

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)

- **Транзиторныные 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

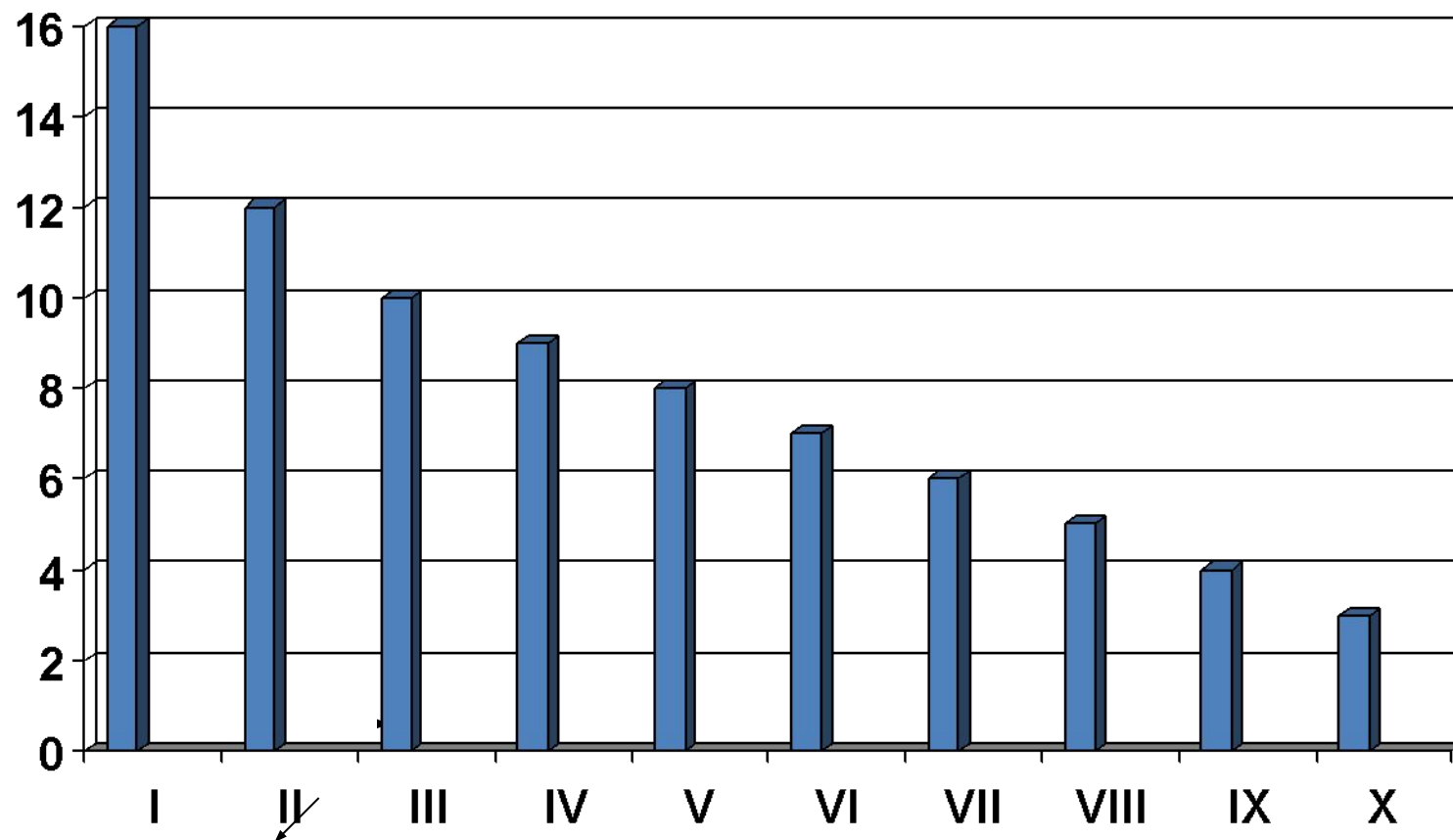
- ***примером дистропии является антагонизм между аментивным и гебефренным синдромом.***

Сложный синдром

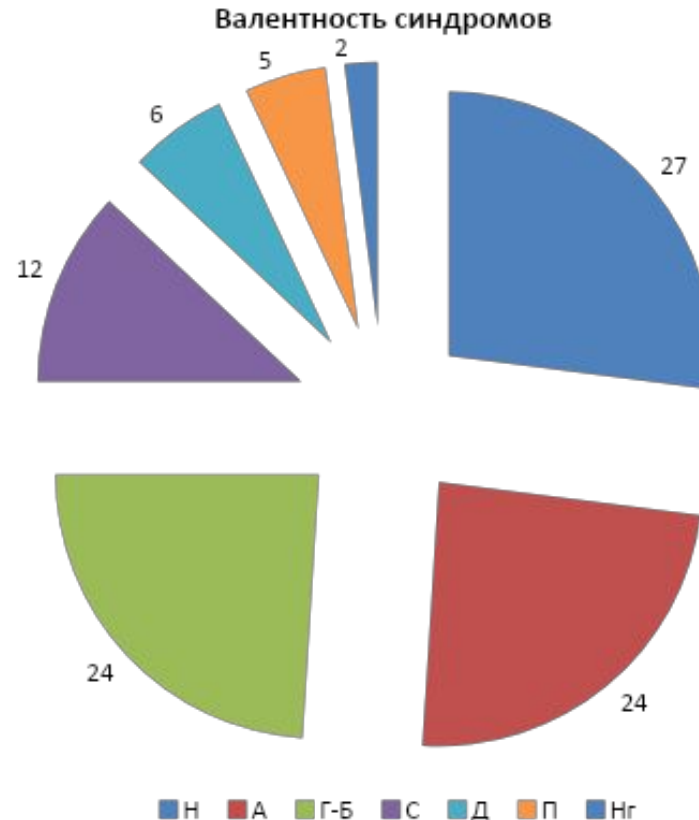
- При взаимодействии различных психопатологических состояний между ними может возникать взаимосвязь, приводящая к образованию новой системы – **сложного синдрома**, на что впервые обратил внимание И.Г. Оршанский (1910).

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 CeTA-депрессии



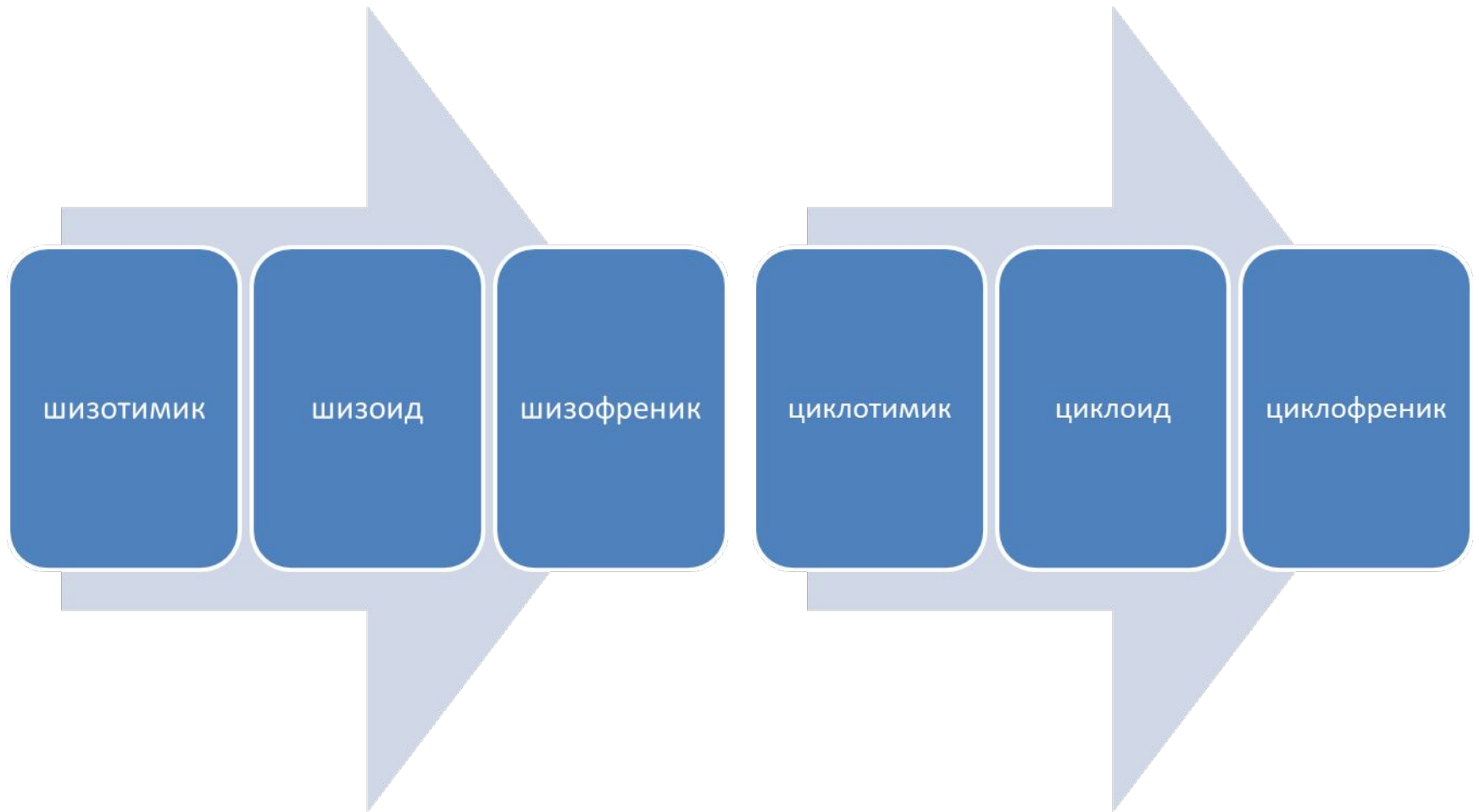
Вывод

- 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).

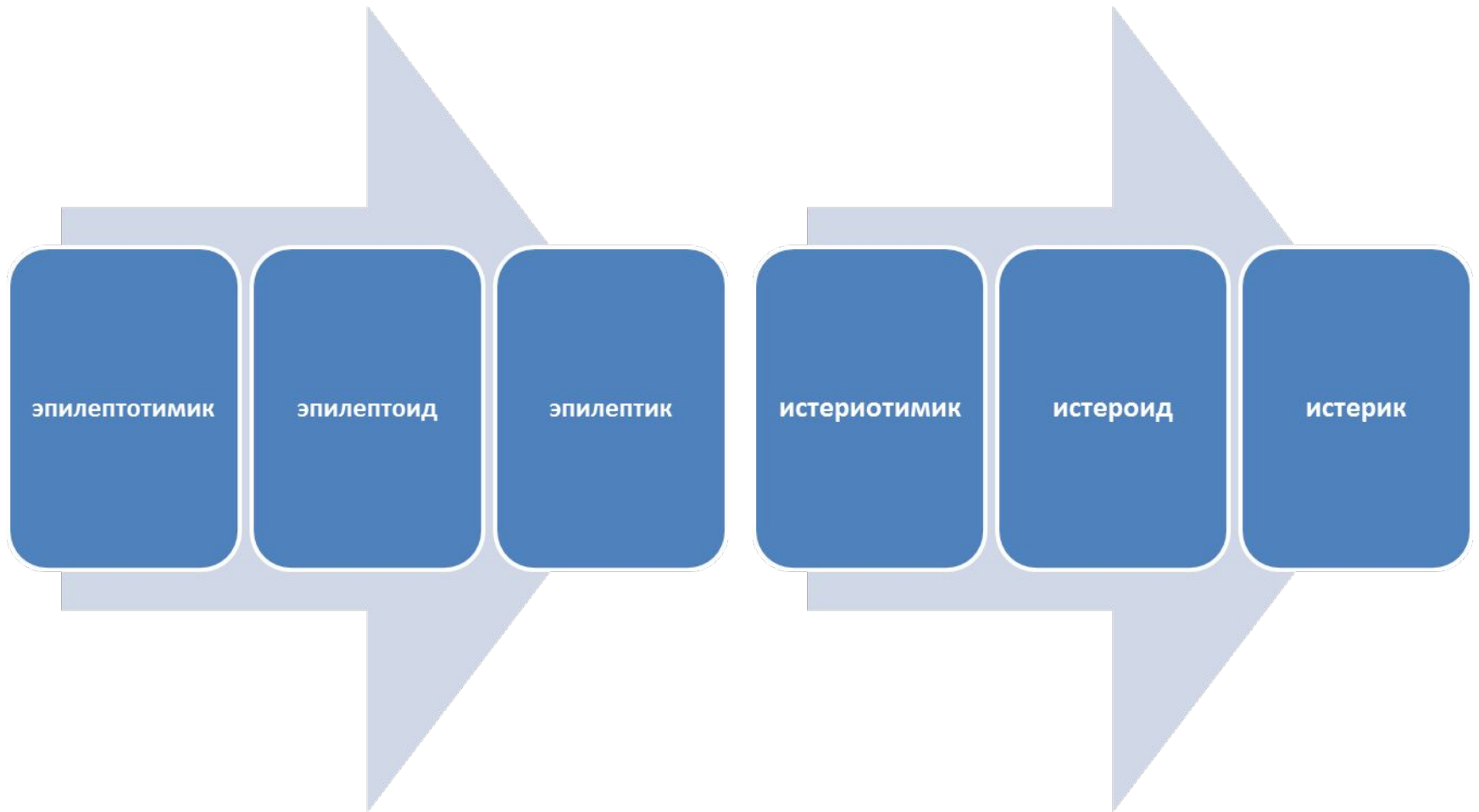
Синдром-личность

- «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 E. Kretschmer (1930).



Синдром-личность. Концепция E. 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!**