечаний можно отметить следующее. Во-первых, важно подчеркнуть, что при психической патологии речь идёт о нарушении течения, а не содержания психических процессов. Разумеется, психиатр в первую очередь интересуется психологическим содержанием, т. е. результатом, продуктом психической деятельности, но только для того, чтобы судить о нарушении хода или качественной неадекватности психических процессов. Так, содержанием эмоциональной сферы может быть грусть, но это не означает, что непременно имеется депрессия. Мысли о преследовании не обязательно свидетельствуют о бреде. Необходимо установить неадекватность таких переживаний, которая как раз и выражает нарушение протекания психических процессов. В эмоциональной сфере неадекватными могут быть интенсивность эмоций и их продолжительность, содержание: несоответствие как обстоятельствам, так и психологическим переживаниям в других сферах. В когнитивной сфере может устанавливаться неспособность прийти к надлежащим суждениям, формирование неправомερных умозаключений (в том числе бредовых), изменение темпа или последовательности мыслительных процессов.

В области восприятия патологичны изменение его объёма, несоответствие реальности.

Во-вторых, следует учитывать, что содержание разных психических процессов тесно взаимосвязано (разделение психических актов на эмоции, мышление и восприятие производится с известной долей условности). В окружающей обстановке предметы, явления и события воспринимаются, когнитивно оцениваются и эмоционально окрашиваются не только как приятные или неприятные, но и как знакомые или чуждые, живые или неодушевлённые и т. д. Дисгармоничность содержания мыслей и чувств патологична. Так, если знакомая обстановка воспринимается с чувством новизны, то это деперсонализация, а если утрата близкого родственника не сопровождается чувством сожаления, то это эмоциональная обеднённость. Содержательную взаимосвязь психологических процессов следует учитывать при оценке феноменов, дополняющих базисную психиатрическую симптоматику, чтобы, установив определённый вид патологии, адекватно оценить и производные от него особенности, которые не обязательно свидетельствуют о расстройстве другого вида. Так, грустное содержание мыслей при депрессии отражает патологию не когнитивной, а эмоциональной сферы. (Для сравнения: грустное выражение лица не указывает на расстройство мимики у депрессивного больного.) Депримированность при персекуторном бреде не обязательно является аффективным расстройством. Содержательную связь (конгруэнтность) могут обнаруживать и разные психопатологические процессы. Например, депрессивный аффект дополняется депрессивным (голотимным) бредом, а при персекуторном бреде выявляются клинические признаки депрессии. Однако в таких случаях не представляется достаточно обоснованным утверждать, что какое-либо из расстройств вторично, производно от другого. Любой базисный симптом неадекватен в своём происхождении. Поэтому сомнительно полагать, что возникновение одного базисного симптома должно быть адекватно наличию другого базисного симптома. Если зависимость содержания бреда от депрессии допустить легко (ведь оно несомненно отражает депрессивно окрашенную информационную среду, в которой находится пациент), то нельзя утверждать, что депрессия производит процесс бредообразования. Неубедительность такого предположения вытекает хотя бы из того факта, что частота депрессий несопоставимо превышает распространённость бреда.

В-третьих, взаимозависимость протекания психологических процессов (в отличие от их содержания) при обычной психической деятельности, в частности в рутинной обстановке, незначительна. Силь-

ные же эмоции (волнения, огорчения и пр.) могут привести к редукции восприятия и снижению продуктивности мышления (вплоть до сужения сознания). Равным образом интенсивные мыслительные нагрузки способствуют эмоциональной анестезии и редукции восприятия. Соответственно, незначительные нарушения в одной из сфер по существу не отражаются на течении других видов психической деятельности, вероятность изменений в которых возрастает с углублением выраженности первичной патологии. Такие вторичные изменения по существу имеют характер психологической реакции и свидетельствуют об интенсивности первичного расстройства в смежной сфере психической деятельности. Так, при относительной тяжести депрессии замедляются когнитивные процессы, а при достаточной активности бредаобразования сужается диапазон эмоционального реагирования.

В-четвёртых, все три психологических процесса в норме непрерывны (в состоянии бодрствования), хотя это и не всегда легко распознать. При осознании собственной психической деятельности индивидуум склонен отдавать себе отчёт прежде всего в чём-то необычном. Так, он отмечает у себя плохое или хорошее настроение, но нейтральный фон настроения не означает его отсутствие. Если человек находится в привычной обстановке и не занят обдумыванием каких-то проблем, то это не свидетельствует об отсутствии мыслей, поскольку он знает, где он, кто он, чем он занят. Точно так же обстоит дело и с восприятием: если нет звуков, то слух определяет тишину (уровень которой субъективно различен, например, в дневное и ночное время). Привычная психическая деятельность включает комплекс весьма разнообразных, хотя и не интенсивных эмоций, мыслей и воспринимаемых образов. В этой гамме привычные оценки знакомого и незнакомого, приятного и неприятного не приводят к существенному изменению общего фона настроения, если только не случится череда благоприятных или, наоборот, досадных событий. В последнем случае речь идёт о «депрессии фона» (по К. Шнайдеру), которую следует рассматривать как вариант психологического, а не патологического реагирования на обстоятельства. Как подобные адекватные, так и аномальные мысли или чувства не «заполняют пустоту», а сменяют друг друга, а если возникает пробел в эмоциях, мышлении или восприятии, то такая «пустота» представляет собой результат аутохтонной патологии или реакции на необычные условия (например, при реактивно-шоковых состояниях). В соответствии с этим при деперсонализации необычные чувства не возникают из ничего, а представляют собой извращение привычных эмоций. В основе депрессий лежит исчезновение способности радоваться, которая

в норме реализуется столь же постоянно, сколь и подверженность огорчениям.

В-пятых, в пределах каждой из указанных трёх сфер можно хотя бы условно выделить некоторые частные области и специфические характеристики. Так, следует иметь в виду разные типы мышления, качественно различные эмоции, особую область межличностных отношений, уровень мотиваций и влечений, фоновые и реактивные психические процессы. Соответственно, последовательно используя психологический классификационный принцип, можно и нужно оценивать патологию более дифференцированно, т. е. определять её конкретный тип, разную широту и уровень расстройства, которое может носить более общий (диффузный) или избирательный (парциальный) характер. Вероятность диффузного нарушения выше, во-первых, при массивном (интенсивном) патологическом воздействии и, во-вторых, при высоком темпе его развёртывания. Так, при острых состояниях вероятнее генерализованная тревога или приступы паники, тогда как для более стабильных состояний характернее изолированные фобии, например специфический страх острых предметов. Ещё более наглядна диффузность нарушений при экзогенно-органической патологии. Общее нарушение интеллекта наблюдается при органическом слабоумии и умственной отсталости, а недостаточность отдельных интеллектуальных способностей (математических или гуманитарных) или снижение критичности суждений в некоторых областях (социальной, самооценки) — при психопатологическом диатезе и шизофрении, хотя в последнем случае на конечных этапах болезни тяжелые дефицитные нарушения принимают более диффузный характер.

Существуют три вида нарушения каждого из психических процессов (*вторая классификационная ось*): ослабление, искажение и усиление. Симптомы первого и последнего видов принято называть, соответственно, негативными и позитивными.

Ослабление психических функций отличается некоторой предпочтительностью проявлений в зависимости от конкретного психологического процесса. Для эмоций, как поверхностных, более зависимых от внешних условий, так и глубоких (составляющих компонент влечений), характерно снижение интенсивности (или отсутствие). Что касается интеллектуально-когнитивной сферы, то ослабление интенсивности мыслительных процессов (обычно производное от эмоционального состояния) не имеет большого клинического значения, тогда как диагностическую ценность приобретает главным образом непродуктивность в суждениях и интеллектуальных

операциях. В области восприятия особенно психиатрически значимо сужение его объёма.

Определённая специфичность прослеживается и в феноменах искажения разных видов психической деятельности. Нормальные эмоции замещаются неадекватными или непривычными. При деперсонализации (дереализации) вместо ожидаемых эмоций, сопровождающих процесс (само)восприятия, возникают противоположные. Так, чувство целостности окружающего, взаимозависимости его составляющих замещается ощущением несвязности, разобщённости. При извращённых эмоциональных отношениях удовольствие начинает доставлять то, что прежде воспринималось нейтрально или вызывало неприязнь (или наоборот). Так, начинает отдаваться предпочтение заношенному белью, становится приятным ощущение боли, аппетит вызывается чем-то прежде непривлекательным. Для мышления характерно искажение организованности, стройности, последовательности, как при шизофазии. Искажение воспринимаемых образов относится к таким их параметрам, как форма, цвет, величина, удалённость (иллюзии, психосенсорные расстройства).

Другие симптомы правильнее называть не позитивными, а сложными, поскольку в их структуре определяются как негативный, так и позитивный компоненты. Последний можно рассматривать как своеобразную реакцию на недостаточность психической функции. Так, в ответ на потерю способности радоваться возникает сожаление об этой утрате (тоска). Без ангедонии нет депрессивного аффекта. Бред представляет собой «раскрепощение» мыслительного процесса, которое в качестве предпосылки требует снижения критичности к его продукции. Галлюцинаторные образы возникают на фоне уменьшения объёма восприятия.

Позитивный и негативный компоненты сложного симптома принадлежат к одному и тому же психологическому процессу, но, в отличие от феноменов искажения, в которых происходит преобразование эмоции, понятия или воспринимаемого образа на неадекватные, они относятся к разным характеристикам этого процесса, его неоднородным аспектам. Поэтому сложные симптомы невозможно представить в качестве замещения адекватных психологических феноменов извращёнными. Так, если при деперсонализации адекватное чувство замещается на противоположное, т.е. неадекватное, но сопровождающее то же самое воспринимаемое явление, то при депрессии неадекватная утрата радости бытия дополняется адекватным (по содержанию) сожалением о произошедшей с индивидуумом перемене. В случае

эмоционального искажения вместо равнодушия к любимым занятиям возникало бы отвращение к ним. Если при иллюзиях реальный образ восприятия замещается воображаемым, то при галлюцинациях воображаемому образу нельзя противопоставить уменьшение объёма восприятия, поскольку неправомерно противопоставлять активность восприятия его содержанию. При бреде снижению критичности невозможно в качестве аналога противопоставить усиление мыслительного процесса, поскольку содержательная продуктивность когнитивной деятельности и её интенсивность представляют собой её разнородные характеристики.

Следующий подход к дифференциации симптоматики (*третья классификационная ось*) учитывает особый вариант динамики её проявления. Речь идёт о традиционно учитываемых в клинической психиатрии стереотипных и навязчивых расстройствах. Навязчивый характер могут приобретать симптомы, относящиеся ко всем трём психологическим процессам. Однако если рецидивирующий или стереотипный характер могут иметь практически любые симптомы, то навязчивыми могут стать не все. Их специфика заключается в психологической реакции неприятия на однотипное повторение симптома. Поэтому требуются определённые условия для формирования навязчивости. Во-первых, должно формироваться хотя бы временное критическое отношение к болезненному феномену как неадекватному, произвольному и неконтролируемому. Во-вторых, должна существовать возможность эмоционального противопоставления личности и симптома. Это возможно при парциальном характере эмоциональных расстройств. Общим отмеченным условиям отвечают, например, фобии, развивающиеся в специфических условиях, галлюцинации, к которым сохраняется критическое отношение, тогда как генерализованная тревога или депрессивный аффект, окрашивающие всю эмоциональную сферу, не приобретают навязчивого характера даже при частом рецидивировании. Следует также иметь в виду, что для обеспечения психологической реакции неприятия необходимы эмоциональные ресурсы, т. е. хотя бы относительная эмоциональная сохранность больных. Подтверждением такого заключения служит динамика навязчивых расстройств при шизофрении, когда по мере нарастания эмоционального обеднения навязчивости становятся стереотипными, более не вызывают реакции неприятия.

Порядок развития психопатологических процессов также двойной: спонтанный, называемый эндогенным или аутохтонным (вне связи с внешними условиями), и реактивный (в ответ на ситуацию).

Конечно, в реальности часто можно установить сочетание механизмов формирования патологии: с более отчётливым участием психотравмирующих факторов, когда картина реактивного состояния трансформируется в эндогенную («эндореакции»), и с их менее значимой, лишь провоцирующей ролью. Тем не менее в классификационных целях вполне возможно противопоставить некоторые характерные особенности психогенной и аутохтонной симптоматики (*четвертая классификационная ось*).

Психогенный механизм формирования расстройств ещё К. Ясперс отождествил с «истерическим» (в самом широком смысле). По существу все описания клинического многообразия истерии, особенно часто приводившиеся в литературе вековой (и более) давности, когда основное внимание уделялось её отличию от неврологических нарушений, оказывается возможным свести лишь к двум описательным признакам, которые придают своеобразие её симптоматике. Оба они не позволяют осуществлять строго дискретное выделение или альтернативное противопоставление симптомов, характеризуя лишь разную степень их выразительной яркости и подвижности. Характеристика симптоматики по сравнительной выраженности некоторых особенностей её проявления может отражать неодинаковый вклад психогенных факторов в развитие психических расстройств.

Главной же особенностью использования четвертой классификационной оси является то, что, помимо собственно психопатологических характеристик, она обращается к необходимости учитывать, насколько тесно возникновение симптомов сопряжено по времени с предшествующими ситуационными (психотравмирующими) факторами и существует ли между ними содержательная связь. Решение этих вопросов нередко бывает лишь предположительным, что также осложняет использование этой классификационной дифференциации симптоматики.

При изложении основ психопатологии в данном разделе специально анализируются наиболее часто встречающиеся симптомы, сущность которых неизменна вне зависимости от общей клинической картины состояния (базисная, или безусловная, симптоматика), рассматриваются особенности их навязчивого рецидивирования, а также их проявления в зависимости от степени вовлечённости психогенных механизмов. Значение других симптомов не столь определённо и должно оцениваться в зависимости от общего клинического контекста (ложная, условная, искажённо понимаемая и неоднозначная симптоматика). О них речь пойдёт отдельно.

## Патология эмоциональной сферы

Патология в эмоциональной сфере многообразна и наиболее характерна для психических заболеваний. Некоторые психиатры различают эмоции как дискретные непродолжительные реакции на ситуационные факторы и аффект как относительно стабильный общий фон настроения, сформировавшийся под влиянием обстоятельств или аутохтонно. Несмотря на всю условность подобной дифференциации, она косвенно закрепилась в психиатрической систематике, где специально выделяются аффективные нарушения (расстройства настроения). Это депрессивная и маниакальная симптоматика. Другие диффузные нарушения настроения к аффективным расстройствам относить не принято, несмотря на то что речь при них идёт лишь о качественно ином типе аффекта. Так, общий фон настроения может определяться беспредметной тревогой или безотчётным страхом, хотя страх, действительно, чаще составляет сущность имеющей определённый объект эмоциональной реакции или избирательного опасения специфической ситуации. Иные разновидности патологического аффекта практически не встречаются в изолированном виде. К ним относятся, например, недоумение (растерянность) в рамках бредовых состояний, а при сопротивлении стойким или навязчивым влечениям относительно продолжительное время может сохраняться фон аффективного напряжения. Собственно говоря, сдерживание любых относительно интенсивных эмоций, которые не находят достаточного выражения в поведении (в том числе мимическом и речевом), приводит к аффективной напряжённости.

По сравнению с аффективными нарушениями расстройствам эмоций в психиатрии уделялось меньше внимания. И это не случайно: относительно непродолжительные дискретные реакции на отдельные события редко служат поводом для обращения к психиатрам, а если и служат, то, как правило, в тех случаях, когда заметное изменение эмоциональных реакций отражает подспудное изменение аффективного фона. По сравнению с расстройством аффекта эмоциональные нарушения имеют меньшее диагностическое значение и менее значимы для терапевтического выбора. Качественно они неотличимы от расстройств аффекта, т. е. могут представлять собой радость и грусть, смятение и испуг, но их наличие или отсутствие, а также особенности проявления позволяют уточнить степень и характер нарушения психической деятельности. Например, по отсутствию эмоциональных реакций на ход (не рутинного) психиатрического расспроса можно сделать заключение об эмоциональной дефицитарности пациента. Особенно заметная на-



пряжённая скованность при беседе с врачом обычно указывает на повышенный уровень тревожности.

В психопатологии важно специально выделить еще и другую область эмоционально-аффективной сферы, в которой, в отличие от эмоциональных реакций, речь идёт не о дискретных, относительно кратковременных состояниях в ответ на ситуативные факторы и не об общем фоне настроения, в отличие от аффективных расстройств, а об относительно постоянных, но парциальных характеристиках этой сферы. Это область эмоциональных отношений, в первую очередь отношения к окружающим, но не только к ним. Сюда относятся и особенности эмоционального отношения к каким-либо занятиям, социальным процессам, сферам деятельности. Это область симпатий и антипатий, влечений и отвращений, интересов или равнодушия к тем или иным сторонам жизни. Чаще всего об эмоциональной сохранности или сглаженности психиатры судят именно по характеристикам межперсональных взаимоотношений больных. Различия в избирательной эмоциональности зачастую делают некорректными попытки интегральной оценки эмоционально-аффективной сферы как яркой или обеднённой. Отличаясь относительным постоянством, эмоциональные отношения могут не совпадать (или совпадать не полностью) с общим фоном настроения и в той или иной степени влиять на него, чем нередко пользуются пациенты, например, когда с помощью любимого занятия они пытаются смягчить депрессивные переживания.

Избирательность эмоциональных отношений определяет парциальность их расстройств. К последним следует относить специфические страхи, при которых тревога испытывается только в связи с определёнными объектами (например, острыми предметами, насекомыми и пр.) или ситуациями (нахождением вне дома, на высоте и пр.). Аналогично диффузному или парциальному проявлению патологической тревоги происходит общее или избирательное нарушение влечений, которые могут усиливаться, ослабляться или искажаться в рамках аффективных эпизодов и в результате дефектных изменений. Депрессия и мания могут приводить, соответственно, к общему снижению или усилению влечений, а примером избирательного эмоционального нарушения, противостоящего общему расстройству аффекта, служит компенсаторное усиление отдельных влечений при депрессиях. Расстройства влечений, по-видимому, отражают относительно глубокий уровень патологии, о чём может свидетельствовать их нередкое отсутствие при лёгких аффективных расстройствах и слабых эмоциональных реакциях, а также на ранних стадиях дефектных изменений.

Несмотря на психопатологическую обоснованность условного выделения трёх отмеченных сторон аффективно-эмоционального функционирования, следует помнить об их взаимозависимости, которая в равной степени значима как для нормы, так и для патологии (об этом подробнее будет сказано ниже).

### Депрессивный аффект

Обычно под депрессивным аффектом подразумевается неадекватное ситуации переживание тоски (подавленности, грусти, печали), и с этим симптомом психиатры имеют дело чаще всего. Депрессивный аффект служит примером комплексного (сложного) симптома, сочетающего в себе как минимум два элементарных феномена. Во-первых, в нём всегда присутствует *ангедония*, т. е. недостаточная способность испытывать радость, удовольствие. Это *первичный негативный феномен*. Во-вторых, возникает психо(пато)логическая реакция на утрату положительных эмоций. Это *реакция сожаления* об их отсутствии или собственно реакция печали, грусти, тоски, представляющая собой *вторичный позитивный феномен*. (В английском языке сожаление, скорбь, печаль и грусть могут быть выражены одним словом *sorrow*.) Аффективная реакция сожаления о неполноценности удовольствия от жизни находит отражение в когнитивной сфере, определяя пессимистический круг мыслей.

При аутохтонных депрессиях утрата (или уменьшение) радости бытия первична. При этом недостаточное удовлетворение приносит как своё собственное физическое (витальное) существование, так и эмоциональное взаимодействие с окружающим миром. Это ангедоническое переживание точнее всего определяется жалобами или непосредственно на безрадостность, или на скуку, когда больные отмечают, что им «всё надоело». Впечатление однообразия жизни, когда, по определению одной пациентки, «хочется праздника», способствует попыткам оживить своё существование порой не самыми благоразумными поступками, хотя существенных неблагоприятных последствий обычно не бывает, из-за быстрого разочарования в их действенности.

Степень утраты радости может быть различной. Если общение ещё приносит какое-то эмоциональное удовлетворение, то пациенты тянутся к близким за поддержкой. Если нет, то они превращаются в депрессивных аутистов. При неглубоких депрессиях, когда способность радоваться утрачена не полностью, у больных сохраняется ещё согревающая их надежда на более полноценную жизнь в иных условиях, например, если они вырвутся из рутинной повседневной обыденности (иногда

они и в самом деле пускаются в путешествия) или, наоборот, вернуться в привычное окружение. У детей (хотя и не только у них) компенсаторные тенденции в субдепрессивных состояниях могут выражаться в содержании мечтаний. Так, ученица начальной школы любит мечтать о способности к полётам, а в периоды осенних депрессий она дополнительно представляет себе, как спасла бы кого-нибудь от беды и как ей были бы за это благодарны. При углублении ангедонии сожаление о невозможности разорвать замкнутый круг безрадостности выражается в идеаторной сфере темой безысходности. Пациент лишается также радости от надежд на будущее. Соответственно, в когнитивной сфере его гнетут представления о бесперспективности.

Утрата положительной эмоциональной окраски воспоминаний о прошлом у депрессивных больных сказывается на жалобах не во всех случаях. Собственно, факультативны все производные от депрессивного аффекта изменения психического функционирования, включая идеаторные процессы и их эмоциональную окраску, а также подчинённые им поведенческие характеристики. Здесь же отсутствие упоминаний о безрадостности воспоминаний тем более ожидаемо, что для многих прошлое гораздо менее актуально и значимо по сравнению с настоящим или будущим. Более того, при относительно неглубокой депрессии, когда воспоминания ещё доставляют какое-то чувство радости, они даже компенсаторно усиливаются, выражаясь ностальгией: пациенты пытаются найти в них утешение, сожалеют о невозвратимости прошлого, противопоставляя его безотрадному настоящему. Однако при углублении депрессии воспоминания совсем перестают доставлять удовольствие. По выражению одной пациентки, у неё пропала «память на чувства»: вспоминала зрительно, но не эмоционально.

Свойство памяти — воспроизводить преимущественно такие эмоционально значимые события, которые соответствуют актуальному состоянию. Поэтому при отсутствии компенсаторной ностальгии больные склонны вспоминать преимущественно свои неудачи и проступки, а также другие неприятности, которые резонансны депрессивному аффекту. Раскаяние в собственных ошибках и переживание своей непривлекательности (обычно нравственной) проявляется в идеаторной сфере самоуничижительными мыслями, гипертрофирующими собственные промахи и недостатки. При патологическом усилении раскаяния в своём «неблаговидном» поведении на основе самоуничижительных представлений могут сформироваться идеи виновности и осуждения. Иногда психиатрами ошибочно предполагается депрессогенная роль неудовлетворённых в прошлом потребностей или иных неприятностей.