

# Основные психопатологические синдромы (для ординаторов и интернов)

Кафедра психиатрии и наркологии  
Северо-Западного медицинского  
университета имени И.И.  
Мечникова  
профессор, д.м.н. Пашковский В.Э.

# Симптом (К.Ясперс)

- Симптомы – это такие явления, которые при каждом повторении распознаются как идентичные.
- В ходе исторического развития психопатологии за каждым симптомом признавался статус нозологической единицы (галлюцинации, бред, типы поведения: пиромания, kleptomания и т.д.).

# Что такое синдром?

- Устойчивая совокупность ряда симптомов с единым патогенезом.
- Синдром может составлять картину всей болезни или части ее, будучи при этом проявлением патологии одной системы или органа



# Что такое синдром?

Синдром не  
равнозначен  
болезни как  
нозологической  
единице, т.к. он может  
быть связан со  
многими  
заболеваниями



# Что такое синдром?

- Иногда термин синдром употребляется как синоним болезни, когда этиология и патогенез не ясны.



# Что такое синдром?

- Термин «синдром» не соответствует термину симптомокомплекс, который характеризует симптоматику болезни в сжатой форме.



# Понятие синдромов по А.В. Снежневскому

- Синдром («совместный бег» симптомов)— совокупность симптомов, имеющих общий механизм развития. Сам по себе симптом вне синдрома лишен клинического смысла.
- Отдельные расстройства психических функций встречаются у большинства здоровых индивидуумов. Патологические явления имеют системный характер и выражаются в форме синдромов.
- Из синдромов и закономерной последовательности их смены — патокинеза — складывается клиническая картина заболевания в его статике и динамике (Снежневский, 1960; Давыдовский, 1962).

# Параметры синдрома

Синдром	Структура
Синдром	Уровень (позитивные-негативные)
Синдром	Динамика (синдромокинез, синдромотаксис)
Синдром	Взаимоотношения с другими синдромами (простые и сложные)
Синдром	Этиопатогенез
Синдром	Мозговая локализация
Синдром	Личность
Синдром	Тяжесть
Синдром	Болезнь

# Структура синдрома



# Облигаторные симптомы

Синдром	Облигаторный признак
Астенический	Утомляемость
Аффективные	Снижение и повышение настроения
Деперсонализационные	Отчуждение соматических и психических функций
Синдром Кандинского-Клерамбо	Переживание сделанности, воздействия извне
Кататонические	Дезорганизация поведения, аномальные двигательные нарушения: от двигательного возбуждения до ступора.
Синдромы помрачения сознания	Отрешенность от реального мира, дезориентировка, утрата связности переживаний, нарушения памяти.

# Типы взаимоотношений: синдром-симптом

- Особенность взаимоотношения симптома и синдрома обусловлено неустойчивостью синдрома.
- Дальнейшее изучение структуры синдромов привело к выделению *облигаторных, дополнительных и факультативных* симптомов (G.Stertz, 1928, Ю.М. Саарма, Л.С. Мехилане, 1980, А.О. Бухановский, 1998).
- Первые являются обязательным его компонентом. Они определяют психическое содержание синдрома от начала его возникновения до прекращения.
- Вторые характеризуют признаки, закономерно встречающиеся в его рамках, но могущие и отсутствовать
- Третьи зависят от патопластических факторов, модифицирующих его структуру.



## Позитивные и негативные синдромы

- Продуктивные психопатологические синдромы являются показателем глубины и генерализации психической деятельности, отражая собой ту сторону патогенеза, которая свидетельствует о существовании, а нередко и о качестве защитных сил организма.
- Негативные синдромы отражают ту сторону патогенеза психической болезни, которая свидетельствует о существовании и качестве полома защитных механизмов организма

# Позитивные синдромы

Невротические

Аффективные

Деперсонализационно-дереализационные

Растрянности

Галлюцинаторно-бредовые

Двигательных расстройств

Помрачения сознания

Эпилептиформный

Психоорганический

# Негативные синдромы

Реактивная лабильность

Астенический личностный сдвиг

Стенический личностный сдвиг

Психопатоподобный личностный сдвиг

Снижение энергетического потенциала

Снижение уровня и регресс личности

Амнестические расстройства

Слабоумие

Маразм

# Понятие психоза.

Коренное, радикальное искажение картины реального мира в сознании пациента. Это обусловлено глубокой депрессией, бредом, галлюцинациями и другими глубокими нарушениями психической деятельности

Тяжелые нарушения поведения, связанные с неспособностью пациента считаться с требованиями реальности и здоровыми тенденциями собственной личности.

Непонимание пациентом факта собственного психического расстройства или, иными словами, отсутствие критического отношения к заболеванию — анозогнозия.

# Непсихотические расстройства.

Сохранение пациентом способности к реалистическому отображению действительности. Искажения общей картины мира и отдельных сторон жизни возможны и здесь, но они до известной степени доступны коррекции прошлым и настоящим опытом;

Адекватное в целом социальное поведение, базирующееся на учете реальных отношений и доминировании неболезненных тенденций личности.

Полное или, во всяком случае, отчетливое понимание пациентом факта имеющихся у него психических отклонений, осознанное стремление к их преодолению и компенсации.

# Психотические и непсихотические синдромы

Непсихотические	Психотические
Астенические	
Обсессивно-фобические	
Ипохондрические	Ипохондрические
Истерические	Истерические
Деперсонализационно-дереализационные	Деперсонализационно-дереализационные
Аффективные	Аффективные
	Галлюцинаторно-бредовые
	Кататонические, гебефренические
	Синдромы помрачения сознания
	Деменции
амнестические, психоорганические, апатические.	амнестические, психоорганические, апатические.

# ***Синдромокинез***

- **Синдромокинез- процесс, возникновения развития, существования, соотношения и исчезновения структурных элементов синдрома.**
- **Синдромы, с максимально возможным числом элементов обозначаются как *развернутые*, с ограниченным числом – как *абортивные*.**

# **Синдромокинез (А.А.Портнов)**

- **Транзиторные синдромы - при них отсутствует синдромокинез, им ничего не предшествует, ему на смену не приходит другой синдром (пример: зарницы, припадки)**
- **Этапные синдромы- при них наблюдается перерастание одного клинического феномена в другой.**
- **Сквозные (осевые) – Синдромы, наблюдаемые в течение всей болезни**

# Соотношения между осевым и этапными синдромами при алкоголизме



## Синдромотаксис - порядок чередования, сочетания и распада симптомокомплексов и синдромов

- ***Синтропия*** - взаимоотношения синдромов в виде взаимного родства

***примером синтропии является связь амнестического синдрома со слабоумием и аменцией***

- ***Дистропия*** - взаимоотношения синдромов в виде антагонизма

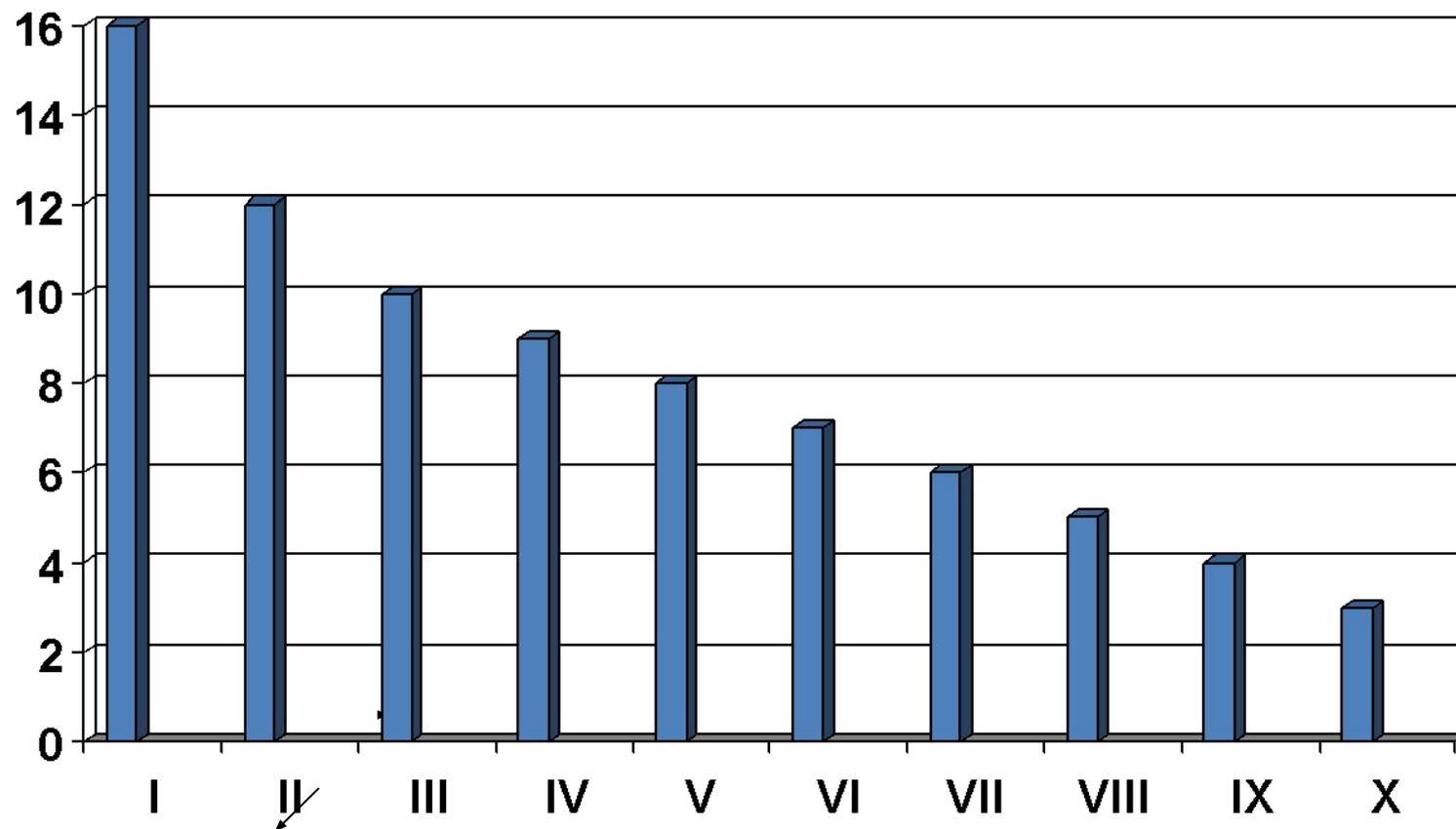
- ***примером дистропии является антагонизм между аментивным и гебефренным синдромом.***

# Сложный синдром

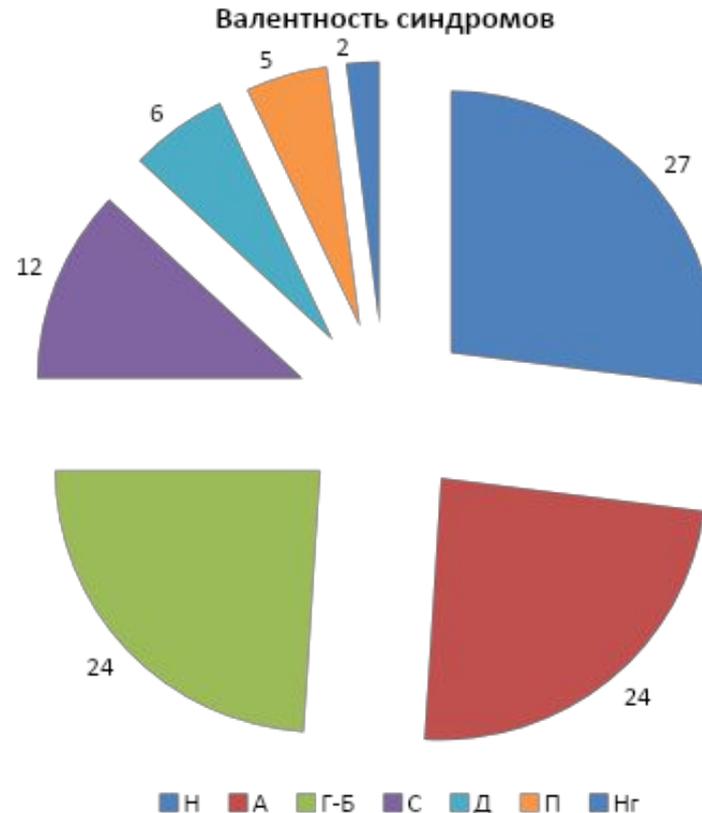
- При взаимодействии различных психопатологических состояний между ними может возникать взаимосвязь, приводящая к образованию новой системы – **сложного синдрома**, на что впервые обратил внимание И.Г. Оршанский (1910).

## Валентность синдромов

I- депрессивный, II –ипохондрический, истерический, маниакальный , III- тревожный, , IV- КК, параноидный, аментивный, деменции, V- парафренный, VI- астенический, ДДС , галлюциноз VII- ОФР , ступорозный, онейроидный VIII- паранойяльный, делирий, IX - кататонический , X- апатический ,



# Способность к сочетанию с другими синдромами



Н- невротические, А- аффективные, Г-Б – галлюцинаторно-бредовые, С – нарушенного сознания, Д- двигательные, П- психоорганические, Нг - негативные

# Взаимосвязь синдромов по О.В. Кербикову

- **Наибольшее количество положительных корреляционных связей обнаруживают невротические (неврастенические, ипохондрические, навязчивые) состояния, наименьшее – сумеречные, кататонические, слабоумие. Итак, можно предположить, что валентность отражает степень жесткости патофизиологических структур, стоящих за каждым синдромом и определяется не столько его принадлежностью к определенному кругу (невротическому, аффективному), сколько свойством этого синдрома включать в свою структуру или препятствовать появлению симптомов, относящихся к различным регистрам.**

# Синдром-этиопатогенез

## модель «формы реакции» А.Ноше (1912)

- «Этиологические моменты – внутренние и внешние представляют лишь толчки, от которых приходят в действие преформированные механизмы, заложенные в дегенеративной, а, быть может, и в каждой нормальной психике.
- Эти симптомокомплексы представляют разнообразные варианты, появляющиеся в зависимости от внутренних и внешних моментов. Но нет никакой возможности установить здесь различные подвиды и разновидности;
- Смутные границы между синдромами не сделаются более отчетливыми, если перемещать их из одной рубрики в другую; это все равно, что «рассчитывать на просветление мутной жидкости, непрерывно переливая ее из одного сосуда в другой»

**Концепция К.  
Vonhoefffer (1911, 1912).**

Совершенно  
различные  
этиологические  
причины вызывают  
одинаковые в основных  
своих чертах  
симптомокомплексы,  
которые появляются  
или не появляются в  
зависимости от того,  
имеются или нет  
соответствующие  
экзогенные, подчас  
сложные  
патогенетические  
факторы.

ОГЛУШЕНИЕ

ДЕЛИРИЙ

АМЕНЦИЯ

СУМЕРЕЧНОЕ ПОМРАЧЕНИЕ  
СОЗНАНИЯ

ОСТРЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ

**Концепция Н.Н. Wieck  
(1956)**

Эти синдромы могут возникать перед развитием острых психотических состояний с помрачением сознания или сменять их, но сами характеризуются отсутствием расстройства сознания и обратимостью.

ПЕРЕХОДНЫЕ  
СИНДРОМЫ

ИЗМЕНЕНИЕ  
ПОБУЖДЕНИЙ

ДЕПРЕССИВНЫЙ

ШИЗОФОРМНЫЙ

АМНЕСТИЧЕСКИЙ

# ДЕПРЕССИИ

Этиопатогенетическая  
Классификация  
депрессий по  
**P. Kielholz**

ОРГАНИЧЕСКИЕ

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЕ

ЦИКЛИЧЕСКИЕ

ПЕРИОДИЧЕСКИЕ

ПОЗДНИЕ (ИНВОЛЮЦИОННАЯ МЕЛАНХОЛИЯ)

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ

НЕВРОТИЧЕСКИЕ

ДЕПРЕССИИ ИСТОЩЕНИЯ

РЕАКТИВНЫЕ

# Синдром-этиопатогенез

## Вывод

- Таким образом, с точки зрения системного подхода синдром является откликом, (знаком) скрытых от прямого наблюдения внутренних патологических процессов.
- По мнению К. Conrad (1967), всякий психотический симптом (синдром) детерминирован с одной стороны биохимическим «исходным положением», с другой же стороны его детерминантой всегда является болезнетворная причина, даже там, где она не является «внешней» в буквальном смысле.

# Синдром-морфологическая локализация

- Анатомо-физиологическое направление в психиатрии XIX в. наиболее ярко проявилось в трудах Th. Meynert (1890) и C. Wernike (1894).
- Открытый С. Wernike афазический симптомокомплекс predetermined все дальнейшее построение его исследований.
- Считая анатомической основой психических процессов ассоциативные волокна, он пришел к выводу, что сочетание симптомов (синдром) или вся клиническая картина зависят от того, какая анатомо-физиологическая система подверглась определенным изменениям.
- Поэтому, по его мнению, в основу классификации должны быть положены анатомические изменения, а не клинические варианты.

**Запросы нейропсихофармакологии**  
([van Praag HM](#). Nosologomania: a disorder of psychiatry.//World J Biol Psychiatry. 2000 Jul;1(3):151-8.

## **Дихотомия «нозология - форма реакции»**

- Индивидуальные картины болезней представляют бесконечные, сложные сети индивидуальных конфигураций - не такие, как растения, которые можно классифицировать в гербарии.
- Психопатологические состояния, которые входят в их состав, сравнимы с облаками: можно описывать форму облака, но каждый миг его форма меняется.

# Тревожно-агрессивная депрессия

- Тревожно-агрессивная депрессия – это депрессия провоцируемая стрессом, индуцируемая кортизолом и связанная с серотонином (CeTA –депрессия)

# Концепция СеТА-депрессии



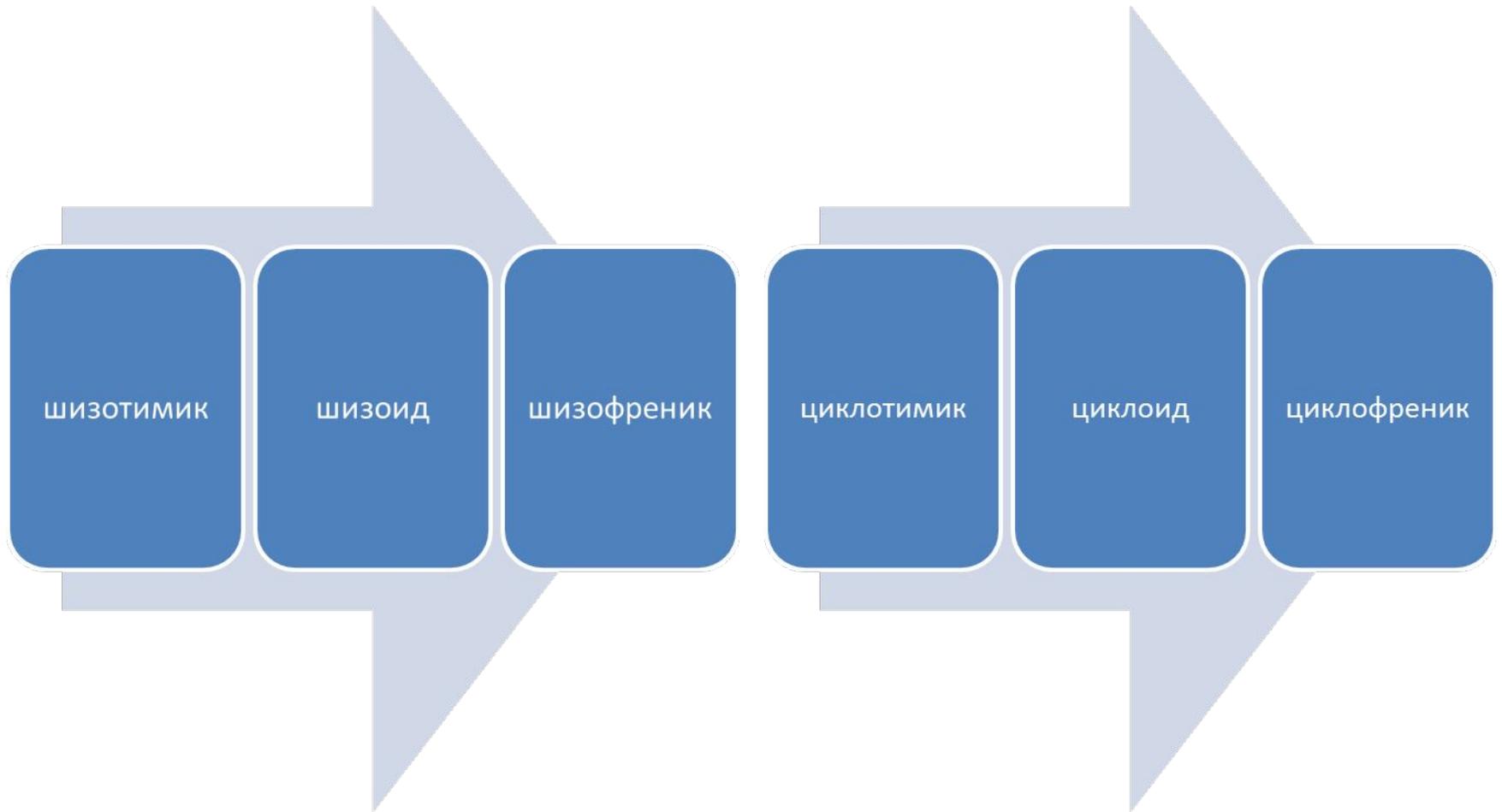
# Вывод

- В последней классификации МКБ –10 синдромы с указанием локализации рассматриваются в кластере органических расстройств « F07.2 Посткомозионный синдром» и « F07.8 Другие органические расстройства: (правополушарные органические аффективные расстройства)».
- Прогрессу этого направления мешает «огромный разрыв между тем, что нам известно о клинических формах и проявлениях психических заболеваний и неполными, можно сказать зачаточными знаниями их патофизиологии и этиопатогенеза» (J.A. Costa e Silva, 1998).

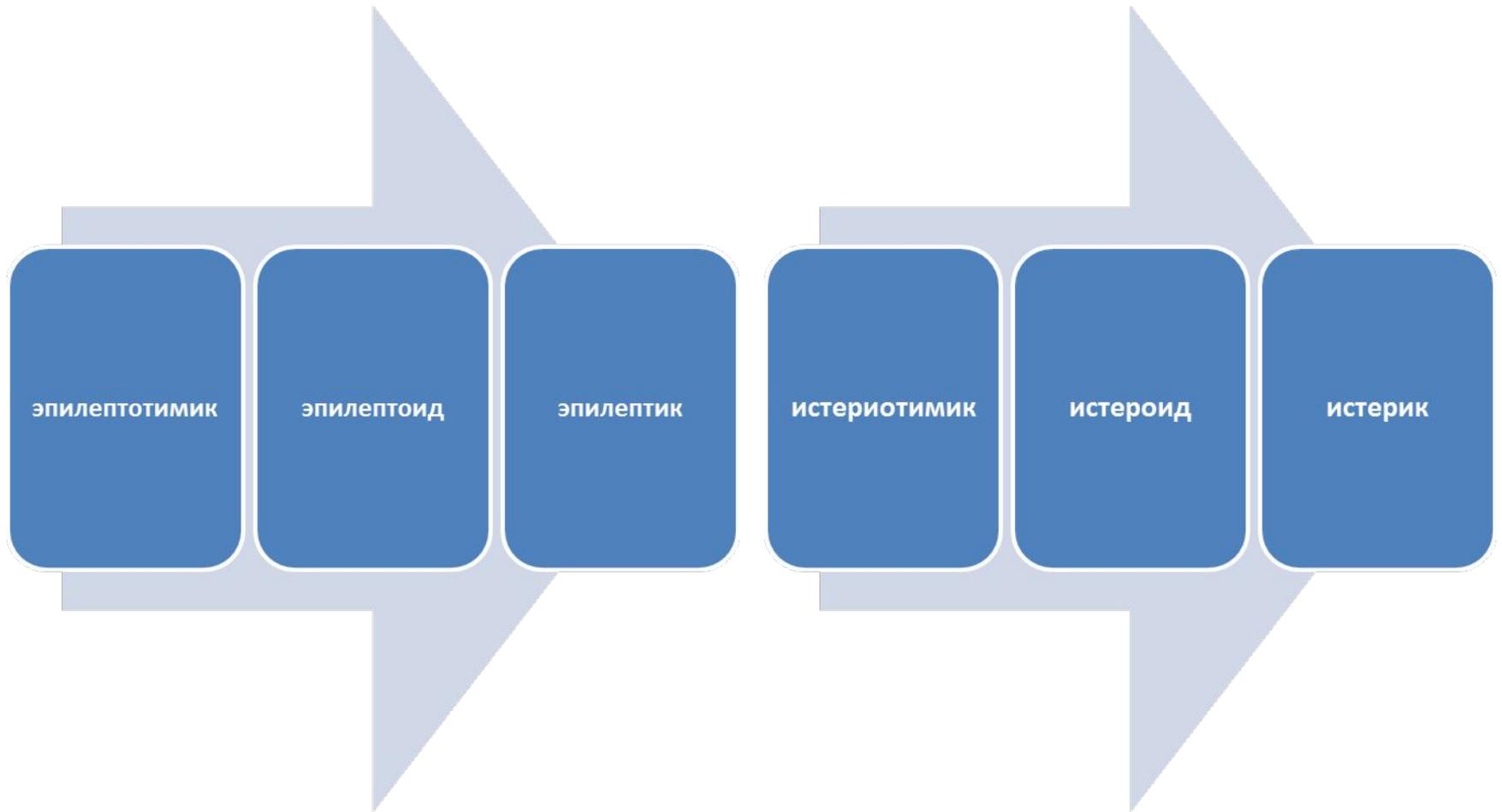
# Синдром-личность

- «Особенности каждого отдельного случая – писал V. Magnan (1995), - определяются религиозными и другими убеждениями больного, его образованием, социальной средой, повседневными занятиями.
- Строя бред, больной черпает из всех этих источников и кладет всякий раз на единую, общую для всех случаев канву неповторимый личностный отпечаток».

# Синдром-личность. Концепция Е. Kretschmer (1930).



# Синдром-личность. Концепция Е. Kretschmer (1930).



# Реакция личности на болезнь

- Во многих случаях размер личностной реакции превосходит размеры патологии, которые представлены другими компонентами синдрома.
- Так бывает при некоторых психопатических синдромах, когда степень выраженности личностной реакции на болезнь не соответствует степени поражения мозгового субстрата (А.А. Портнов, 1971).

# Синдром-болезнь

Синдром соотносится с болезнью как малая система с большой, т.е. подчиняется ее закономерностям.

# Взаимосвязи между синдромом и болезнью

Астенические невротические, невротоподобные

Депрессивные, маниакальные

Паранойяльные, параноидные, парафренные

Помрачение сознания, грубоорганические явления.

# Взаимосвязи между синдромом и болезнью

- Своеобразие нозологической единицы определяется сосуществованием и взаимным влиянием негативных и позитивных, сквозных и этапных признаков болезни.

# Взаимосвязи между синдромом и болезнью (продолжение)

- Острота болезненного процесса определяется полиморфизмом этапного синдрома.
- Калейдоскопическая изменчивость симптоматики, быстрая смена состояний, чередование синдромов и вклинение одного в другой говорят о неустойчивости клинической картины.
- Полиморфные синдромы – проявления острого развития психоза, прогностически благоприятного.
- Мономорфность указывает на переход течения болезни в подострое и хроническое.

## **СИНДРОМ-ТЯЖЕСТЬ РАССТРОЙСТВА**

Такие синдромы как делирий, онейроид, аментивный, сумеречное состояние, безусловно, отражают стадию дестабилизации, имеют тенденцию к сочетанию с синдромами оглушения – сомноленцией, сопором, прекомой и комой и являются критическими состояниями.

# Синдромы, соответствующие хронической стадии болезни

- Другие синдромы, например, те же психоорганические соответствуют хронической стадии и указывают на нарушения жизнедеятельности, как в данный период времени, так и в дальней перспективе

# Синдромы, соответствующие как острой, так и хронической стадии болезни

- Третьи – например, аффективные, наблюдаются как в стадии дестабилизации (шизоаффективный приступ), так и в хронической (рекуррентное депрессивное расстройство).
- Следует отметить также, что каждый синдром сам по себе имеет различную степень тяжести – легкую, умеренную и тяжелую.
- Например, считающийся легким астенический синдром в некоторых случаях по степени нарушения жизнедеятельности может приближаться к самым тяжелым.

# Классификация синдромов

- I Астенический
- II Аффективные
- III Невротические и невротоподобные
- IV Психопатоподобные синдромы
- V Деперсонализационно-дереализационные
- VI Галлюцинаторно-бредовые синдромы
- VII Кататоно-гебефренические синдромы
- VIII Синдромы нарушенного сознания
- IX Парамнестические
- X Судорожные
- XI Психоорганический
- XII Негативные
- XIII Синдромы зависимости

# Вывод

- Психопатологические синдромы, клинически выражая различные виды нарушений психики, будучи промежуточным звеном между симптомами (признаками) и нозологическими единицами (болезнями), являются важнейшим звеном в установлении психиатрического диагноза.
- Они тесно связаны с общей концепцией диагноза и его различных составляющих – клинической и этиопатогенетической, анамнезом, статусом, течением, тяжестью состояния, прогнозом и исходом.

Спасибо за  
внимание!