

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

О. В. ШИЛОВА, С. О. ХИЛЬКЕВИЧ,
Н. В. ХМАРА

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

**Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса
медико-диагностического факультета
медицинских вузов**

**Гомель
ГомГМУ
2015**

УДК 616.89(072)
ББК 56.14+56.145.1я7
Ш 59

Рецензенты:

доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии
Витебского государственного ордена Дружбы народов
медицинского университета

А. А. Кирпиченко;

кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии
Гродненского государственного медицинского университета

В. А. Карпюк

Шилова, О. В.

Ш 59 Психиатрия и наркология: учеб.-метод. пособие для студентов 5 курса
медико-диагностического факультета медицинских вузов / О. В. Ши-
лова, С. О. Хилькевич, Н. В. Хмара. — Гомель: ГомГМУ. — 2015. — 88 с.
ISBN 978-985-506-786-4

Учебно-методическое пособие содержит перечень тестовых вопросов для ито-
гового контроля знаний студентов по циклу «Психиатрия и наркология».

Предназначено для студентов 5 курса медико-диагностического факультета
медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреж-
дения образования «Гомельский государственный медицинский университет»
22 октября 2015 г., протокол № 5.

УДК 616.89(072)
ББК 56.14+56.145.1я7

ISBN 978-985-506-786-4

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Тема № 1 Организация психиатрической и наркологической помощи. Закон об оказании психиатрической помощи	5
Тема № 2 Пропедевтика и диагностика психопатологических симптомов и синдромов	17
Тема № 3 Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	37
Тема № 4 Шизофрения. Бредовые расстройства. Аффективные расстройства	51
Тема № 5 Невротические расстройства. Расстройства зрелой личности	66
Тема № 6 Органические психические расстройства. Умственная отсталость	78
Литература	87

ВВЕДЕНИЕ

Преподавание психиатрии и наркологии на медико-диагностическом факультете является неотъемлемой частью профессиональной подготовки в связи со значимыми медицинскими, экономическими и социальными последствиями психических расстройств.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с типовой программой Министерства здравоохранения Республики Беларусь, рег. № ТД-Л 230/тип от 08.01.2011г. по психиатрии и наркологии для высших учебных заведений по специальностям 1-79 01 04 «Медико-диагностическое дело».

Тема № 1

Организация психиатрической и наркологической помощи. Закон об оказании психиатрической помощи

Приоритеты в области медицины и здравоохранения определяются эпидемиологическими тенденциями распространенности отдельных расстройств и их влиянием на показатели трудоспособности и продолжительности полноценной жизни человека. Психические расстройства в частности и проблемы психического здоровья в целом, приобретают в последние десятилетия особую значимость среди всех классов заболеваний.

Причиной является, прежде всего, возрастающее экономическое бремя, связанное с психическими расстройствами. Это не столько затраты, связанные с финансовым обеспечением диагностики и лечения данных расстройств, сколько с косвенными расходами: трудовыми потерями, обеспечением разнообразных форм социальной поддержки, занятостью членов семьи заботами о заболевшем и т. д. Около 10 % (в ближайшей перспективе около 15 %) экономических затрат, которые несет общество в связи с различными болезнями, обусловлено психическими заболеваниями и их последствиями.

Пять из десяти основных причин нетрудоспособности в большинстве стран мира имеют отношение к психическим и поведенческим расстройствам. Во всем мире, по данным ВОЗ, снижение трудоспособности и возможностей социального функционирования в 12 %, а в странах с высоким уровнем доходов населения в 23 % случаев связано с психическими расстройствами.

В настоящее время законодательной основой психиатрической службы в Республике Беларусь является Закон РБ № 349-З от 7 января 2012 года «Об оказании психиатрической помощи».

Закон направлен на определение правовых и организационных основ государственного регулирования в области оказания психиатрической помощи, регламентирует порядок деятельности психиатрической службы, права и обязанности медицинских работников, пациентов, государственных и общественных организаций, участвующих в процессе оказания психиатрической помощи.

Закон состоит из 45 статей, структурно объединенных в 8 глав.

Действие данного Закона распространяется на граждан Республики Беларусь, а также иностранных граждан и лиц без гражданства, если иное не предусмотрено Конституцией Республики Беларусь, иными законодательными актами и международными договорами Республики Беларусь.

Осуществление психиатрической помощи в РБ производится на двух уровнях: **стационарном и амбулаторном**. В основу организации ока-

зания помощи положен участковый, территориальный принцип обслуживания населения, призванный обеспечить преемственность психиатрической помощи за счет тесной функциональной связи психиатрических учреждений разных ступеней.

Основными функциями учреждений, оказывающим психиатрическую помощь, являются:

- оказание плановой и неотложной психиатрической помощи, осуществление консультативно-диагностической, лечебной, психопрофилактической, социально-психологической, реабилитационной помощи во внебольничных и стационарных условиях;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, военно-врачебной экспертизы;
- оказание социально-бытовой помощи и содействие в трудоустройстве лицам, страдающим психическими расстройствами;
- участие в решении вопросов опеки указанных лиц;
- осуществление социально-бытового устройства инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами.

Главенствующим принципом Закона об оказании психиатрической помощи является презумпция отсутствия психического расстройства (статья 6), т. е. лицо считается не имеющим психического расстройства, пока его наличие не будет установлено по основаниям и в порядке, установленным законодательно.

Для изучения и оценки состояния психического здоровья пациента проводится **психиатрическое освидетельствование**, которое может носить **добровольный** (с согласия пациента или его законного представителя) **или принудительный характер**.

Психиатрическое освидетельствование проводится в амбулаторных или стационарных условиях врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией в целях установления наличия либо отсутствия у пациента диагноза психического расстройства (заболевания), определения его нуждаемости в оказании психиатрической помощи, а также рассмотрения вопроса о формах и условиях оказания психиатрической помощи. По результатам психиатрического освидетельствования выносится заключение, которое может быть обжаловано пациентом, в отношении которого оно вынесено, либо его законным представителем в порядке, установленном законодательными актами.

Основаниями для принудительного психиатрического освидетельствования являются:

- **заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования и санкция прокурора на проведение принудительного психиатрического освидетельствования** —

в случаях, когда лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него психического расстройства (заболевания), которое обуславливает его беспомощность либо возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи;

• **заключение врача-специалиста** государственной организации здравоохранения о необходимости проведения принудительного психиатрического освидетельствования — **в случаях, когда лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него психического расстройства (заболевания), которое обуславливает его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц.**

Стационарная психиатрическая помощь оказывается в психиатрических больницах, в структуру которых входят:

- приемное отделение,
- общие психиатрические отделения (закрытые, мужские и женские), поступление пациентов в которые регулируется территориальным принципом,
- психосоматические отделения (открытые) и дневные стационары,
- специализированные отделения (для первичных пациентов, гериатрические, детские, туберкулезные, инфекционные и др.),
- вспомогательные подразделения и службы (диагностические лаборатории, психологическая и юридическая службы и т. д.).

В связи с тем, что основной направленностью оказания стационарной психиатрической помощи является ее комплексность и всесторонность, штат больниц укомплектован специалистами в области соматической патологии (терапевт, невролог, офтальмолог, гинеколог, работает зубо-врачебный кабинет и др.).

Направление больных в стационар осуществляется, если больной нуждается в круглосуточном наблюдении и интенсивном лечении. Пациентам, в зависимости от состояния их психического здоровья, психиатрическая помощь оказывается в **плановой** или **скорой (неотложной)** формах.

Необходимым условием оказания психиатрической помощи является предварительное согласие пациента на ее оказание.

При добровольном обращении за оказанием психиатрической помощи пациент или его законный представитель дают согласие на оказание психиатрической помощи, которое оформляется записью в медицинских документах и подписывается пациентом или его законным представителем и врачом-специалистом.

Несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 14 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается с письменного согласия законного представителя. В случае если один из родителей против, либо, если отсутствует законный представитель несовершеннолетнего пациента в возрасте до 14 лет, а также

при отсутствии законного представителя лица лишенного дееспособности, оказание психиатрической помощи осуществляется по решению органа опеки и попечительства (*статья 17*).

При отказе пациента или его законного представителя от подписи врач-специалист вносит соответствующую запись в медицинские документы, которая удостоверяется другим медицинским работником этой же организации здравоохранения (*статья 18*) и пациент госпитализируется, только при наличии показаний к принудительной госпитализации, во всех остальных случаях госпитализация не производится.

Основанием для принудительной госпитализации и лечения является решение суда о принудительной госпитализации и лечении (*статья 36*).

Решение суда о принудительной госпитализации и лечении выносится в случае нахождения лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием) и уклоняющегося от лечения, в состоянии, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц;
- его беспомощность;
- возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если такое лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Уклонением от лечения являются:

- отказ от госпитализации в психиатрический стационар;
- несоблюдение врачебных предписаний, правил внутреннего распорядка, самовольное приостановление лечебных процедур в случае, когда психиатрическая помощь в психиатрическом стационаре оказывается с его согласия или согласия его законного представителя.

Пациенты, **принудительно госпитализированные** в психиатрический стационар, **в течение суток**, за исключением выходных дней, а также государственных праздников и праздничных дней, подлежат психиатрическому освидетельствованию врачебно-консультационной комиссией, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. Принятое решение оформляется заключением, которое отправляется в суд, для вынесения судебного решения о необходимости и целесообразности принудительной госпитализации пациента. ***В течение первых шести месяцев нахождения в психиатрическом стационаре такие пациенты подлежат психиатрическому освидетельствованию не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении срока принудительного нахождения в психиатрическом стационаре.*** При продлении срока нахождения таких пациентов в психиатрическом стационаре свыше шести месяцев психиатрическое освидетельствование проводится не реже одного раза в шесть месяцев. В случае необходимости лечения пациента свыше двенадцати месяцев со дня госпитализации психиатрический стационар обращается в суд

для продления срока принудительной госпитализации и лечения не реже одного раза в год.

Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар на основании решения суда о принудительной госпитализации, производится по решению психиатрического стационара на основании заключения об обоснованности такой выписки, вынесенного врачебно-консультационной комиссией, либо при принятии судом решения об отклонении заявления о продлении срока принудительной госпитализации и лечения.

Амбулаторная психиатрическая помощь оказывается в областных, городских, межрайонных психиатрических диспансерах, а также в психиатрических кабинетах районных поликлиник. Оказание амбулаторной психиатрической помощи осуществляется по принципу участковости и включает в себя лечебно-консультативную помощь, решение экспертных вопросов, осуществление реабилитационных и медико-социальных мероприятий, а также постоянное наблюдение и лечение лиц, находящихся на диспансерном наблюдении.

Диспансерное наблюдение осуществляется на основании Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными переживаниями (Постановление МЗ РБ от 19 июля 2012 года № 110), которая определяет порядок осуществления диспансерного наблюдения и его группы. Выделяют шесть групп, в зависимости от состояния пациента и частоты необходимости осмотра одного врачом-специалистом.

Как и в случае со стационарной, амбулаторная помощь оказывается в добровольном или принудительном порядке.

Вне зависимости от формы оказания психиатрической помощи, все пациенты имеют строго регламентированные права (статья 21) и обязанности (статья 22) при ее оказании.

Пациенты при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение;
- получение информации о своих правах;
- получение информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах оказания психиатрической помощи, включая альтернативные, предполагаемой продолжительности их применения, возможных рисках, связанных с оказанием психиатрической помощи, о побочных эффектах и ожидаемых результатах;
- получение информации о квалификации врача-специалиста, других медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь;
- оказание психиатрической помощи по месту жительства (месту пребывания);

- оказание психиатрической помощи, необходимой по медицинским показаниям;
- нахождение в психиатрическом стационаре в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи;
- дачу предварительного согласия на участие в научных исследованиях, объектом которых является их психическое расстройство (заболевание), в образовательном процессе, в ходе которого изучается их психическое расстройство (заболевание), фото-, видео- и киносъемке и отказ от участия в них на любой стадии оказания психиатрической помощи;
- приглашение любого врача-специалиста (с его согласия) для участия в заседании врачебно-консультационной комиссии по вопросам оказания психиатрической помощи;
- обжалование действий (бездействия) должностных лиц организаций здравоохранения;
- реализацию иных прав в соответствии с настоящим Законом и иными актами законодательства.

Пациенты при оказании им психиатрической помощи обязаны:

- заботиться о своем психическом здоровье;
- уважительно относиться к врачу-специалисту, другим медицинским работникам, иным работникам здравоохранения, а также пациентам;
- выполнять рекомендации врача-специалиста;
- соблюдать правила внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов (далее — правила внутреннего распорядка);
- информировать медицинского работника о ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных средств, перенесенных психических расстройствах (заболеваниях), об обращениях за оказанием психиатрической помощи, а также изменениях в состоянии психического здоровья;
- выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Законом и иными актами законодательства.

Важным моментом при оказании психиатрической помощи является предоставление информации о состоянии психического здоровья пациенту и заинтересованным лицам.

Информация о факте обращения пациента за оказанием психиатрической помощи и состоянии его психического здоровья, сведения о диагнозе, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту психиатрической помощи, составляют врачебную тайну. Пациент или его законный представитель вправе определить лицо (лиц), которому (которым) следует сообщать информацию о состоянии психического здоровья пациента, либо запретить ее сообщение определенным лицам.

Информация о состоянии психического здоровья предоставляется врачом-специалистом пациенту или его законному представителю, излагается в

устной и доступной форме. Факт предоставления информации оформляется записью в медицинских документах. В случаях, когда такая информация может негативно повлиять на состояние психического здоровья пациента врач-специалист вправе ограничить объем предоставляемой информации.

Предоставление информации, составляющей врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается в случаях установленных статьей 46 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460):

- по запросу вышестоящих органов здравоохранения Республики Беларусь, в целях контроля;
- по запросу организаций здравоохранения в целях организации оказания медицинской помощи пациенту или при угрозе распространения инфекционных заболеваний;
- по письменному запросу органов уголовного преследования и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, информация, составляющая врачебную тайну, сообщается в правоохранительные органы в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.
- Пациент или его законный представитель вправе определить лицо (лиц), которому (которым) следует сообщать информацию о состоянии психического здоровья пациента, либо запретить ее сообщение определенным лицам.

Психиатрическая служба осуществляет проведение трудовой, судебно-психиатрической (уголовных и гражданских дел) и военно-психиатрической экспертиз.

Трудовая экспертиза

Временная утрата трудоспособности сопровождается выдачей больничного листа, который до 150 дней продляется через ВКК. При стойком снижении или утрате трудоспособности больному определяется одна из трех групп инвалидности. Решение этого вопроса осуществляется специализированными комиссиями (психиатрическими МРЭК) на основе степени утраты способности к труду, ее стойкости и необратимости:

- I группа — наличие социальной недостаточности, требующей социальной защиты и помощи вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма. Такие пациенты не только не могут работать, но нуждаются в уходе или надзоре. Чаще это больные с глубоким слабоумием, в конечных состояниях шизофрении.
- II группа может быть установлена при стойких выраженных изменениях состояния психического здоровья пациента, которое приводит к не-

возможности работать либо обучаться. Больные 2-й группы по психическому заболеванию могут работать лишь в специализированных условиях — в лечебно-производственных мастерских.

• III группа — вследствие психического расстройства больной не может работать по специальности, либо на прежнем месте работы и должен перейти на нижеоплачиваемую работу.

Группа инвалидности может устанавливаться на срок один, два года, либо пожизненно. Функциями МРЭК является также формирование программы реабилитации пациентов.

Военно-психиатрическая экспертиза решает вопросы о годности к военной службе лиц с психическими расстройствами. Проводится в отношении призывников, где решается вопрос о возможности призыва в армию, а также в отношении военнослужащих, продолжающих военную службу. Медицинское освидетельствование проводит военно-врачебная комиссия (ВВК). При рассмотрении состояния здоровья призывника ВВК учитывает следующие основные критерии:

- 1) наличие психических нарушений;
- 2) степень имеющихся патологических изменений;
- 3) частоту обострений.

С 1 августа 2006 года в приказе Министерства обороны психическая патология представлена 14–20 статьями, которая была дополнена постановлением 50/170 от 20.12.2010 г.

Медицинское освидетельствование проводится после обследования в стационарных условиях, длительность которого не должна превышать 14 календарных дней. Согласно выставленному диагнозу определяется статья, исходя из которой решается вопрос о годности к воинской службе:

Ст. 14. Органическое психическое расстройство.

Ст.15. Аффективные расстройства (настроения).

Ст.16. Психические поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ.

Ст.17. Психические расстройства эндогенной этиологии.

Ст.18. Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Ст.19. Расстройства личности у взрослых

Ст.20. Умственная отсталость.

Судебно-психиатрическая экспертиза

Постановлением Государственной службы медицинских судебных экспертиз от 17.09.2012 № 1 утвержден ряд документов, регулирующих порядок проведения судебно-психиатрических экспертиз в Республике Беларусь.

В целях установления психического состояния лица в ходе уголовного, административного, гражданского процессов проводится судебно-

психиатрическая экспертиза. Проведение судебно-психиатрических экспертиз осуществляется врачами-экспертами.

Заключение экспертной судебно-психиатрической комиссии оформляется актом экспертизы. Приводимые в нем фактические данные должны быть максимально точными и сопровождаться указанием, откуда они почерпнуты (из материалов дела, со слов обследуемого, из медицинской документации). Содержание акта должно быть понятно не только специалистам-психиатрам, но и судебно-следственным работникам. Он должен включать не только выводы о диагнозе и судебно-психиатрической оценке, но и обоснование этих выводов, вытекающее из данных о психическом состоянии подэкспертного в прошлом и в период обследования. Акт состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего заболевания (если таковое имеется), описания физического, неврологического и психического состояния (включая результаты лабораторных исследований), заключительной, так называемой мотивировочной части. Последняя часть состоит из выводов и их обоснования.

Основной направленностью вопросов, ставящихся перед СПЭ, являются вопросы вменяемости и дееспособности.

Невменяемое лицо — лицо, которое не могло осознать фактический характер и общественную опасность своего действия (бездействия) или руководить им в случае хронических психических заболеваний, временного расстройства психики, слабоумия или иного болезненного состояния психики.

Критерии невменяемости (ст. 28 уголовного кодекса РБ от 9.07.99 г. № 275-3):

а) медицинский — обобщающий перечень психических болезненных расстройств (хронического психического заболевания, временного расстройства психики, слабоумия или иного болезненного состояния психики).

б) юридический — определяет степень выраженности нарушений **интеллекта** (способность отдавать себе отчет в своих действиях, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий), либо **волевых** нарушений (способность руководить своими действиями).

К признанным невменяемыми в отношении содеянного лицам в судебном порядке применяются принудительные меры безопасности и лечения. Принудительные меры назначаются судом в отношении лиц признанных невменяемыми, уменьшено вменяемыми, а также в отношении пациентов, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией (*ст. 100*).

Суд может назначить **следующие принудительные меры безопасности и лечения:**

- 1) принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра;
- 2) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) с обычным наблюдением;

3) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) с усиленным наблюдением;

4) принудительное лечение в психиатрической больнице (отделении) со строгим наблюдением (ст. 101).

Всем пациентам, находящимся на принудительном лечении, назначается освидетельствование (ВКК) не реже одного раза в 6 месяцев. Прекращение или изменение принудительных мер безопасности и лечения осуществляются судом на основании заключения комиссии врачей-психиатров (ст. 103).

Судебно-психиатрическая экспертиза **гражданских дел** решает вопрос о дееспособности.

Недееспособное лицо — лицо, которое не могло понимать значение своих действий и руководить ими, не может распоряжаться денежными средствами, воспитывать детей, вступать в брак. Для таких больных суд принимает решение о назначении опекуна.

Правила освидетельствования на опьянение, вызванное действием ПАВ, регламентируется Положением о порядке проведения освидетельствования физических лиц на предмет выявления состояния алкогольного опьянения и (или) состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14 апреля 2011 года № 497).

Основные положения:

Пункт 3

Состояние алкогольного опьянения — наличие абсолютного этилового спирта в крови или выдыхаемом воздухе в концентрации 0,3 и более промилле или наличие паров абсолютного этилового спирта в концентрации 150 и более микрограммов на один литр выдыхаемого воздуха.

Состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ, — наличие наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ (далее, если не указано иное, — наркотические средства или другие вещества) в биологических образцах, забранных у физического лица, при одновременном выявлении у него совокупности нарушений физических и (или) психических функций вследствие потребления соответствующих наркотических средств или других веществ.

Отказ от прохождения в установленном порядке освидетельствования — выраженное в письменной или устной форме несогласие физического лица проходить в установленном порядке освидетельствование в целом, а равно отказ физического лица от выполнения указаний должностного лица (врача или иного специалиста), касающихся освидетельствования.

ПЕРЕЧЕНЬ действий и признаков, наличие которых является достаточным основанием полагать, что физическое лицо, в отношении которого ведется административный процесс, подозреваемый, обвиняемый, потерпевший находятся в состоянии алкогольного опьянения и (или) состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ:

1. Заявление физического лица, в отношении которого ведется административный процесс, подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего о потреблении им алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ.

2. Заявление иного физического лица о потреблении физическим лицом, в отношении которого ведется административный процесс, подозреваемым, обвиняемым, потерпевшим алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ.

3. Сообщение должностного лица государственного органа или иной организации, общественного объединения о потреблении физическим лицом, в отношении которого ведется административный процесс, подозреваемым, обвиняемым, потерпевшим алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ.

4. Признание физического лица, в отношении которого ведется административный процесс, подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего о потреблении алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ.

5. Запах алкоголя изо рта.

6. Затруднения при сохранении равновесия.

7. Нарушения речи.

8. Выраженное изменение окраски кожных покровов лица.

9. Покраснение глаз, сужение или расширение зрачков глаз.

10. Шатающаяся походка.

11. Спонтанные движения глаз в горизонтальном направлении при их крайнем отведении в сторону (нистагм).

Пункт 4. Освидетельствование проводится с использованием приборов, предназначенных для определения концентрации паров абсолютного этилового спирта в выдыхаемом воздухе, соответствующих требованиям технических нормативных правовых актов (далее — приборы) и (или) экспресс-тестов (тест-полосок, экспресс-пластин), предназначенных для определения наличия наркотических средств или других веществ (далее — экспресс-тесты) в биологических образцах, забранных у физического лица.

Для проведения лабораторного исследования при освидетельствовании с участием врача или иного специалиста у физического лица могут за-

бираться в установленном порядке биологические образцы для определения в них концентрации абсолютного этилового спирта, наличия наркотических средств или других веществ. Порядок отбора, хранения и доставки на лабораторное исследование биологических образцов, а также определения в них при лабораторном исследовании концентрации абсолютного этилового спирта, наличия наркотических средств или других веществ устанавливается Министерством здравоохранения.

При положительном результате экспресс-тестов проведение лабораторного исследования является обязательным.

Пункт 10. По итогам проведения освидетельствования должностным лицом в протоколе процессуального действия, врачом — в акте освидетельствования отражается одно из следующих заключений:

10.1. Состояние на момент освидетельствования:

- **отсутствует состояние алкогольного опьянения и (или) состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ;**

- **состояние алкогольного опьянения;**

- **состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ;**

- **состояние алкогольного опьянения и состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ;**

10.2. **Отказ от прохождения в установленном порядке освидетельствования.**

Пункт 11. Если проведение освидетельствования в целом не представляется возможным в силу сложившихся обстоятельств (из-за тяжести состояния физического лица, его отказа от освидетельствования и других причин) в протоколе процессуального действия должностным лицом указываются причины, не позволившие его провести.

Тема № 2

Пропедевтика и диагностика психопатологических симптомов и синдромов

Термин «интервью» в отношении психопатологического метода используется не так часто в нашей стране. Обычно звучит «клинический расспрос» или «беседа».

Психодиагностическое интервью — это метод получения информации о свойствах личности, психопатологических феноменах, внутренней картины болезни пациента и способ психокоррекционного воздействия на больного, производимый непосредственно на основании личного контакта врача и пациента. При этом обращается внимание не только на предъявляемые жалобы, но и на способ их предъявления, выявление скрытых мотивов поведения. Важным аспектом в интервью является наблюдение за поведением пациента и оказание ему поддержки.

Таким образом, **существует две функции психиатрического интервью: диагностическая и терапевтическая.** Обе эти функции должны существовать параллельно. В этом случае можно надеяться, что врач не только поставит правильно диагноз, но поможет реабилитации пациента.

Психотические пациенты зачастую не могут точно описать свое состояние и сформулировать жалобы. Именно поэтому способность выслушать изложение проблем пациента — это лишь часть интервью. Важно понять субъективную значимость предъявляемых жалоб и их понимание пациентом.

Принципами психиатрического интервью являются: *однозначность, точность и доступность формулировок вопросов; адекватность, последовательность (использование алгоритма), гибкость, беспристрастность опроса и проверяемость* получаемой информации.

Традиционным для психиатрии считается, что клиническое интервью в психиатрии должно состоять из следующих фаз:

1. Формирование доверия и выделение проблемы пациента.
2. Формирование предварительного впечатления.
3. Описание психиатрической истории болезни по психическим сферам.
4. Диагноз и формирование обратной связи врач — пациент.
5. Прогноз и терапия.

Техника установления контакта с пациентом

Инсайт-ориентированная техника включает, наряду с сопереживанием, свободные ассоциации, интерпретацию и конфронтацию.

Симптом-ориентированная техника нацелена на выявление знаков в поведении, психических функциях (сознание, память, интеллект, восприятие, мышление, эмоции).

Управление диалогом:

Жалобы. Жалобам следует уделять особое внимание, поскольку содержание, способ, форма их высказывания позволяют получить ценную

диагностическую информацию. По отношению к жалобам применяется открытая и направленная техника, а также техника прояснения переживаний.

Открытая техника

Открытая техника подразумевает, что Вы просите пациента перечислить все его жалобы и детально его выслушиваете, лишь иногда допускаются наводящие вопросы, которые никогда не подразумевают подведение пациента к какому-либо ответу, но лишь позволяют продолжать ему говорить о той теме, которую он начал. Однако в этой технике есть свои проблемы. Например, ипохондрик может говорить о своих переживаниях часами, обстоятельность мышления заставляет пациента застревать на деталях, а сверхценная фиксация не позволяет быстро переключиться на другую тему, которая, может быть, и беспокоит пациента.

Направленная техника

Направленная техника состоит в том, что врач спрашивает пациента о тех переживаниях, которые, по его мнению, должны быть. Предположительные направленные вопросы возникают у врача при наблюдении поведения пациента. Такая техника необходима тогда, когда пациент заторможен, скрывает свои переживания. Например, депрессивного пациента следует спросить о суицидальных мыслях, а у пациента, который отвечает невидимому собеседнику, следует спросить, кому он отвечает и как это связано с вопросом врача. Однако случается так, что на направленные вопросы ответа не следует, тогда необходимо задавать наводящие вопросы.

Техника прояснения

Эта техника предполагает детализированное уточнение всех сторон переживания, т. е., на какие случаи оно распространяется, есть ли сейчас, как само переживание объясняется пациентом (как сон, болезнь, норма и т. д.), как оно связано с другими обстоятельствами. Иногда прояснение приводит к тому, что пациент сам начинает больше узнавать обо всех взаимосвязях своего переживания.

Реакция врача на переживания пациента

Врач не может быть безразличен при предъявлении пациентом жалоб, он может конфронтировать с ним, пытаться их девальвировать, преувеличивать или усиливать роль пациента в именно данных переживаниях. Процессы переноса и контрпереноса объясняют нам, почему к одним больным врач привязан и дает им номера своего домашнего телефона, а другие вызывают у него раздражение и немотивированное желание применить «строгое» лечение. В любом случае врач должен контролировать всю систему своих отношений к пациенту.

Игнорирование и девальвация

Ряд переживаний пациента необходимо обесценивать (девальвировать) или не замечать (игнорировать) в связи с их чрезвычайной аффективной насыщенностью, генерализацией тревоги или грубой неадекватностью. Через некоторое время можно вернуться к игнорируемой теме, когда сте-

пень выраженности аффекта снизится. Всякая девальвация сама по себе часто способствует в дальнейшем игнорированию пациентом своего переживания: т. е. нередко то, что игнорируется врачом в дальнейшем начинает игнорироваться и пациентом. Так, некоторые пациенты с ипохондрическими переживаниями девальвируют убеждения, если им детально и схематично рассказывать о тех объективных данных, которые опровергают явное поражение органов и систем. Девальвации требует анозогнозия у родственников пациента, которые не замечают вторичного проявления болезни, считая, например, уклонения поведения при простой форме шизофрении ленью или плохим характером.

Конфронтация чаще необходима при расстройствах, связанных с зависимостями. Обычно в этих случаях рекомендуется принцип «суровой доброты» и контроля. Врач показывает, что соматические изменения, проблемы на работе и в семье связаны собственно со злоупотреблением. Однако он подчеркивает, что конфронтирует не с самим пациентом, но с его болезнью. Жесткая директивная конфронтация часто необходима и при нарушениях личности.

Преувеличение

На ранних стадиях болезней зависимости или формировании криминального поведения у подростка возможно применение преувеличения, когда врач рисует перед пациентом драматические картины последствий данного поведения, демонстрируя, что у него как свободной личности есть несколько путей, один из которых «может плохо кончиться». Само преувеличение позволяет пациенту понять границы его переживаний.

Повышение статуса переживаний

Часто пациенты не знают, как им относиться к психотическим переживаниям не только в остром периоде, но и после выздоровления. Они считают, что пребывание в клинике дискриминирует их в обществе, к ним относятся не так, как прежде. В этом случае возможно повышение статуса переживаний с помощью указания на их творческий характер. В частности, врач может посоветовать зарисовать галлюцинаторные образы, вылепить источник страха или описать ситуацию параноида. Интерес, с которым врач выслушивает переживания пациента, сам по себе повышает статус его переживаний.

Внешность пациента, поведение, психомоторная деятельность и речь

Внешность пациента может предоставить много информации о состоянии психики. Большое значение в описании внешности является поза, которая может быть маркером тревоги, депрессии, релаксации. Например, произвольные потирания рукой области горла и шеи могут служить маркерами латентной тревоги. Такой симптом, как акатизия (неспособность сохранять одну и ту же позу), может встречаться при нейролептических осложнениях. Движения рук — жест, также связаны с эмоциональным состоянием. Патология в сфере жеста может проявляться через нарушения точности, дифференциации движения. Произвольные, вычурные, мед-

ленные стереотипные движения небольшого объема в руках и ногах носят название «гиперкинезы». В психиатрии встречаются истерические гиперкинезы — которые отличаются вычурностью движений, при этом тонус мышц не усилен, возникают психогенно и исчезают в состоянии покоя. Однообразные движения, имитирующие процесс снятия чего-то со своего тела, одежды, одеяла, простыни (симптом «обирания») наблюдаются при делирии либо аменции. Поведение это очень важная часть психического статуса. **Иногда только анализ поведения дает единственную возможность оценить психическое состояние.** Исследуя поведение, мы можем выделять моторные комплексы (паттерны), которые входят в состав синдромов.

Системы общения также меняются при психопатологии. R. Neesse заметил, что пациенты с депрессиями сначала стремятся держаться подальше от персонала, но по мере выздоровления их дистанция к медицинским сестрам уменьшается. Ребенок с аутизмом стремится быть дальше от других детей и взрослых, а также от центра комнаты, а демонстративная, истерическая личность напротив, стремится к другим. В стационарах пациенты, страдающие шизофренией, дистанцируются от пациентов с эпилепсией, но стремятся быть ближе к пациентам с аффективными расстройствами.

Для установления диагноза необходимо оценить изменения в речи пациента. При оценке нарушений обращают внимание на смысловой (семантический) аспект и невербальные факторы. Учитывая, что речь отражает процессы мышления, изучение её у пациентов позволяет выявить детально как формальные, так и расстройства мышления по содержанию, различные типы афазий. Невербальные факторы включают в себя темп, громкость, мелодичность, характер заполнения пауз.

С учением об уровнях строения психической деятельности связаны представления о «регистрах» психических расстройств, отражающих глубину поражения психических функций (Kraepelin, 1920). В самом широком плане могут быть разграничены два регистра психического поражения: *психотический и непсихотический.*

Критерии, по которым психическое расстройство идентифицируется с психотическим, таковы:

- коренное, радикальное искажение картины реального мира в сознании пациента. Это обусловлено бредом, галлюцинациями, глубокой депрессией, нарушениями сознания;
- 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.

Психотическое состояние является основанием для госпитализации в психиатрический стационар. Поведение пациента, опасное для ок-

ружающих и для него самого (агрессия, очевидная ее возможность, аутоагрессия), служит безусловным показанием для принудительного помещения в стационар. Больные этого рода нуждаются в интенсивной психофармакотерапии. Факт психического заболевания обычно не вызывает сомнений у окружающих, включая близких пациента. Среди психиатрических пациентов удельный вес психотических больных сравнительно невысок и не превышает, по-видимому, 15–20 %.

Критериями непсихотического регистра психического поражения являются:

- 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.

Кроме того, различают продуктивные (позитивные) и негативные (дефицитарные) психопатологические синдромы. Продуктивные синдромы — более динамичные образования, они чаще всего указывают на активное течение болезненного процесса и проявляются «искажением» психических функций. Примерами первых могут служить аффективные, бредовые, галлюцинаторные, кататонические синдромы. Негативные синдромы «снижения» психических функций: амнестические, деменции, психоорганические, апатоабулический. В действительности же и те и другие расстройства внутренне взаимосвязаны и выступают в единстве.

Ощущения

Ощущение — *простейший психический процесс, состоящий в отражении отдельных свойств и качеств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны чувств.* Это исходная ступень познавательной деятельности. Благодаря ощущению внешние и внутренние стимулы становятся фактами сознания, отражающими отдельные свойства объектов (горячий, кислый и т. п.).

Различают такие виды (модальности) ощущений: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные, температурные, висцеральные, кинестетические, статические, болевые.

Сенестопатии — патологические, неопределенные, нередко трудно локализуемые, диффузные, неприятные тягостные ощущения. Пациенты нередко прибегают к их образному значению: обозначают их как стягивание, жжение, разливание, щекотание и т. п.

Обычно им свойственны следующие клинические признаки:

- полиморфизм — разнообразные боли, ощущения жжения, холода, тяжести, наполнения, электризации, движения;

- необычный, нередко весьма вычурный характер, в связи с чем пациенты с трудом формулируют свои жалобы;
- неприятный, тягостный, порой необычайно мучительный аффективный тон ощущений, созвучный тревожно-депрессивному настроению (сенестопатии крайне редки в маниакальных состояниях): «Боли дикие, невыносимые, животные, сумасшедшие». Иногда, по сообщениям больных, интенсивная физическая боль переносится легче, чем сенестопатии;
- не свойственная симптоматике соматических заболеваний локализация, — неопределенная, разлитая, часто меняющаяся, мигрирующая, или ограниченная причудливыми топографическими зонами;
- упорный, назойливый, неотступный характер появления, прикованность внимания к патологическим ощущениям. Пациенты указывают, что болезненные ощущения «преследуют», «не дают покоя», «не дают возможности отвлечься на что-то другое»;
- не типичная проекция сенестопатических ощущений, если иметь в виду их сенсорную модальность. Так, ощущения жжения, холода или движения могут восприниматься «внутри головы» Мнимые экстероцептивные ощущения проецируются в данном случае в зону интероцептивной чувствительности. Как видно, структура сенестопатий включает помимо прочих также элементы нарушения самосознания.

Сложные сенестопатии иногда приходится дифференцировать с телесными галлюцинациями. Последние ярче, образнее и, как правило, имеют бредовую интерпретацию.

Восприятие — вид познавательной активности, результатом которой являются чувственные образы объектов, непосредственно воздействующих на органы чувств. В отличие от ощущения (как результата деятельности анализатора) в восприятии разнородные впечатления интегрируются в дискретные структурные единицы — образы (несколько анализаторов: комплекс узнавания у ребенка проявляется появлением образа матери: ее вида, запаха, голоса и прикосновения). Восприятие предметно, константно, объемно, целостно.

Ведущими симптомами нарушения восприятий являются иллюзии и психосенсорные расстройства.

Иллюзии — ложное восприятие реально существующих предметов и явлений. Существуют несколько видов: физические, физиологические и психические иллюзии.

При физических иллюзиях неправильное восприятие предмета обусловлено физическими свойствами среды, в которой он находится, — ложка в стакане с водой на границе сред вода-воздух кажется переломившейся.

Физиологические связаны с особенностями адаптации анализаторов к изменяющимся условиям окружающей среды. Развитию иллюзий способствуют факторы, нарушающие четкость восприятия: цвет и освещенность

объектов, особенности звучания, дефекты зрения и слуха. Появление иллюзий зависит от ожиданий, аффективного состояния, установки.

Психические (патологические) иллюзии — парейдолии, аффективные и вербальные.

Аффективные иллюзии возникают при выраженных аффективных состояниях: страхе, тревоге, депрессии, экзальтации, экстазе, появляются при плохом освещении, при сильном удалении предмета, тихом звуке (невнятная речь) и при наличии астении. Содержание аффективных иллюзий чаще всего связано с ведущим аффектом и основной психопатологией. Встречаются на начальных этапах делирия, при острых тревожно-депрессивных синдромах, при острых парафренных, параноидных синдромах.

При вербальных иллюзиях вместо нейтральной речи больной слышит речь иного содержания, адресованную, как правило, к нему (обычно брань, угрозы, осуждение). Этот симптом нужно отличать от бреда толкования и отношения при острых параноидных состояниях. В последнем больной слышит и пересказывает речь правильно, но неправильно ее толкует. Вербальные иллюзии появляются на ранних этапах вербального галлюциноза (галлюцинаторно-параноидного).

Парейдолии — зрительные иллюзии, при которых игра света и тени, морозные узоры, трещины помимо воли пациента воспринимаются как иные, фантастические образы (мистические животные, экзотические растения), с оттенком «сделанности», без критической связи с реальностью.

Нарушения психосенсорного синтеза.

К психосенсорным функциям относят отражение пространственно-временных качеств и свойств объектов внешнего мира и собственного тела. Важным диагностическим признаком их является сохранение критики со стороны пациента, образы восприятия чужды личности и субъективно обычно неприятны. При этом использование дополнительного анализатора может купировать симптом. Например, если голова воспринимается как огромная, то взгляд в зеркало или прикосновение руками обычно помогает восстановить нарушенное восприятие. Выделяют две группы симптомов: метаморфозии — искаженное восприятие одного или нескольких объектов внешнего мира и нарушение восприятия «схемы тела» — искаженное восприятие собственного тела, физического «Я».

Галлюцинации — это чувственно яркие представления, доведенные патологическим процессом до степени восприятия реальных предметов. Иначе их можно характеризовать как наличие образа без объекта.

По анализаторам различают следующие виды галлюцинаций: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные и галлюцинации общего чувства (висцеральные). Близки к последним вестибулярные и моторные галлюцинации.

Зрительные галлюцинации могут быть элементарными (фотопсии, фосфрены — вспышки, блески, туман) и сложными, которые характери-

зуются предметным содержанием. Это могут быть зоопсии — видения известных по прошлому опыту животных, насекомых, змей; демономанические галлюцинации — видения чертей, русалок, ангелов; антропоморфные галлюцинации — видения образов близких знакомых и незнакомых людей, как живущих, так и умерших. Они могут также быть панорамическими (включать видения красочных ландшафтов, пейзажей, космических сюжетов) и сценopodobными (видения галлюцинаторных сцен, сюжетно связанных и последовательно вытекающих одна из другой: похороны, казни, сражения, сцены загробной жизни, приключения).

Эндоскопические (висцероскопические) галлюцинации — видения предметов внутри своего тела («Вижу, что голова наполнена большими белыми червями»). Аутовисцероскопические галлюцинации — видения собственных внутренних органов, иногда пораженных мнимой болезнью («Вижу свои сморщенные легкие»).

Слуховые галлюцинации тоже могут быть:

- простыми (окрики, аказмы, фонемы), когда слышатся отдельные звуки типа шума, шипения, жужжание, шаги, дыхание, топот, стуки, звонки по телефону, скрип половиц, звон посуды, скрежет зубов и многое другое. Фонемы, элементарные речевые обманы — слышится окрики, вопли, стон, плач, рыдание, хохот, вздохи, кашель, восклицания, отдельные слоги, отрывки слов.

- сложными: музыкальными (концерты, песни) и вербальными (диалоги, голоса).

«Голоса» в голове пациента могут быть императивными (приказывающими сделать что-либо — не есть, убить кого-то или себя, замолчать), комментирующими (констатируют действия пациента, дублируют мысли), хульными (ругают, оскорбляют). Могут быть как мужскими, женскими, детскими или «механическими».

Обонятельные галлюцинации — мнимые восприятия различных запахов. Это могут быть знакомые, приятные, вызывающие чувство отвращения, неопределенные или незнакомые запахи, с которыми ранее не приходилось встречаться.

В зависимости от условий возникновения различают следующие виды галлюцинаций:

- Функциональные (дифференцированные) галлюцинации. Развиваются одновременно с восприятием реального раздражителя и в пределах той же модальности ощущения. Чаще это слуховые, реже — зрительные галлюцинации. Например, под стук колес одновременно слышится повторение фразы: «Кто ты, что ты, кто ты, что ты...». При остановке поезда галлюцинация исчезает.

- Рефлекторные галлюцинации. В отличие от функциональных, являются имитацией реального стимула в иной модальности ощущения. Боль-

ная сообщает: «Слышу стук, кашель, скрип двери, и в то же время отдается в груди — будто там стукнули, кашлянули, повернули».

Клинически важным является разделение галлюцинаций на истинные и ложные, или псевдогаллюцинации (таблица 1).

Таблица 1 — Клиническая характеристика истинных и ложных галлюцинаций

Признак	Истинные	Ложные
Осознание галлюцинаторного образа	Имеет характер объективности и реальности, в сознании больного неотличим от образа реального восприятия	Осознается как нечто субъективное и вместе с тем аномальное, весьма отличное от реальных образов, представлений, фантазий и истинных галлюцинаций
Суждение о способе запечатления галлюцинаторного образа	Убежденность в обычном способе «восприятия» одним из анализаторов	Уверенность в необычном «восприятии» несуществующим анализатором («внутренним оком», «внутренним ухом»)
Идентификация галлюцинаторного образа с реальным	Полная, с отчуждением галлюцинаторного образа от субъекта	Отсутствует, галлюцинаторный образ несет в себе особые качества, позволяющие субъекту отличить его от реального
Проекция галлюцинаторного образа	Как правило, в физический материальный мир, в реальное пространство в пределах досягаемости анализатора	Как правило, в субъективное пространство, нередко вне поля досягаемости анализатора
«Чувство сделанности»	Всегда отсутствует	Всегда присутствует
Актуальное поведение (соответствие поведения содержанию галлюцинаторных переживаний)	Почти всегда наблюдается	Поведение почти всегда диссоциировано с содержанием галлюцинаций
Убежденность в том, что окружающие воспринимают те же самые образы	Отмечается почти во всех случаях	Почти всегда отсутствует
Галлюцинаторный образ несет угрозу	Чаще жизни, здоровью и благополучию больного и его близких	Чаще психической сфере пациента
Суточные колебания выраженности симптома	Как правило, в виде усиления галлюцинаторных переживаний, вплоть до галлюцинаторной загруженности в вечерноночное время	Как правило, отсутствуют
Течение	Чаще острое, относительно непродолжительное	Чаще хроническое, подострое, затяжное

Истинные галлюцинации часто являются симптомом раздражения коркового отдела анализатора (опухоли головного мозга, тяжелые инток-

сикации, черепно-мозговые травмы и др.) К ним чаще, чем к псевдогаллюцинациям, формируется критичное отношение (особенно, если они возникают на фоне ясного сознания).

Псевдогаллюцинации клинически отражают эндогенное нарушение интегративных процессов в когнитивной сфере.

Память

Память — это психический процесс фиксации, удержания, сохранения и воспроизведения непосредственного и прошлого индивидуального опыта.

Основными функциями являются: запоминание (фиксация); сохранение (ретенция), воспроизведение и забывание.

Различают произвольную и произвольную память. В первом случае запоминание сопровождается деятельностью человека и не связано со специальным намерением запомнить что-либо. Произвольное запоминание связано с предварительной установкой на запоминание. Оно наиболее продуктивно и лежит в основе всякого обучения, но требует соблюдения специальных условий (осмысливание запоминаемого материала, активное внимание и сосредоточенность).

В зависимости от организации процессов памяти и длительности удержания информации различают **непосредственную, кратковременную, промежуточную (буферную) и долговременную** виды памяти.

Характерная последовательность снижения памяти по принципу «обратного хода памяти» называется **законом Рибо**. По этому закону происходит и так называемое физиологическое старение памяти.

Патологию памяти условно разделяют на **амнезию** (отсутствие памяти на определенные события или определенный промежуток времени), **гипоамнезию** (снижение запоминания или воспроизведения), **гиперамнезию** (непроизвольное оживление памяти, как правило сочетается со сниженной способностью к запоминанию) и **параамнезии** (искажение процессов воспроизведения).

Амнезия как выпадение памяти на определенные события чаще бывает *органического происхождения* (связанной с поражением (повреждением) головного мозга). Выделяют также *функциональную (психогенную, конверсионную)* амнезию. Она связана с деятельностью механизмов психологической защиты, глубоким вытеснением из сознания травмирующих событий.

Виды амнезий:

1. Ретроградная — выпадение из памяти впечатлений, предшествовавших острому периоду болезни.

2. Конградная — выпадение воспоминаний полное или частичное, ограничиваемое только событиями острого периода болезни (нарушении сознания).

3. Антероградная — утрата воспоминаний о текущих событиях, на периоде за острым этапом болезни.

4. Антероретроградная — выпадение событий до и после острого периода болезни.

5. Фиксационная — резкое ослабление способности запоминать текущие события, входит в структуру **Корсаковского синдрома**, основой которого является невозможность запоминать текущие события при более или менее сохраненной памяти на прошлое, с проявлениями в виде нарушения ориентировки (в первую очередь во времени) и наличия парамнезий (в виде конфабуляций или псевдореминесценций).

Парамнезии:

1. Псевдореминесценции — события, которые действительно имели место, но в другой отрезок времени.

2. Криптомнезии — искажение памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний.

3. Эхомнезии — обманы памяти, при которых какое-то событие, факт, переживание переживается удвоенными, утроенными.

4. Конфабуляции — яркие, образные, часто фантастические ложные воспоминания с патологической убежденностью в их истинности.

Мышление

Мышление — это психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных сторон предметов и явлений объективного мира и их внутренних взаимосвязей.

Человеческое мышление невозможно без языка и имеет свои логические формы. Главными из них являются: *понятие, суждения, умозаключения*.

Понятие — основа мышления, сутью которой является слово как символ, отражающий существенные признаки предметов и явлений объективного мира.

Суждение — форма мышления, в которой высказывается мысль о предмете, отражаются отношения и связи между предметами и явлениями или между их свойствами и признаками посредством утверждения или отрицания.

Умозаключения — форма мышления, которая выводит из одного или нескольких суждений (посылок) новое (заключение).

Процесс мышления связан с рядом логических операций: анализом, синтезом, обобщением, ограничением, делением, классификацией и т. д.

Различают три вида мышления (онтогенетически): наглядно-действенное, образное, абстрактно-логическое.

В классификации нарушений мышления включают несколько параметров:

1. Расстройства содержания мышления: навязчивые идеи, сверхценные идеи, бредовые идеи.

2. Расстройства процесса (формы) мышления: нарушения темпа, нарушения подвижности, нарушения грамматического строя.

Навязчивые идеи — произвольно (помимо воли пациента) повторно возникающие собственные мысли или образы, содержание которых не несет адекватной информации или пугает. Обычно их содержание крити-

чески оценивается пациентом, правильно понимается, хотя может затруднять контроль своего поведения из-за нарастающего эмоционального напряжения. Они возникают, как правило, не зависимо от желания больного, носят неотступный характер, от них нельзя произвольно освободиться (или для этого необходимы определенные действия — ритуалы), как правило, эмоционально окрашены отрицательно. Выделяют навязчивые идеи (обсессии) и навязчивые действия (компульсии).

Навязчивости встречаются в рамках обсессивных и фобических расстройств, а также в рамках ларвированных депрессий.

Сверхценные идеи — продуктивные расстройства мышления, тесно связаны с особенностями личности, при которых возникает логически обоснованное убеждение, которые базируются на реальной ситуации и обладающие необычайно большим эмоциональным зарядом. Из-за очень большой значимости могут приводить к дезадаптации в социальной среде. Отличаются от навязчивых идей отношением: навязчивости воспринимаются как нечто чуждое, тогда как сверхценные идеи часто являются частью мировоззрения, очень часто критика к ним формальная. По содержанию можно разделить на:

- сверхценные идеи с переоценкой биологических свойств своей личности (дисморфофобические, ипохондрические, сексуальной неполноценности и др.)
- сверхценные идеи с переоценкой психологических свойств своей личности или ее творчества (изобретательства, реформаторства, талантливости и др.)
- сверхценные идеи с переоценкой социальных факторов (виновности, эротические, сутяжничество и др.)

Бредовые идеи — продуктивные расстройства, при которых возникают непоколебимые суждения и умозаключения, не соответствующие объективной реальности, не поддающиеся коррекции и нарушающие адаптацию больного в социальной среде.

Недоступностью коррекции ни логическим, ни суггестивным путем бред отличается от заблуждений и ошибок, свойственных здоровым лицам. Факты действительности, противоречащие бредовым идеям, не принимаются в расчет или толкуются односторонне, лишь в плане подтверждения бреда. Поэтому не рекомендуется в общении проявлять настойчивость в переубеждении. Это ничего не дает, а иногда приводит к нежелательным последствиям.

По структуре выделяют:

Систематизированный — характеризуется наличием логической структуры и системы доказательств. Он имеет внутреннюю субъективную логику, в соответствии с которой факты трактуются односторонне и искаженно. Развитие его обычно медленное и хроническое.

Несистематизированный бред — характеризуется безотлагательными болезненными утверждениями и отсутствием достаточно разработанных логических доказательств. Его отличает более тесная взаимосвязь с ситуацией. Формирование этого бреда обычно острое, фабула возникает внезапно, она полиморфна и неустойчива.

По механизму образования:

1. Первичный бред (бред интерпретации). Основу первичного бреда составляет нарушение абстрактного познания («кривая логика»). Во многих случаях первичный бред представляет собой хроническое расстройство. Раз начавшись, он способен сохраняться всю жизнь. Часто его развитие происходит исподволь и носит «ползучий характер».

2. Вторичный (чувственный) бред — основу составляет нарушение чувственного познания, возникающее в результате галлюцинаций, расстройства аффекта или памяти, помрачения сознания. При этом виде бреда существует иллюзорное приятие окружающего. Бред лишен системы. Его содержание изменчиво и непоследовательно, часто определяется противоположными по содержанию бредовыми идеями, например, идеи самоуничтожения, гибели часто существуют одновременно или сменяются на протяжении очень короткого промежутка времени идеями величия и бессмертия или идеями вечного блаженства. Чувственный бред существует как данность. При нем отсутствует обоснование, доводы, какие-либо маломальски логические построения.

3. Индуцированный — разновидность психогенного бреда, при котором бред психически больного человека «передается» лицам, являющимся до этого психически здоровыми людьми.

По содержанию выделяют:

1. Бредовые идеи преследования (бред отношения, отравления, воздействия, материального ущерба и др.)

2. Бредовые идеи величия (бред изобретательства, высокого происхождения, реформаторства и др.)

3. Бредовые идеи самоуничтожения (бред виновности, ипохондрический бред и др.)

4. Смешанные формы бреда.

Синдром Кандинского–Клерамбо — сочетание психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций и бреда воздействия, объединенных общей фабулой. К психическим автоматизмам относят ощущения открытости, чуждости и «сделанности» собственных мыслей или действий. Могут восприниматься и описываться пациентами, как звучание или эхо собственных мыслей, при котором им нередко кажется, что их слышат окружающие (симптом открытости мыслей). Утрата произвольности мышления может восприниматься как «чужие, сделанные мысли в голове», когда «мысли вкладываются в голову или свои отнимаются». Сенсорные автома-

тизмы проявляются ощущением «сделанности, наведенности» ощущений или движений (кажется, что когда пациент говорит, его языком и губами кто-то движет). Например, классический синдром Кандинского–Клерамбо при параноидной шизофрении: пациент слышит «голос» в голове, воспринимает его как «сделанный», интерпретирует его появление в рамках персекуторного бреда воздействия или преследования.

Различают *ускорение, заторможение, тугоподвижность мышления, закупорки и обрывы мысли, ментизм (непроизвольное, насильственное течение нецеленаправленного потока мыслей)*.

По нарушению целенаправленности мышления:

1. Витиеватость — пространные рассуждения с употреблением метафор, сравнений, цитат, что ненужно для доказательства данной мысли и затрудняет ее понимание. При витиеватости снижается продуктивность мышления, хотя речь приобретает научный вид.

2. Соскальзывание — внешне объективно немотивированные неожиданные эпизодические переходы логически и грамматически правильно построенной мысли, к другим мыслям по ложной ассоциации. После соскальзывания больные способны к дальнейшему логическому рассуждению, не повторяя, но и не исправляя допущенной ошибки.

3. Резонерство — пространственное разглагольствование по несущественному поводу. Речь грамматически правильно построена, многословна. Такое мышление непродуктивно. Пациент пассивно следует формальным аспектам значения слов, упуская из виду то важное обстоятельство, что размышления нужны не сами по себе, но что они — инструмент для достижения определенной цели, формирования конечного вывода.

4. Разноплановость — постоянная немотивированная смена основания для построения ассоциаций, в виду чего мысль теряет стержень. При этом больные правильно усваивают инструкции, у них не нарушены интеллектуальные операции, но продуктивность мышления падает, так как суждения о каком-либо факте одновременно складываются на нескольких уровнях.

5. Аморфность — нечеткое использование понятий, при котором грамматически правильно построенная речь приобретает расплывчатый характер, поэтому мысль непонятна окружающим.

6. Разорванность — отсутствие связей между отдельными умозаключениями. В результате этого уловить мысль не удастся. Характеризуется распадом логического строя речи с сохранением способности составлять грамматически правильные фразы и предложения.

Внимание

Внимание представляет собой направленность психической деятельности на явления окружающей действительности и на процессы, происходящие в организме.

Нарушения внимания проявляются в *отвлекаемости, прикованности и истощаемости*.

Эмоции

Эмоции — это психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к самому себе и к действительности. Они имеют ряд свойств: *качество, содержание, направленность, длительность, выраженность и т. д.* В зависимости от непосредственной формы переживания выделяют: чувственный тон, настроение, чувство, страсть, аффект и эмоционально-стрессовые состояния.

Патологическое усиление эмоций называется **гипертимия**. Она включает такие понятия, как эйфория, благодушие, экстаз, гневливость.

Патологическое ослабление эмоций называется **гипотимия**. Она включает такие понятия, как тоска, тревога, растерянность,

Выделяют такое понятие, как **паратимии** — извращение эмоций при которых в ответ на положительное воздействие возникает отрицательная реакция и наоборот. Например, *амбивалентность* — одновременное существование двух противоположных по знаку эмоциональных оценок одного и того же объекта, факта, события.

Депрессивный синдром составляет *депрессивная триада*. Она включает гипотимию (переживание тоски, печали, грусти, тревоги), заторможенность мыслительную (идеаторную), заторможенность двигательную (моторную).

Маниакальный синдром проявляется *маниакальной триадой*: гипертимическими нарушениями настроения (эйфория, беспечность, гневливость или дурашливость), ускорение ассоциативных процессов с двигательной расторможенностью, речевым напором и растормаживанием влечений.

Воля — *способность к планомерной, организованной деятельности, направленной на достижение сознательных целей*. Произвольной следует считать лишь такую деятельность, которая регулируется представлениями о будущих результатах этой деятельности.

Выделяют следующие виды нарушения поведения, связанных с волей:

- нарушения активности (абулия — отсутствие стремления к деятельности: гипобулия — ослабление импульсов к действию; гипербулия — состояние избыточной активности);
- нарушения влечений (импульсивные влечения — дипсомания, дромо-мания, клептомания; расстройства на уровне инстинктов — разные нарушения врожденных влечений: сексуального, пищевого, инстинкта самосохранения);
- нарушения мотивации поведения (парабулия — извращение волевых актов);
- психомоторные нарушения (проявляются немотивированными, бездумными, близкими к гиперкинезам движениями и действиями, а также состояниями обездвиженности).

Кататонический синдром — психопатологический синдром с преобладанием нарушений в двигательной сфере, характеризующийся картиной заторможенности (ступора) или возбуждения.

- Кататоническое возбуждение может быть экстатическим (растерянно патетическим), гебефреническим, импульсивным и немым (безмолвным).
- Кататонический ступор проявляется обездвиженностью, повышением мышечного тонуса и мутизмом (отказом от речи).

Сознание

Сознание — *высший интегративный психический процесс. Оно осуществляет в бодрствующем состоянии познавательное отражение объективного мира и самого себя, способствует адаптации в окружающей его природной и социальной среде и позволяет изменить ее в соответствии со своими потребностями.*

Критерии нарушенного сознания (К. Ясперс, 1923)

1. Больной отрешен от действительности либо восприятие его искажено. В первом варианте реальный мир, происходящие в нем события, изменения не привлекают внимания пациента, а если и воспринимаются им, то лишь парциально, не последовательно, фрагментарно. Возможность осознания и понимания явлений окружающей жизни ослаблена, а порой и полностью утрачена. Во втором — восприятие мира наполнено галлюцинаторными образами или иллюзиями устрашающего, пугающего или обескураживающего содержания.

2. Больной дезориентирован в месте, ситуации, времени, окружающих людях, собственной личности, что выражено в различной степени. Алло- и аутопсихическая дезориентировка, являясь одним из ведущих симптомов при любом нарушении сознания, имеет при каждом из них характерные особенности структуры, выраженности и развития.

3. Мышление пациента либо резко расстраивается, ассоциативный процесс при этом упрощается, затрудняется, речь становится фрагментарной, непоследовательной, либо искажается, наполняясь мало систематизированными бредовыми идеями, обычно интерпретирующими галлюцинаторные образы.

4. Отмечаются разнообразные конградные (на время нарушения сознания) нарушения памяти. После выхода из состояния нарушенного сознания воспоминания всегда неполные, фрагментарные, непоследовательные, в ряде случаев отсутствуют вовсе.

Классификация патологии сознания

- помраченного типа; • пароксизмальные;
- выключенного типа; • непароксизмальные.

Пароксизмальное возникновение нарушений характеризуется отсутствием этапности в их прямом и обратном развитии. Патологическое состояние мгновенно предстает в развернутом виде, сознание также включается мгновенно, как и исчезло (механизм «on-off»). Синдромы, входящие в эту группу, объединены сходным патогенезом из круга эпилептических.

Непароксизмальное развитие нарушения сознания характеризуется этапностью в прямом и обратном направлении. Эта этапность может быть острой (острое течение), умеренной (подострое течение) и медленной (хроническое течение). Непароксизмальные расстройства обычно более длительны, возможны остановки в развитии симптомов или люцидные окна (прояснения сознания).

Выключение сознания — это тотальное нарушение отражательной деятельности, которое заключается в последовательном или одномоментном (соответственно при пароксизмальном и непароксизмальном развитии) уменьшении, вплоть до полного исчезновения, объема и глубины всего психического функционирования с переходом уровня отражения от высшего к низшему. При его постепенном развитии от оглушенности к коме суживается и постепенно уменьшается познавательно-логическое, рациональное отражение, страдает вторая сигнальная система. Затем присоединяется и усугубляется нарушение сенсорно-перцептивного, чувственно-образного отражения действительности, страдает первая сигнальная система. Вслед за этим начинают угасать условно-рефлекторное отражение физического и соматического состояния больного и автономное приспособление его организма к витально значимым изменениям природной среды. В последнюю очередь нарушается безусловно-рефлекторное отражение витального функционирования организма, наступает смерть.

Помрачение сознания — это тотальная дезинтеграция всей психической деятельности, при этом содержание сознания качественно изменяется, в его «извращении». В структуру синдрома входят дезориентировка, психопатологические симптомы, которые представляют все психические процессы: сенестопатии, иллюзии, галлюцинации, бред, ложные узнавания расстройства памяти и т. д. В отличие от выключений сознания при помрачении отражение присутствует, но его содержанием является не объективная реальность, а мир болезненных переживаний больного. Как правило, активность сохраняется, возможны агрессивные действия, которые, как правило, амнезируются.

Группа непароксизмального помрачения сознания (делирий, онейроид, аменция)

Делириозное помрачение сознания. *Ведущие симптомы* — дезориентировка во времени и месте при сохранении ориентировки в собственной личности, наличие истинных галлюцинаций устрашающего содержания.

Обязательные симптомы — эмоциональное напряжение (страх, боязнь, тревога, заинтересованность), острый чувственный бред, галлюциаторно-бредовый вариант психомоторного возбуждения. Содержание обязательных симптомов связано с содержанием зрительных галлюцинаций. При делирии имеет место частичная конградная амнезия реальных событий, тогда как болезненные переживания могут вспоминаться довольно неплохо. Выделяют три этапа в развитии делирия:

На *первом инициальном периоде* — возникают начальные признаки дезориентировки параллельно с нарушением сна. Возникают кошмары с

частыми пробуждениями, во время которых больной не сразу понимает отличие кошмаров от реальных событий. Появляются наплывы четких воспоминаний, чувственно ярких, подробных, без визуализации. Постоянным симптомом является психическая гиперстезия, что сочетается с выраженной эмоциональной лабильностью, раздражительностью, возбудимостью, суетливостью, отвлекаемостью внимания. Больные становятся говорливы, речь ускорена. Характерно усиление симптоматики в ночное время.

На *втором этапе* — иллюзорных расстройств (предделириозном) — в вечернее время отмечаются все более удлиняющиеся периоды аллопластической дезориентировки, которые чередуются со спонтанными прояснениями «люцидными окнами». Последние наблюдаются преимущественно в дневное время. Возникают зрительные психические иллюзии, нередко парейдолические. По мере развития процесса появляются зрительные гипногагические галлюцинации. Психомоторное возбуждение и аффективное напряжение возрастают.

На *третьем этапе* (истинный делирий) развивается полная аллопластическая дезориентировка при сохранении самосознания. Появляются истинные зрительные, реже слуховые, тактильные или комплексные галлюцинации. Их содержание сценподобно и имеет динамическую фабулу. По содержанию — это зоопсии, часто микрозоопсии (мухи, тараканы, ежики, коты и др.), религиозные явления (черты, демоны) или люди. Возникает галлюцинаторная загруженность, реальных событий больной не воспринимает. Речь ускорена и приобретает черты бессвязности. Слуховые, вестибулярные, обонятельные галлюцинации по сравнению со зрительными галлюцинациями отрывочны и не четки. Большое значение в клинике приобретают вегетативно-соматические симптомы: грубый тремор, артериальная гипертензия, нарушения регуляции сосудистого тонуса («белая горячка»), потливость, что в сочетании с возможными черепно-мозговыми травмами, нарушением питания обуславливает тяжесть состояния и необходимость проведения лечения в палате интенсивной терапии.

Регресс делирия может быть критическим или литическим. Критический вариант выхода происходит через сон, после пробуждения у больного остается литическая симптоматика. При литическом выходе наблюдаются все этапы в обратном порядке. После выхода наблюдается астеническая симптоматика, а иногда и резидуальный бред. Если развитие делирия доходит только до второго этапа — это abortивный делирий.

Делирий — одна из наиболее часто встречаемых реакций экзогенного типа на тяжелую интоксикацию. Он может иметь место при промышленных (тетраэтилсвинец) и лекарственных интоксикациях (стимуляторы, медицинские препараты с холинолитическими эффектами и пр.), а также при алкоголизме, наркомании и токсикомании (циклодоловой, органическими растворителями и пр.). Причиной могут быть инфекционные и некоторые соматические заболевания, сопровождающихся интоксикацией (распа-

дающиеся ткани опухоли, обширные инфаркты, гематомы и т. д.), менингоэнцефалиты и сосудистые поражения головного мозга.

Онейроид. *Ведущие симптомы* — алло- и аутопсихическая дезориентировка, зрительные и слуховые псевдогаллюцинации, грандиозный сказочно-фантастический грезоподобный чувственный бред, интенсивные полярные аффективные состояния, кататоническая симптоматика, частичная или полная конградная амнезия реальных событий и своего поведения при воспоминании болезненных переживаний.

Больной полностью отрешен от реального мира (аллопсихическая дезориентировка), «Я» больного перевоплощается, растворяется, «дробится». Кроме того, выражены вегетовисцеральные расстройства (тахикардия, колебания АД, сальность кожных покровов, гипергидроз, гипертермия, цефалгии, запоры, анорексия). Данная структура соответствует клинике развернутого (истинного) онейроида. В развитии онейроида выделяют следующие 7 периодов (по Т. Ф. Попандопольскому): *инициальный период, бредовый аффект, аффективно-бредовая дереализация и деперсонализация, фантастическая аффективно-бредовая дереализация и деперсонализация, иллюзорно-фантастическая дереализация и деперсонализация, истинное онейроидное помрачение сознания, аментивноподобное помрачение сознания с фрагментацией онейроидных переживаний.*

В своем развитии онейроид не всегда достигает 6 или 7 периода, такой онейроид носит название редуцированного. Процесс выхода из онейроида сопровождается теми же этапами, но в обратном порядке.

Встречается при шизофрении, фебрильной кататонии, может иметь место при эпидемических и ревматических энцефалитах, эпилептических и послеродовых психозах.

Аментивное помрачение сознания (аменция) — спутанность сознания, наиболее глубокое непароксизмальное помрачение сознания. Сутью аменции является глубокая, тотальная дезинтеграция всей психической деятельности. Это проявляется полной дезориентировкой, выраженным нарушением активного внимания с его резкой отвлекаемостью. Нарушения принимают характер гиперметаморфоза. Возникает инкогеренция мышления. Бесцельное психомоторное возбуждение, которое может доходить до хаотичного метания с некоординированными движениями и подергиваниями мышц. Возбуждение порой прерывается полной обездвиженностью. *Обязательные симптомы* — растерянность, недоумение, эмоциональная лабильность с резкой сменой периодов страха, тревоги, печали, экзальтации, эпизоды изменчивых галлюцинаций и чувственного бреда. Бред и галлюцинации в поведении отражения не находят. Аменция сопровождается полной конградской амнезией, приводит к психофизическому истощению.

Встречается при обострениях затяжных или хронических астенизирующих соматических заболеваний, например, на фоне генерализации туберкулезного процесса, при присоединении к хроническому соматическо-

му астеническому заболеванию инфекционной патологии (грипп, рожа, сепсис), в остром периоде энцефалитов, в частности гриппозного, при злокачественном нейрорептическом синдроме.

Группа непароксизмального выключения сознания

Оглушение — наиболее легкое расстройство этой группы. В качестве ведущих проявлений выступает затруднение, уменьшение и значительное упрощение отражательной деятельности. Ориентировка и осмысление происходящего затруднена и фрагментарна.

Сопор — ориентировка невозможна, информация в сознание не проникает, по выходе — полная конградная амнезия.

Кома — глубокая степень выключения сознания, относится к экстремальным состояниям.

Группа пароксизмального помрачения сознания

К пароксизмальным расстройствам выключенного типа относятся нарушения сознания при судорожных и бессудорожных эпилептических пароксизмах (припадках): grand mal, petit mal.

К пароксизмальным расстройствам помраченного типа относят **сумеречные расстройства сознания** как классическое, так и с автоматизмами (амбулаторные автоматизмы, фуги, трансы).

Ведущими признаками сумеречного расстройства сознания являются глубокая ауто- и аллопсихическая дезориентировка с фокусированием искаженного восприятия на узком круге объектов и лиц в сочетании с гиперкинезией. Часто при этом присутствуют эмоциональное напряжение (ярость, страх, гнев), яркие галлюцинаторные или иллюзорные переживания, остро возникший персекуторный бред, психомоторное возбуждение (в большинстве случаев импульсивное, агрессивное), бессвязная речь и амнезия по выходу из состояния.

При классическом сумеречном расстройстве сознания напряженный аффект злобы фокусируется на определенных лицах или объектах, на которые и направлено возбуждение. Хотя оно длится обычно несколько минут, эффект его может быть разрушительным. Сумеречное расстройство сознания часто является проявлением эпилептического психоза, может сопровождаться противоправной активностью и при проведении судебно-психиатрической экспертизы пациенты в данном состоянии, как правило, признаются невменяемыми.

Тема № 3

Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ

Психоактивное вещество — это любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменять настроение, физическое состояние, самоощущение и восприятие окружающего, поведение либо другие, желательные с точки зрения потребителя, психофизические эффекты, а при систематическом приеме — психическую и физическую зависимость.

Наркотик — это вещество, удовлетворяющее трем критериям:

- *медицинскому* — это вещество должно обладать специфическим действием на ЦНС, что является причиной его немедицинского потребления.
- *социальному* — потребление его имеет большие масштабы, и последствия этого потребления приобретают социальную значимость.
- *юридическому* — вещество включено в официальный список наркотических средств.

Наркомания — болезнь, вызванная систематическим употреблением наркотиков и проявляющаяся психической и физической зависимостью от них.

Токсикомания — зависимость, вызванная веществами, не включенными в официальный список наркотиков.

Аддикция — употребление наркотических или токсических веществ, без зависимости.

В современной литературе распространен термин «**зависимость**». Кроме наркоманий и токсикоманий это понятие включает такие занятия и виды деятельности, как азартные игры (гэмблинг), чрезмерное увлечение компьютером, чрезмерно активное пищевое и сексуальное поведение. Общим для всех этих вещей является то, что они *занимают первое место в системе ценностей индивидуума и альтернативные виды деятельности подвергаются забвению.*

Этапы формирования зависимости:

- Начало употребления.
- Экспериментирование.
- Социальное употребление.
- Привычное употребление.

На каждом из этих этапов индивидуум может прекратить употребление, стабилизироваться или перейти к следующему этапу. На этапе привычного употребления отмечаются признаки психической зависимости и рост толерантности. Этот этап может переходить в зависимость.

Врачи общей практики располагают наилучшими возможностями профилактики, диагностики и лечения зависимостей, так как люди, злоупотребляющие психоактивными веществами, склонны, в первую очередь,

обращаться к своим участковым врачам при возникновении проблем со здоровьем.

Роль врача включает в себя следующие стратегии вмешательства:

- первичная профилактика, включающая в себя предоставление информации тем группам населения, которые еще не начали употреблять психоактивные вещества;

- вторичная профилактика: предоставление информации лицам, имеющим высокий риск развития зависимости или уже испытывающим сложности в этой связи. Примером является метод кратковременного вмешательства;

- ранняя диагностика (рутинный скрининг), лечение, либо направление к специалисту.

Инструменты скрининга:

- скрининговое интервью. Заключается в выяснении у пациентов того, как они употребляют ПАВ;

- скрининговые опросники CAGE (УРВО), AUDIT;

- исследование физического состояния;

- лабораторные данные.

Этиология и патогенез зависимостей

На сегодняшний день сложно назвать одну причину, по которой люди становятся зависимыми от алкоголя или других ПАВ. Одни при прочих равных условиях длительное время злоупотребляют алкоголем, не становясь при этом зависимыми, у других же зависимость формируется быстро. Только 25 % из всех пробовавших наркотики становятся наркоманами. Учитывая сложность вопроса, в мире принята биопсихосоциальная модель этиопатогенеза зависимостей. Это значит, что ***при формировании зависимости играют роль три компонента: биологический, психологический и социальный.*** Удельный вес каждого из этих факторов в каждом конкретном случае может быть разным.

Социально-культуральные факторы. Каждый человек находится в уникальном социальном окружении, которое влияет на него. Показано, что в развитии зависимости имеет значение характер воспитания: повышается риск развития зависимости в условиях воспитания по типу гипопротекции и в условиях жестких взаимоотношений. Неблагоприятные условия жизни повышают риск развития зависимости: нищета, бездомность, безработица, неграмотность, род занятий с высоким уровнем стресса. Большую роль играет фактор доступности наркотиков (медработники, бармены). Психотравмирующие жизненные обстоятельства: смерть супруга, развод, потеря работы. Социальные катаклизмы: быстрые изменения в социальной действительности ведут к тому, что выработанные ранее навыки деятельности теряют эффективность. Влияние, опосредованное через религию, традиции, определяет малую распространенность алкоголизма в мусульманских

странах. На Востоке опиум и каннабис выполняют роль, аналогичную алкоголю в Европе. Что касается пола и возраста, то большинство среди зависимых лиц составляют мужчины молодого и среднего возраста.

Психологические факторы: нельзя спрогнозировать с большой степенью вероятности на основании характерологических особенностей станет ли человек наркоманом. Зависимость может встречаться среди любых типов личности. Однако некоторые личностные черты способствуют наркотизации: импульсивность, стремление к получению удовольствий, низкая переносимость боли и фрустрации, неустойчивость интересов, черты личностной незрелости (неадекватная самооценка, слабый самоконтроль).

Биологические факторы: экспериментальные данные позволяют предположить, что предпочтение к алкоголю детерминируется несколькими генами, т. е. полигенное наследование. Генетически предопределяются и особенности обмена веществ индивидуума, посредующие различную чувствительность отдельных людей к алкоголю, различную психосоматическую реакцию на него. О роли генетических факторов свидетельствует и тот факт, что дети, биологические родители которых были алкоголиками, но адаптированные в нормальных семьях имеют риск развития зависимости в 4 раза выше по сравнению с обычными детьми. У однояйцовых близнецов конкурдантность по этому признаку в 4 раза выше по сравнению с разнойцовыми.

Все зависимости имеют общие патогенетические механизмы. ПАВ модулируют активность практически всех центральных нейротрансмиттерных систем: адренергической, серотонинергической, дофаминергической, ГАМК-ергической. **Основные синдромы, развивающиеся при зависимостях универсальны:** синдром психической зависимости, синдром измененной реактивности и синдром физической зависимости.

Синдром психической зависимости характеризуется постоянным или периодически возникающим навязчивым (обсессивным) влечением к наркотику. Психический комфорт возможен только в состоянии интоксикации.

Синдром измененной реактивности включает изменение толерантности, изменение картины опьянения и утрату защитных реакций.

Толерантность (переносимость) определяется как минимальная доза, способная вызвать опьянение. Рост толерантности проявляется в том, что для достижения прежнего желаемого эффекта необходима все возрастающая доза наркотика.

Физическая зависимость является состоянием, при котором наркотик становится необходимым для нормального протекания физиологических процессов в организме. Физический комфорт возможен только в состоянии интоксикации. Абстинентный синдром (синдром отмены) является проявлением синдрома физической зависимости и представляет собой комплекс психопатологических, соматовегетативных и неврологических расстройств возникающих вслед за прекращением приема наркотика. Прием привычно-

го наркотика либо полностью устраняет данные расстройства, либо значительно их смягчает. Абстинентный синдром является относительно специфичным, т. е. купировать его может только привычный наркотик. Однако частично его могут купировать и другие препараты, к которым вырабатывается перекрестная толерантность.

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ (F10–F19)

F10. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя.

F11. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов.

F12. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов.

F13. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ.

F14. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина.

F15. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин.

F16. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов.

F17. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака.

F18. Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей.

F19. Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ.

4-й и 5-й знаки могут использоваться для уточнения клинического состояния:

Острая интоксикация (F1x.0)

Преходящее состояние вслед за приемом алкоголя или другого психоактивного вещества, приводящее к расстройствам сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций.

Острая интоксикация находится в прямом соответствии с уровнями доз. Исключениями могут быть пациенты с какими-либо органическими заболеваниями (например, почечной или печеночной недостаточностью), когда малые дозы вещества могут оказать непропорционально острый интоксикационный эффект. Ее интенсивность со временем уменьшается, и при отсутствии дальнейшего употребления вещества ее действие прекращается. Выздоровление, поэтому, является полным, за исключением случаев, где имеется тканевое повреждение или другое осложнение.

Симптомы интоксикации не всегда отражают первичное действие вещества, например, депрессанты могут вызвать симптомы оживления или гиперактивности, а стимуляторы — уход в себя и интравертное поведение. Действие таких веществ, как каннабис и галлюциногены, практически непредсказуемо. Более того, многие психоактивные вещества также производят различное действие в зависимости от различных уровней доз. Например, алкоголь в низких дозах обладает стимулирующим эффектом, с увеличением дозы он вызывает ажитацию и гиперактивность, а в очень больших дозах оказывает чисто седативный эффект.

Неоднократное употребление с вредными последствиями (F1x.1)

Модель употребления психоактивного вещества, вызывающая вред для здоровья. Вред может быть физическим (например, в случае возникновения гепатита в результате самовведения инъекционных наркотиков) или психическим (случаи возникновения вторичных депрессивных расстройств после тяжелой алкоголизации).

При постановке данного диагноза необходимо наличие непосредственного ущерба, причиненного психике или физическому состоянию потребителя. Употребление вещества часто критикуется окружающими и связано с различными негативными социальными последствиями. Тот факт, что употребление определенного вещества вызывает неодобрение со стороны другого лица или общества в целом или может привести к социально негативным последствиям, таким как арест или расторжение брака, еще не является доказательством употребления с вредными последствиями.

Синдром зависимости (F1x.2)

Сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество (которое может быть или не быть предписано врачом), алкоголь или табак. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости.

Диагноз зависимости может быть поставлен только **при наличии трех или более нижеперечисленных признаков**, возникавших в течение определенного времени в прошлом году:

- а) сильная потребность или необходимость принять вещество;
- б) нарушение способности контролировать прием вещества, т. е. начало употребления, окончание или дозировки употребляемых веществ;
- в) физиологическое состояние отмены, при котором прием вещества прекращается или уменьшается, о чем свидетельствуют: характерный для вещества синдром отмены или использование того же или сходного веще-

ства для облегчения или предотвращения симптомов отмены при осознании того, что это является эффективным;

г) признаки толерантности, такие как увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами (очевидными примерами могут являться больные алкоголизмом и лица с опийной зависимостью, которые могут в течение дня принять дозу, достаточную для летального исхода или потери сознания у нетолерантного потребителя);

д) прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема вещества или восстановления после его действия;

е) продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия, такие как причинение вреда печени, вследствие злоупотребления алкоголем, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение когнитивных функций вследствие употребления наркотиков; следует определять, сознавал ли или мог ли сознавать индивидуум природу и степень вредных последствий.

Абстинентное состояние (синдром отмены) (F1x.3)

Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приема вещества после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. **Синдром отмены может быть осложнен судорогами (F1x.31).**

Синдром отмены является одним из проявлений синдрома зависимости, и этот последний диагноз тоже надо иметь в виду.

Физические нарушения могут варьировать в зависимости от употребляемого вещества. Также характерны для синдрома отмены психические расстройства (например, беспокойство, депрессия, расстройства сна). Обычно пациент указывает, что синдром отмены облегчается последующим употреблением вещества.

Необходимо помнить, что синдром отмены может вызываться условно закрепленным стимулом при отсутствии непосредственно предшествующего употребления. В подобных случаях диагноз синдрома отмены ставится, только если он оправдан достаточной тяжестью проявлений.

Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием (F1x.4)

Здесь, прежде всего, имеется в виду — «*делириум тременс*» — вызванное алкоголем кратковременное, но иногда опасное для жизни состояние спутанности с сопутствующими соматическими расстройствами. Он возникает обычно вследствие полного или частичного прекращения приема алкоголя у сильно зависимых лиц, употребляющих его в течение долгого времени. Начинается обычно после прекращения приема алкоголя.

Продромальные симптомы обычно включают бессонницу, дрожь и страх. Перед началом могут возникать судороги. Классическая триада симптомов включает помрачение и спутанность сознания, яркие галлюцинации и иллюзии, затрагивающие любую сферу чувств, и выраженный тремор. Также обычно присутствуют бред, агитация, бессонница или инверсия цикла сна и повышенная активность вегетативной нервной системы.

Психотическое расстройство (F1x.5)

Расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления вещества, характеризующееся яркими галлюцинациями (обычно слуховыми, но часто затрагивающими более одной сферы чувств), ложными узнаваниями, бредом и(или) идеями отношения (часто параноидного или персекуторного характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аномальным аффектом, который варьирует от сильного страха до экстаза. Сознание обычно ясное, хотя возможна некоторая степень его помрачения, не переходящая в тяжелую спутанность. Расстройство обычно проходит, по крайней мере частично, в течение 1 месяца и полностью в течение 6 месяцев.

Амнестический синдром (F1x.6)

Синдром, связанный с хроническим выраженным нарушением памяти на недавние события; память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение сохраняется. Обычно присутствует нарушение чувства времени и порядка событий, а также способности к усвоению нового материала. Конфабуляции возможны, но не обязательны. Другие познавательные функции обычно сравнительно хорошо сохранены, а дефекты памяти непропорционально велики относительно других нарушений.

Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя или других психоактивных веществ, должен отвечать общим критериям органического амнестического синдрома. **Первичные требования к диагнозу таковы:**

- нарушения памяти на недавние события (запоминание нового материала);
- нарушение чувства времени (перераспределение хронологической последовательности, смешивание повторявшихся событий в одно и т. д.);
- отсутствие нарушения непосредственного воспроизведения, нарушения сознания и общего нарушения познавательных функций;
- анамнез или объективные доказательства хронического (особенно в высоких дозах) употребления алкоголя или наркотиков.

Могут присутствовать также волевые изменения, часто с появлением апатии и потери инициативы; тенденция не заботиться о себе, но они не должны рассматриваться как обязательные для постановки диагноза.

Хотя конфабуляции могут быть выраженными, они не должны рассматриваться как необходимая предпосылка для диагноза.

Резидуальные и отсроченные психотические расстройства (F1x.7) и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом (F1x.75)

Расстройства, вызванные алкоголем или наркотиками, характеризующиеся изменениями познавательных функций, личности или поведения, которые продолжаются за пределами периода непосредственного действия психоактивного вещества.

Возникновение расстройства должно прямо соотноситься с употреблением вещества. Случаи, когда начало расстройства происходит позднее чем эпизод (ы) употребления вещества, должны кодироваться здесь только при наличии ясных и убедительных доказательств их взаимосвязи. Расстройство должно являться изменением или выраженным усилением предыдущего и нормального состояния.

Клиника отдельных видов зависимостей

1. **Опиум** представляет собой сухое молочко из головок опиумного мака. Из опиума получают более 20 алкалоидов, наиболее известным из них является морфин. На его основе получают героин (диацетилморфин). К синтетическим опиатам относятся промедол, омнопон, метадон. Опиаты обычно вводят внутривенно. Эффекты: сильная эйфория, седация. Быстро формируется психическая и физическая зависимость. Толерантность растет в сотни раз по сравнению с первоначальной. Состояние отмены (ломка) протекает тяжело, характерными являются сильные суставные и мышечные боли. Смерть при передозировке происходит в результате остановки дыхания. Дифференциально-диагностическим признаком комы при передозировке опиатов служат узкие зрачки.

2. Препараты индийской конопли (**каннабиноиды**) имеют различную наркотическую активность в зависимости от содержания в них активного вещества тетрагидроканнабинола (ТГК). Наиболее активная форма — гашиш представляет собой смолу, полученную из верхушек зрелой конопли. Препараты конопли курят, могут употреблять в пищу. Эффекты: эйфория, обострение восприятия, повышенная внушаемость и аппетит. В высоких дозах подобно галлюциногенам вызывает расстройства схемы тела, восприятия пространства и времени, иллюзии и галлюцинации. Формируется психическая зависимость. Толерантность растет незначительно. Физическая зависимость обычно не развивается. Часто экспериментирование на препаратах конопли не останавливается и переходит на более тяжелые наркотики.

3. **Кокаин** содержится в растении кока, произрастающего в Центральной Америке. Порошок кокаина вдыхается через нос, раствор вводится внутривенно, выщелоченную форму кокаина крэк курят или поджигают на фольге и вдыхают пары. По эффектам кокаин относится к психостимуляторам, вызывает сильную эйфорию, повышение умственной и физической работоспособности. Психическая зависимость сильно выражена. Отмечается рост толерантности. Развивается физическая зависимость.

4. **Галлюциногены** (психоделики, психодизлептики) — сборная группа из более 100 природных и синтетических препаратов, которые вызывают симптомы, напоминающие психоз. Наиболее известные из природных —

это псилоцибин, получаемый из грибов, и мескалин, производимый из кактуса. А из синтетических — диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД–25) и галлюциногенный амфетамин метилendioксиметамфетамин (МДМА) «экстази». Эффект зависит от психологических особенностей пользователя, его ожиданий и каждый раз непредсказуем. Обычно повышается интенсивность перцепции, отмечаются синестезии, расстройства схемы тела, нарушение восприятия пространства и времени, иллюзии и галлюцинации. Психическая зависимость слабая. Физическая зависимость отсутствует.

5. Психостимуляторы охватывают большую группу препаратов под общим названием амфетамины. Первым из них был синтезирован фенамин. В нашей стране распространена эфедроновая и первитиновая наркомания. Эти препараты получают путем кустарной переработки эфедринсодержащих препаратов. Эффекты: повышение настроения, умственной и физической работоспособности, снижение потребности в пище и сне. Формируется психическая зависимость. Отмечается рост толерантности. Физическая зависимость не развивается.

6. Барбитураты были синтезированы в начале века. Первыми препаратами из этой группы были барбитал (веронал) и фенobarбитал. Используются как снотворные и противосудорожные средства. Наиболее популярными на черном рынке являются амитал-натрий и секобарбитал. Состояние опьянения, вызванное барбитуратами, напоминает алкогольное опьянение. Формируется психическая и физическая зависимость, растет толерантность. Синдром отмены барбитуратов клинически схож с алкогольным абстинентным синдромом, однако, чаще осложняется судорожными припадками. Хроническая интоксикация барбитуратами ведет к энцефалопатии.

Сочетанное употребление психоактивных веществ (полинаркомания) предполагает существование зависимости от 2 и более веществ. Например: от героина и кокаина, опиатов и транквилизаторов.

Синдром зависимости от алкоголя

Алкоголизм — хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками и характеризующаяся психической и физической зависимостью от алкоголя и приводящая к нарушению психического и физического здоровья, а также к социальной дезадаптации.

Согласно МКБ–10 зависимость от алкоголя диагностируется по тем же принципам, что и остальные зависимости. В основу отечественных классификаций положен клинико-динамический принцип.

Формы употребления алкоголя (донозологический этап):

- Абстиненты.
- Случайное пьянство (эпизодическое).
- Социальное пьянство.
- Привычное пьянство.

Каждая последующая форма бытового пьянства образуется из предыдущей, однако, возможна стабилизация на любом из этих этапов. На этапе привычного пьянства отмечаются признаки психической зависимости и рост толерантности. Он непосредственно может переходить в первую стадию алкоголизма.

В динамике алкоголизма принято выделять 3 стадии:

1. Стадия психической зависимости.
2. Стадия физической зависимости.
3. Энцефалопатическая.

Базовым синдромом *первой стадии* является психическая зависимость. Это значит, что алкоголь становится необходимым для поддержания нормального психического тонуса. Все мысли человека направлены на поиск возможности выпить. Диагностировать психическую зависимость достаточно сложно, так как больные вследствие алкогольной анозогнозии отрицают влечение к алкоголю.

Кроме синдрома психической зависимости для первой стадии характерно: повышение толерантности, утрата ситуационного и количественного контроля, исчезновение рвотного рефлекса, палимпсесты.

Для этой стадии характерны частые, однократные выпивки, однако, возможны алкогольные эксцессы с пьянством по несколько дней.

На *второй стадии* имеют место симптомы, характерные для первой стадии. Базовым синдромом, на котором строится диагностика, является синдром физической зависимости. Проявляется физическая зависимость абстинентным (похмельным синдромом). В классическом виде алкогольный абстинентный синдром появляется после запоев через 12–24 часа после прекращения приема алкоголя.

На протяжении всей стадии отмечается максимальная толерантность «плато толерантности». Для этой стадии характерны псевдозапой. Начало и окончание эксцесса обусловлено внешними факторами. В их возникновении нет цикличности. На протяжении всего эксцесса толерантность максимальная. На этой стадии еще более чем на предыдущих вырисовываются проблемы, связанные с алкоголизмом: медицинские, социальные, правовые.

Для *третьей стадии* характерны основные симптомы предыдущих стадий, однако, они протекают в виде наиболее тяжелых клинических вариантов. Главным критерием разграничения 2 и 3 стадии является снижение толерантности. Сначала падает разовая толерантность при сохранении суммарной суточной, а затем падает и последняя. Для этой стадии характерны истинные запои, которые имеют циклический характер. Началу запоя предшествует аффективная фаза. В первые дни запоя толерантность максимальная, а затем постепенно падает вплоть до полной непереносимости алкоголя. На финальной стадии достигают максимальной выраженности проблемы, вызванные болезнью: алкогольная деградация, психоорганиче-

ские нарушения, хронические соматические заболевания, психозы, полная социальная дезадаптация.

У женщин алкоголизм формируется быстрее и протекает злокачественно. Стадии болезни как бы наслаиваются друг на друга. В клинической картине большой удельный вес депрессивных расстройств. Как правило, больные обращаются за помощью на поздних этапах. Выражена социальная дезадаптация.

В подростковом и юношеском возрасте алкоголизм, как правило, протекает злокачественно. В пожилом возрасте, наоборот, наблюдается медленная динамика болезни. На первое место выступают соматические проблемы, ускоряются процессы старения.

Алкогольные психозы

Алкогольные (металкагольные психозы) возникают не как прямое следствие хронического отравления алкоголем, а как результат эндогенной интоксикации вследствие поражения внутренних органов и нарушений метаболизма, вызванных алкоголем. Психозы возникают, как правило, не на высоте алкогольной интоксикации, а во время абстиненции, т. е. тогда, когда содержание алкоголя в крови резко снижается. Психозы чаще всего развиваются на третьей стадии алкоголизма, т. е. когда максимально выражены хронические соматические заболевания. Часто симптоматика в рамках алкогольных психозов смешанная, поэтому иногда употребляется термин алкогольная болезнь.

- **Алкогольный делирий** — психоз в форме галлюцинаторного помрачения сознания с преобладанием зрительных иллюзий и галлюцинаций образного бреда, сопровождаемого страхом, психомоторным возбуждением. Выделяют следующие клинические формы делириев: классический, редуцированный, атипичный, тяжелые (профессиональный и мусситирующий). Является наиболее распространенным психозом.

- **Алкогольный галлюциноз** — психоз с преобладанием слуховых галлюцинаций, часто сопровождается бредом и аффективными нарушениями и протекает на фоне ясного сознания. Это второй по частоте психоз. По течению выделяют острые, подострые и хронические варианты. По клинической картине — классические, редуцированные, смешанные, атипичные.

- **Алкогольный параноид** — психоз с преобладанием образного бреда, аффекта страха, двигательного возбуждения. Протекает в форме приступов различной продолжительности. В зависимости от особенностей клиники и продолжительности приступа выделяют: классический параноид, редуцированный, смешанный, атипичный, затяжной.

- **Алкогольный бред ревности (алкогольная паранойя)** — хронический психоз с преобладанием первичного паранойяльного бреда. Встречается исключительно у мужчин. Преимущественно у лиц, с психопатическими чертами характера, со склонностью к образованию сверхценных идей.

К алкогольным энцефалопатиям относится группа металкольных психозов, сочетающая психические нарушения с соматическими и неврологическими расстройствами. В зависимости от остроты протекания психические нарушения определяются либо тяжелыми делириями и оглушением или разнообразными формами психоорганического синдрома.

Кроме перечисленных форм психозов выделяют психопатологические состояния при алкоголизме куда относят алкогольную депрессию и алкогольную эпилепсию.

Токсикомании. Производственные, бытовые и лекарственные интоксикации

- **Бензодиазепины** включают группу из нескольких десятков препаратов. Наиболее известные: реланиум (диазепам), элениум. Обладают противотревожным, противосудорожным и седативным эффектами. В настоящее время врачи стали осторожнее относиться к их назначению в связи с риском развития зависимости от них. Психическая зависимость может сформироваться если препарат применять в терапевтических дозах на протяжении 3–4 недель. Отмечается рост толерантности. Физическая зависимость, как правило, не развивается.

- **Летучие растворители:** бензин, ацетон, клей. Подавляющее большинство пользователей — дети и подростки. Ингаляция осуществляется при помощи смоченной веществом тряпки или полиэтиленового пакета, натянутого на голову. В ходе интоксикации пользователь испытывает эйфорию, головокружение, чувство невесомости, зрительные галлюцинации (мультики). Потенциально опасным является потребление веществ в заброшенных зданиях и подвалах. Острые и хронические отравления с поражением психических функций развиваются в результате поступления в организм многих видов токсических веществ и лекарств при их передозировке или необоснованном применении. Во всех случаях острых и хронических отравлений в той или иной мере, прямо или косвенно, страдают функции ЦНС.

Химических веществ, способных вызвать психопатологические состояния довольно много и поэтому не представляется возможным дать подробное описание каждого из них. В качестве примера можно рассмотреть некоторые отравления, встречающиеся в быту и производственных условиях.

При отравлении атропином возникают делирий, маниакальные или депрессивные состояния. В тяжелых случаях возможны сопор и кома. Картина отравления сопровождается рядом соматических и неврологических расстройств, в частности тремором, судорожными подергиваниями отдельных мышечных групп, тахикардией, сухостью во рту, мидриаз, паралич аккомодации.

Отравление бензином: при остром отравлении наблюдаются эйфория или астения с головными болями, тошнотой, рвотой, затем делирий и онейроид, в последующем сопор и кома. Возможны судороги, параличи; тяжелые случаи могут закончиться летально.

Отравление окисью углерода: в остром периоде — оглушение, возможно развитие делирия. Через несколько дней или неделю после отравления на фоне кажущегося здоровья развиваются психопатоподобные расстройства, корсаковский синдром, явления афазии и агнозии, паркинсонизм.

Отравления ртутью: при хронической интоксикации — органические психопатоподобные расстройства с выраженной аффективной лабильностью, слабодушием, иногда эйфорией и снижением критики, в наиболее тяжелых случаях — с аспонтанностью, вялостью. Отмечаются дизартрия, атаксическая походка, тремор.

Отравления тетраэтилсвинцом проявляются выраженными астеническими расстройствами, брадикардией, снижением артериального давления, гипотермией, головными болями, головокружением, тошнотой, рвотой, повышенной саливацией, поносами, резкими болями в животе, потливостью. Значительное место в картине заболевания занимают гиперкинезы различной выраженности, интенционный тремор, подергивания отдельных мышечных групп, хореоформные движения, мышечная слабость, гипотония, атаксическая походка, симптом «постороннего тела во рту». При хронической интоксикации бывают псевдопаралитический и корсаковский синдромы.

При отравлениях хлорофосом характерны головная боль, тошнота, рвота, повышение артериального давления, судорожные явления и боль в мышцах, нарушения сознания (от легкой оглушенности до делириозного состояния) с последующим астеновегетативным синдромом.

Диагностика, лечение и профилактика зависимостей

Диагностический процесс начинается с первого контакта с пациентом и включает идентификацию пациента, идентификацию проблемы. В процессе скрининга у пациента выясняют характер употребления им психоактивных веществ, применяют инструменты скрининга. Если признаков проблемы у пациента не обнаружено, то проводят первичную профилактику. При обнаружении признаков проблемы производится дальнейшая оценка с помощью скрининга индекса выраженности зависимости, исследования физического состояния, лабораторных данных. Затем производится анализ потребности в помощи, наличия защитных и адаптивных механизмов.

Мотивирующее интервьюирование представляет собой методику, целью которой является осознание пациентом проблемы и формирование внутренней потребности на включение в терапевтический процесс. Если эта потребность сформирована, то с пациентом обсуждают план лечения.

Обычно пациенты поступают в реабилитационные центры в состоянии медицинского кризиса (психозы, делирий, передозировка). Соответственно первым этапом терапии является оказание помощи в этих ситуациях. После преодоления кризиса пациент проходит этап детоксикации (дезинтоксикации) основной задачей которого является минимизация симптомов отмены. В некоторых странах стабилизация пациентов с зависимостью от

опиатов проводится заместительной терапией метадонем. Подробнее на эту тему Вы можете получить информацию в методическом пособии по заместительной терапии опиоидной зависимости, имеющейся в библиотеке нашего университета. Из симптоматических средств применяют клонидин, бензодиазепины, акампросат, блокаторы кальциевых каналов.

Следующий этап — реабилитация. Задача этого этапа — восстановить стиль жизни без психоактивных веществ. Достигается это психотерапевтическими методами (в основном используются когнитивно — бихевиоральные подходы), которые направлены на выработку альтернативного поведения и защиту от триггеров. Триггером может являться, например, нереализованное чувство гнева. В этом случае задача состоит в том, чтобы научить пациента проявлять агрессию в приемлемых формах. Если это удалось, то следующий этап — профилактика рецидивов. Включает в себя серию биопсихосоциальных вмешательств. Медикаментозная поддержка (налтрексон, акампросат), психотерапевтические мероприятия, направленные на сохранение мотивации, оптимизация физического и социального функционирования, постоянный мониторинг. Курс лечения в лечебном учреждении индивидуален: от 3 месяцев до 1,5 лет. В настоящее время в мире признано, что вылечить зависимость практически очень сложно, поэтому нужно минимизировать неблагоприятные последствия, связанные с ней как для пользователя, так и для общества в целом. Разработана концепция снижения вреда. Примером мероприятий в рамках этой концепции может быть программа обмена одноразовых шприцев для шприцевых наркоманов.

Тема № 4

Шизофрения. Бредовые расстройства. Аффективные расстройства

Шизофрения (F20)

Шизофренией (от древнегреч. schizo — расщепляю, раскалываю, phren — душа, ум, рассудок) *обозначают группу сходных психических расстройств неясной этиологии (в развитии которых, вероятно, имеются общие эндогенные патогенетические механизмы в виде наследственной аномалии, не проявляющейся до определённого периода жизни), и протекающих хронически в виде приступов или непрерывно и приводящих к характерным изменениям личности.*

Эпидемиология. Средний возраст начала составляет 15–25 лет для мужчин и 25–35 для женщин. Хотя различие в заболеваемости по полу не является бесспорным, считается, что больны 1,1 % мужчин и 1,9 % женщин в населении. Этот показатель устойчив во всем мире, поскольку заболеваемость не зависит от национальности или расы. Шизофрения крайне редко начинается в возрасте ранее 10 лет и позже 50. Достоверно чаще заболевают одинокие по сравнению с состоящими в браке, среди состоявших в браке частота разводов выше, чем в населении в целом.

С улучшением медицинского обслуживания причиной смерти больных во все большей степени становятся самоубийства и несчастные случаи; период наивысшего риска здесь приходится на возраст до 55 лет — время наиболее интенсивных проявлений болезни. За 20 лет течения около половины больных совершает суицидную попытку; у 10 % она оказывается успешной.

Шизофрения — самое дорогое из всех психических заболеваний. Если учесть стоимость лечения, выплат по стойкой и временной нетрудоспособности, то в США расходы на шизофрению составляют около 2 % валового национального продукта, ежегодная стоимость содержания больных превосходит 7 млрд долларов.

Этиология шизофренического процесса окончательно не выяснена. Не установлены факторы, являющиеся необходимыми и достаточными для возникновения заболевания. Предрасположенность к шизофрении может быть обусловлена биологически (генетическая предрасположенность), а также сформирована эпигенетически разными факторами как биологическими, так и психосоциальными (употребление ПАВ, травма, социальный стресс и т. д.).

Генетический фактор безусловно участвует в формировании уязвимости к шизофрении. Риск заболевания шизофренией для детей больного составляет в среднем около 15 % при условии здоровой наследственности со стороны другого родителя. Но если с другой стороны имеются сведения о

заболевании шизофренией среди кровных родственников, то этот риск в зависимости от степени родства может достигать 40 %. Воспитание детей, рождённых от больных шизофренией, в здоровых семьях, в качестве приемных с раннего детства не снижает частоты этого заболевания среди них. Закономерности передачи наследственного задатка болезни и его механизмы неясны.

При одинаковой наследственной отягощенности (один или оба родителя, больные шизофренией) риск у детей заболеть вдвое выше в городской, чем в сельской местности. Гипотеза «социального дрейфа» не исключает, что социальное снижение может также являться не причиной, а следствием заболевания. Больные оказываются не в состоянии справиться с работой, обеспечивающей финансовое благополучие, и, по мере снижения трудоспособности, «дрейфуют» в малообеспеченные слои общества.

Наиболее известной *нейрохимической гипотезой* является концепция гиперактивности допаминовых систем при шизофрении. Ее подкрепляет то, что препараты, блокирующие в эксперименте допаминовые рецепторы, наиболее эффективны в устранении симптомов шизофрении.

В целом можно сказать, что шизофрения — *несомненно мозговое, полиэтиологичное заболевание, на течение которого оказывают безусловное влияние психосоциальные и другие факторы.*

Клиника. Группа больных шизофренией безусловно выделяется из населения в преморбиде по своим личностным особенностям. Ребенок обычно послушен, у него мало или совсем нет друзей, спортивным соревнованиям он предпочитает телевизор, музыку.

Часто встречаются нарушения восприятий в виде слуховых галлюцинаций. Они бывают в разной степени громкими, разборчивыми и развернутыми, воспринимаются внутри головы или извне. Содержание «голосов» может включать обвинения, угрозы, оскорбления. Зрительные галлюцинации и иллюзии встречаются несколько менее часто, они могут восприниматься вне поля зрения, например, за головой.

Нарушения интеграции психических процессов приводят к тонким изменениям восприятия своего «Я», симптомам деперсонализации и дереализации. Чуждыми, не принадлежащими больному могут восприниматься его тело, движения, речь, стремления. Снижается чувственный уровень восприятия окружающего мира.

Нарушения формы мышления включают разрыхление ассоциаций, соскальзывания, смысловые несоответствия (паралогии), чрезмерную обстоятельность, вплоть до вербигераций (набор слов по аналогии или созвучию) и словесной крошки. Нарушения процесса мышления включают неконтролируемый поток и полный обрыв мыслей, расплывчатость, бедность или причудливость содержания речи, паралогии, снижение абстрактного мышления. Нарушения памяти в целом менее типичны. Для последних характерны трудности концентрации внимания, затруднения в организации и интеграции нового опыта.

Больным шизофренией свойственно неточное соблюдение обычных границ значения отдельных понятий. Это делает их речь более неточной и абстрактной, существенно затрудняя общение. Может бросаться в глаза контраст между банальностью высказываний и напыщенной формой их произнесения. Нарушения содержания мышления отражают представления и интерпретации ощущений.

Бредовые построения чрезвычайно разнообразны и могут касаться преследования, отношения, особого значения, величия, любовного очарования. Это — наиболее частое проявление шизофрении, на разных этапах его можно наблюдать практически при всех формах заболевания. В значительной мере по-бредовому интерпретируется и процесс мышления. Больной может иметь представление о том, что он получает или передает мысли на расстоянии, читает чужие мысли, или что его собственные доступны восприятию окружающих. Он может считать, что его поведение каким-то образом контролируется извне, что со стороны вызываются какие-то ощущения и изменения в организме, делаются намеки на него в средствах массовой информации или что он может необычным образом влиять на происходящее. Ошибочной интерпретации может подвергаться распознавание окружающей обстановки и людей, в ситуацию и общение может вкладываться не присущий в действительности смысл.

Характерна интенсивная и непродуктивная сосредоточенность на эзотерических, метафизических, парапсихологических, религиозных идеях. Весьма типично, в особенности для обострений, отсутствие сознания болезни, что связано с бредовыми переживаниями, маниакальным аффектом или психологическими защитными механизмами.

Аффективные нарушения наиболее часто включают отсутствие эмоциональной включенности при общении, снижение эмоционального реагирования или интенсивные и часто неадекватные, непонятные для окружающих вспышки гнева, тревоги или счастья. Аффект может не соответствовать как ситуации, так и мимико-пластическим средствам его выражения. Обеднение аффекта приводит к тому, что многие больные выглядят безразличными, апатичными, гипомимичными, у них замедленная речь и затруднен контакт глазами. Больные иногда жалуются на мучительную эмоциональную пустоту, невозможность испытывать какие-либо эмоции, прежде всего радость. Обеднению и неадекватности аффекта часто сопутствует аутизм — особая недоступность больных в контакте, отделенность от окружающего мира, отрыв от реальности с одновременным превалированием внутреннего мира в душевной жизни. Отношения больного с окружающими теряют эмпатичность, приобретая характерную дистанцированность и поверхностность (формальность).

Более современной и клинически полезной представляется дифференцировка симптомов на продуктивные (позитивные) или дефицитарные (не-

гативные). К продуктивным принято относить бред, галлюцинации, формальные нарушения мышления, вычурное и дезорганизованное поведение. Негативные включают уплощение и ригидность аффекта, обеднение мышления, обрывы мыслей, признаки когнитивного дефицита, апато-абулические расстройства (редукция энергетического потенциала) и снижение побуждений, ангедонию, аутизацию и социальную запущенность. Конечные состояния проявляются отсутствием или неадекватностью побуждений, отсутствие целенаправленности мышления, его согласованности с речью, затруднения в формулировании новых понятий, невозможность различать абстрактное и конкретное.

Разделение на отдельные подтипы шизофрении определяется различиями в клинических проявлениях.

Параноидный тип (F20.0) характеризуется преобладанием галлюциаторно-параноидных проявлений (синдром Кандинского–Клерамбо), более поздним, по сравнению с другими формами, началом, менее выраженными дефицитарными симптомами. Типичный больной параноидной формой напряжен, подозрителен, сдержан, часто враждебен и агрессивен. Его поведение и мышление в сферах, не связанных с психотическими переживаниями, могут быть мало нарушены.

Гебефренный тип (F20.1) характеризуется примитивными, дезорганизованными формами поведения, расторможенностью. Расстройства мышления затрудняют контакт с реальностью, внешний вид соответствует распаду поведения, мимика неадекватна. Начинается в раннем возрасте, обычно с эмоционального уплощения, абулических, поведенческих расстройств, когнитивного снижения. Больные погружены в себя, по-детски дурашливо гримасничают.

В картине *кататонического* типа (F20.2) доминируют кататонические нарушения моторики. Возбуждение и ступор могут часто сменять друг друга. Кататонические симптомы нередко сочетаются с онейроидными, сновидными переживаниями. В реальности клиническая картина далеко не всегда укладывается в описание отдельного подтипа; трудностям категоризации в этих случаях призван отвечать подтип т. н. *недифференцированной* шизофрении (F20.3).

Продромальный период может предшествовать манифестации психоза на протяжении нескольких недель или месяцев. Здесь могут быть представлены астено-ипохондрические, психопатоподобные симптомы, тревожные эпизоды. Заострение преморбидных черт личности, в особенности шизоидных, сочетается с неадекватными аффективными реакциями, снижением побуждений и продуктивности в работе или учебе. Пытаясь улучшить свое состояние, больные часто прибегают к парамедицинским приемам лечения, вычурным режимам питания, не вполне адекватным занятиям спортом. Характерна фиксация на философских, метафизических, рели-

гиозных темах, появление странностей в поведении, вычурности или запущенности во внешнем виде.

В среднем через 5–6 лет от манифестации психоза острота продуктивной симптоматики несколько снижается и на первый план могут выступить признаки дефекта. Достаточно типичным является и безремиссионное постоянное течение заболевания.

Предсказать исход в каждом отдельном случае крайне затруднительно. Наиболее значимыми предикторами плохого прогноза считаются структурные аномалии мозга, раннее и затяжное начало психоза, большая длительность острых эпизодов, наличие поведенческих проблем в детстве и социальная изоляция в ремиссиях. Исход в целом более благоприятен у женщин, чем у мужчин и у больных в развивающихся странах по сравнению с индустриальными.

Диагноз. В основном диагностика строится на анамнестических сведениях и наблюдении за больным.

Общими для параноидной, гебефренической, кататонической и недифференцированной шизофрении являются диагностические критерии: наблюдающийся большую часть времени на протяжении не менее месяца психотический эпизод, сопровождаемый, по меньшей мере, одним из следующих признаков:

- слуховые псевдогаллюцинации, ощущения приема, передачи мыслей на расстоянии или их отнятия;
- бред воздействия, контроля со стороны, чувство сделанности отдельных движений, мыслей, поступков или ощущений; бредовое восприятие;
- вербальные галлюцинации комментирующей или диалоговой формы, обсуждающие поведение больного, или другие голоса, идущие из определенных частей тела;
- стойкий, неадекватный для данной культуры, вычурный бред нереалистичного содержания (например, возможность управления погодой, контакта с инопланетянами).

Если нет ни одного из вышеуказанных признаков, то должны наблюдаться по меньшей мере два из следующих:

- стойкие, ежедневные галлюцинации в любой сфере на протяжении не менее месяца, сопровождаемые транзиторными, рудиментарными бредовыми идеями без отчетливой аффективной окраски или длительно сохраняющимися сверхценными идеями;
- неологизмы, обрывы, эпизоды неуправляемого потока мыслей, приводящие к разорванности речи;
- такие кататонические симптомы, как возбуждение, стереотипии, восковая гибкость, негативизм, мутизм, ступор;
- такие негативные симптомы, как нарастающая апатия, обеднение речи, уплощение и неадекватность аффекта (не вызванные депрессией или терапией нейролептиками).

Для всех форм шизофрении используется дополнительная кодировка вариантов течения на протяжении не менее чем последнего года наблюдения: непрерывного безремиссионного (F20.x0); перемежающе-поступательного с нарастанием негативной симптоматики в ремиссиях (F20.x1); с обострениями и сохраняющейся, но не нарастающей негативной симптоматикой в ремиссиях (F 20.x2); ремиттирующего с полными или практически полными ремиссиями вне обострений (F20.x3); состояние неполной (F 20.x4) или полной (F20.x5) ремиссии.

Дифференциальный диагноз требует прежде всего тщательного обследования с целью выявления возможных органических причин психического расстройства, поскольку схожие с шизофренией картины наблюдаются при опухолях, инсульте, травме мозга, эпилепсии, в особенности височной, употреблении психоактивных веществ и многих других соматических и неврологических расстройствах.

Лечение. Появление психофармакологических препаратов произвело революцию в содержании больных шизофренией и сейчас лишь небольшой их процент нуждается, в отличие от прошлых лет, в постоянной госпитализации. Тем не менее, стационарному этапу терапии отводится по-прежнему весьма важная роль, поскольку здесь решаются задачи диагностики, купирования манифестных обострений и рецидивов, подбора препаратов для стабилизации на амбулаторном этапе, проведения комплекса реабилитационных мероприятий, включая структурирование повседневной активности, коррекцию общения, налаживание отношений в семье.

Длительность госпитализации определяется остротой состояния и возможностями внебольничной сети лечебных учреждений. Периоды обострений, в которые больные обычно госпитализируются, представляют собой наиболее драматичные эпизоды болезни, но они составляют лишь небольшую часть общей ее протяженности. Основные задачи социального приспособления и профилактики рецидивов решаются вне стационара, в ходе многолетнего наблюдения за больным.

Базисным средством биологической терапии являются нейролептики — производные фенотиазина (аминазин, трифтазин), бутирофенона (галоперидол), тioxантена (клопиксол, хлорпротиксен), дибензоксазепина и индола. Все антипсихотические средства имеют сходный механизм действия на допаминовую систему, они блокируют связь допамина с постсинаптическими допаминовыми рецепторами мозга. Возникающие при этом паркинсоноподобные экстрапирамидные расстройства являются следствием относительной недостаточности допамина, блокируемого нейролептиками. Эффект антипсихотических средств возможно является более сложным и комплексным, что не исключает и иные механизмы их действия.

После первой манифестации психоза поддерживающую терапию следует продолжать по меньшей мере в течение года. После двух эпизодов срок поддерживающей терапии продлевается до 5 лет.

Наиболее общим побочным эффектом действия нейролептиков является экстрапирамидная симптоматика. С целью ее профилактики используют антипаркинсонические препараты, поскольку реакция больных на побочные эффекты в начале терапии во многом определяет последующее состояние комплайенса.

Провоцирующая роль социальных стрессоров в возникновении рецидивов обуславливает важность использования психосоциальных лечебных подходов, присоединение которых к методам биологической терапии позволяет снизить рецидивирование дополнительно на 25–30 % от уровня, достигаемого при применении только нейролептиков. Программа психосоциальной реабилитации должна строиться индивидуально в зависимости от состояния, этапа заболевания и жизненной ситуации каждого больного. На острых этапах она должна начинаться за счет создания соответствующего климата в стационаре, предотвращающего дальнейшую аутизацию больного и содействующего наиболее целесообразному использованию его ресурсов для социального приспособления после выписки.

Индивидуальная психотерапия имеет целью формирование правильного отношения к болезни и лечению, навыков своевременного распознавания признаков надвигающегося рецидива и проблемно-решающего поведения в разного рода социальных ситуациях. Практическое освоение этих навыков наиболее успешно осуществляется в ходе терапии средой и групповой терапии. Эта работа тем эффективнее, чем более четко дифференцируются задачи повышения социальной компетентности и чем больше они соответствуют индивидуальным возможностям каждого больного.

Семейная терапия должна настроить семью на сотрудничество с врачом в проводимой терапии, содействовать смягчению стрессогенной для больного конфликтной обстановки в семье. Успешность профилактики рецидивов на амбулаторном этапе ведения требует сочетания.

Острые и транзиторные психотические расстройства (F23)

Состояния характеризуются острым началом (период от появления первых признаков до полного развертывания симптоматики составляет менее 2 недель) с бредом, галлюцинациями, разорванностью речи в любой комбинации этих проявлений. Картина в целом никогда полностью не соответствует критериям, общим для органических поражений мозга, аффективных психозов или употребления психоактивных веществ.

Если при этом длительность состояния не превышает 3 месяцев и шизофренические симптомы появляются лишь на короткое время в начале эпизода, состояние кодируется как острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0).

Если шизофренические симптомы представлены в течение большего времени эпизода, но не свыше 1 месяца, состояние кодируется как острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F 23.1).

Если шизофреническая симптоматика устойчиво держится менее 1 месяца, а состояние лишено полиморфизма и нестабильности, свойственных острому полиморфному психотическому расстройству, эпизод кодируется как острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2).

Стабильный бред или галлюцинации длительностью не свыше 3 месяцев при несоответствии состояния признакам шизофрении и острого полиморфного психотического расстройства получают кодировку F23.3 (другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства).

Бредовое расстройство (F22)

В этой подрубрике объединяются расстройства, характеризующиеся наличием доминирующего, хорошо систематизированного, инкапсулированного бреда, лишённого свойственной шизофрении причудливости, сопровождаемого адекватным для содержания идей аффектом и минимальным снижением личности.

Эпидемиология. Заболеваемость составляет 25–30 больных на 100 тыс. населения. Часть больных остаётся вне поля зрения психиатров. Они редко обращаются за помощью сами, обычно их побуждают к этому родственники или правоохранительные органы. Начало чаще в среднем возрасте, пик госпитализаций приходится на 30–40 лет. Данные о преобладании по полу противоречивы, в 2/3 случаев больные разведены.

Этиология расстройства неизвестна. Не обнаруживается генетической связи с шизофреническим или аффективным спектром заболеваний. Расстройство, возможно, имеет пока не обнаруженную биологическую причину, поскольку при опухолях или травмах в зонах лимбической системы и базальных ганглиев, не сопровождаемых когнитивным дефицитом, могут наблюдаться клинически совершенно сходные картины.

Не исключено социогенное возникновение, поскольку есть тенденция к появлению расстройств в отдельных специфических ситуациях (миграционные и тюремные психозы, паранойя кверулянтов). Для этих ситуаций в разной степени характерно: повышенные ожидания жестокого обращения с собой и унижения, усиление недоверия, подозрительности, зависти и ревности, социальная изоляция, навязчивые размышления о возможных значениях происходящего и мотивов окружающих.

Клиника. Больной обычно следит за своей внешностью, признаки снижения функционирования личности, нарушений ориентировки и памяти не выявляются. В зависимости от содержания бреда больной может выглядеть подозрительным, эксцентричным или враждебным. Аффект также согласован с содержанием бреда. Типология бреда определяется доминирующей темой.

Эротоманический или бред любовного очарования связан с представлением о влюблённости в пациента какого-то лица, чаще более высокого социального статуса, начальника, знаменитости, иногда совершенно незнакомого с больным. Чувство носит характер не сексуальной притягательности, а скорее романтической любви и духовного союза. Оно может

держаться в секрете, но чаще проявляется в разнообразных попытках контакта с объектом бреда. Чаще встречается у сексуально активных и агрессивных женщин с целью бессознательной компенсации недостаточности своего социального успеха.

Бред *величия* может характеризоваться представлением о наличии у пациента особых, непризнаваемых окружающими, талантов, знаний, сделанном важном открытии, особых отношениях со знаменитостями или божеством. В последнем случае больные часто становятся лидерами религиозных сект.

Бред *ревности* (супружеская паранойя, синдром Отелло) всегда сопровождается поиском доказательств, уличающих супруга в неверности, попытками контролировать его поведение.

Бред *преследования* может включать предположения о разнообразных способах причинения какого-то вреда больному, препятствовании в достижении его целей, на что больной часто реагирует агрессивным и сутяжным поведением.

Ипохондрический бред связан с представлениями о собственных физических дефектах, дисфункции органов, о том, что больной является источником неприятных запахов. Пациенты настойчивы в обращениях к интернистам с просьбой о помощи. Чаще встречаются сюжеты преследования, ревности и величия, реже — ипохондрический и бред любовного очарования.

В клинической картине могут сосуществовать бредовые темы разного содержания. Бредовая система имеет разную степень сложности. Хотя изложение содержания бреда и представляется иногда многословным, обстоятельным и причудливым, формальные расстройства мышления обычно отсутствуют. Всегда есть риск суицидных тенденций и разрушительной агрессии, к бредовым переживаниям всегда отсутствует критика.

Началу расстройства обычно предшествует какая-то ситуация, сыгравшая роль пускового фактора. Более характерно острое развитие синдрома с нарастающей детализацией и систематизацией бреда. Около 2/3 больных сохраняют признаки расстройства пожизненно, у остальных в долговременном катамнезе обнаруживается послабление или исчезновение симптоматики. Эротоманический, ипохондрический и бред преследования имеют лучший прогноз по сравнению с бредом ревности и величия. С хорошим прогнозом коррелируют: высокий уровень социального приспособления, наличие провоцирующих факторов, женский пол, раннее и острое начало, малая длительность расстройства.

Диагноз ставится на основе соответствия состояния следующим критериям:

- наличие бреда или бредовой системы с нетипичными для шизофрении характеристиками (содержание хоть и весьма маловероятно, но в принципе возможно и не отражает представлений, неприемлемых в данной субкультуре);
- бредовые идеи должны сохраняться в течение не менее 3 месяцев;

- не выполняются критерии, общие для шизофрении;
- за исключением транзиторных, эпизодических слуховых обманов (не комментирующего содержания и не относящихся к больному в третьем лице), стойкие галлюцинации в любой сфере отсутствуют);
- могут наблюдаться депрессивные симптомы или даже депрессивный эпизод, однако бредовые идеи сохраняются после отзвучания аффективных проявлений;
- отсутствие первичного или вторичного органического поражения мозга или нарушения, вызванного психотропными средствами.

Дифференциальный диагноз. Отсутствие локальных мозговых нарушений помогает дифференцировать хроническое бредовое расстройство от бредовых синдромов при органических поражениях мозга. Бредовые синдромы на начальных этапах болезни Альцгеймера отличают признаки когнитивного дефицита. Данные анамнеза и лабораторные тесты используются для дифференцировки бредовых состояний при употреблении психоактивных веществ. При шизофрении бред имеет более причудливое, нелепое содержание, шире представлены галлюцинации, формальные расстройства мышления и признаки снижения личности, отсутствующие при хронических бредовых расстройствах.

Лечение. Показанием для госпитализации является риск суицидного или социально опасного поведения, угроза социальной дезадаптации и необходимость диагностического обследования. Больные обычно легко включают назначение лекарств в бредовую систему, что приводит к нарушению комплайенса, поэтому в случаях отсутствия психомоторного возбуждения целесообразно не настаивать на немедленной медикации, а дожидаться установления терапевтического контакта с больным. Антипсихотические средства, антидепрессанты, литий и карбамазепин являются препаратами выбора, однако вполне убедительных доказательств их эффективности при лечении хронических бредовых расстройств пока нет.

Аффективные расстройства

В настоящее время выделяют теории развития аффективных расстройств:

1. Теории утраты социальных контактов: психоаналитическая, бихевиористская и когнитивная.

2. Биохимические теории.

В настоящее время наибольшее признание имеет так называемая моноаминная гипотеза патогенеза депрессии. Она сводится к тому, что при эндогенной депрессии имеется дефицит в мозге норадреналина и (или) серотонина.

3. Генетическими причинами развития заболеваний может быть аномальный ген в 11 хромосоме, хотя существуют теории генетического разнообразия аффективных расстройств. Предполагается существование доминантной, рецессивной и полигенной форм расстройств.

4. Причиной аффективных расстройств может быть негативный (дистресс) и позитивный (эустресс) стрессы. Серии стрессов приводят к перенапряжению, а затем истощению адаптационных возможностей и развитию депрессии у конституционально предрасположенных личностей. К наиболее значимым стрессорам относят смерть супруга/супруги, ребенка, ссоры и утрата экономического статуса и т. д.

Маниакальный эпизод (F30)

Подтипы маниакального эпизода выделяются в зависимости от тяжести состояния и наличия или отсутствия психотических симптомов.

Мания без психотических симптомов (F30.1)

Повышенное настроение сказывается на невозможности удержаться в социуме (на работе, на учебе), речевой напор и повышение активности не контролируются пациентом. Повышается самооценка, и высказываются отдельные идеи собственной значимости и величия. Возникает субъективное ощущение легкости ассоциаций, повышена отвлекаемость, краски окружающего мира воспринимаются более яркими и контрастными, различаются более тонкие оттенки звуков. Ускоряется темп течения времени и значительно сокращается потребность во сне. Растет толерантность и потребление алкоголя, повышаются сексуальная энергия и аппетит, возникает тяга к путешествиям и приключениям. Он влюбляется и уверен в любви к себе всего мира. Собирая множество случайных людей, он устраивает праздники в долг.

Диагностика проводится на основании соответствия состояния следующим критериям:

1. Повышенное, экспансивное, раздражительное (гневливое) или подозрительное настроение, которое является необычным для данного индивидуума. Изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на протяжении недели.

2. Должны присутствовать минимум три из числа следующих симптомов (а если настроение только раздражительное, то четыре): повышение активности или физическое беспокойство — повышенная говорливость («речевой напор»); ускорение течения мыслей или субъективное ощущение «скачки идей»; снижение нормального социального контроля, приводящее к неадекватному поведению; сниженная потребность во сне; повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности); отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах; опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются, например кутежи, глупая предприимчивость, безрассудное управление автомобилем; заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.

3. Отсутствие галлюцинаций или бреда, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперacusия, восприятие красок как особенно ярких).

4. Критерий исключения: данный эпизод нельзя объяснить употреблением психоактивных веществ.

В терапии используют нормотимики и карбонат лития, который является препаратом выбора. При отсутствии эффекта возможен переход к приему карбамазепина.

Мания с психотическими симптомами (F30.2)

Выраженная мания с яркой скачкой идей и маниакальным возбуждением, к которой присоединяются вторичные бредовые идеи величия, высокого происхождения, гиперэротичности, ценности. Возможны галлюцинаторные оклики, подтверждающие значимость личности, или «голоса», говорящие пациенту об эмоционально нейтральных вещах, или бред значения и преследования.

Депрессивный эпизод (F32)

Клиника депрессивного эпизода состоит из депрессивного аффекта, который воспринимается больными качественно иначе, чем нормально-психологическое состояние печали.

Примерно 2/3 больных помышляют о самоубийстве и 10–15 % совершают суицидную попытку, иногда — импульсивную (*raptus melancholicus*). Классически доминирующий аффект — грусть, однако он может описываться и как чувство пустоты, скуки или нервозности. Более типична психомоторная заторможенность, ажитация наблюдается в более тяжелых состояниях или у больных старшего возраста, при этом больные часто мечутся из угла в угол по комнате, заламывая руки, рвут на себе волосы. Классическая внешность депрессивного больного — сторбленность, опущенная голова, безучастный взор, отсутствие спонтанных движений; в постели — эмбриональная поза. Речевой объем снижен, ответы односложны, с задержкой, содержание их обеднено или отмечается тенденция к обстоятельности. Пациенты часто жалуются на неспособность плакать — симптом, который проходит по мере улучшения состояния.

Разнообразны нарушения сна, они проявляются в нарушении засыпания, прерывистом сне с тягостными мыслями при пробуждениях, дезорганизации ритма сна/бодрствования. Суточные колебания настроения представлены не менее чем у половины больных, чаще усиление депрессии происходит в утренние часы со смягчением ее к вечеру, в более тяжелых случаях — наоборот. Для тяжелых состояний характерны пробуждения под утро с невозможностью далее заснуть. В некоторых случаях, однако, наблюдается повышение аппетита и гиперсомния.

Нередко это жалобы на запоры, головные боли, артериальную гипертензию, гастроинтестинальные нарушения, диабет, сердечно-сосудистую патологию; часты нарушения менструального цикла.

Конгруэнтными основному аффекту психотическими проявлениями считаются идеи вины, греховности, малоценности, бедности, преследования, ущерба, наличия смертельных соматических заболеваний; слуховые галлюцинации насмешливого или порицающего содержания. Типичны размышле-

ния об утрате, собственной виновности, суициде, смерти. Снижение аппетита может мотивироваться утратой вкуса пищи. У подростков депрессия кроме этого может проявляться в повышенной зависимости от родителей, фобии школы или наркотизации, асоциальном поведении, побегам из дома.

В зависимости от количества и интенсивности симптомов, выделяют следующие варианты депрессивных эпизодов: *легкий (F32.0), умеренный (F32.1), тяжелый без психотических симптомов (F32.2) и тяжелый с психотическими симптомами (F32.3).*

Лечение

Показаниями для стационарного ведения депрессивных больных являются: риск суицидального поведения, необходимость проведения диагностических процедур, резкое снижение способности к самообслуживанию, быстрое прогрессирование симптоматики.

Применение современных методов биологической терапии позволяет добиться положительного эффекта в 60–70 % всех случаев острых депрессивных эпизодов. Пациент должен знать, что лечебный эффект антидепрессанта отставлен и наступает через 1–3 недели от начала приема. Больного следует подготовить к появлению побочных действий лекарства и по возможности психотерапевтически использовать их появление как доказательство действия препарата. В ожидании характера эффекта больным следует сообщать о том, что первыми устраняются нарушения сна и аппетита, затем уходит адинамия и лишь в последнюю очередь — меланхолический компонент синдрома. Для врача крайне важно то, что терапевтическое возвращение прежнего уровня энергии обычно происходит на фоне сохраняющейся меланхолической безнадежности, существенно повышая риск суицида. При выборе антидепрессанта полезны анамнестические сведения о положительной или отрицательной реакции на отдельные препараты в прошлом.

Хотя основой лечения эндогенных аффективных расстройств являются биологические методы, пренебрежение параллельно проводимой психотерапевтической программой недопустимо, т. к. в этом случае врач лишается возможности добиться большей результативности, чем при использовании одних только лекарств. В ряде случаев реакция на психосоциальные стрессы, при отсутствии ее коррекции, может свести на нет результаты медикаментозного лечения. Разумными целями психотерапии являются просвещение о рекуррентной природе заболевания, выработка правильного отношения к лекарственной терапии.

Биполярное аффективное расстройство (F31)

Клиника. Первым приступом чаще является депрессия (в 75 % у женщин и в 67 % у мужчин). Интервал до наступления после этого маниакальной или депрессивной фазы может достигать до нескольких лет, но обычно длится не более одного-двух. В большинстве случаев приступы сменяют один другой. Только в 10–20 % наблюдаются одни маниакальные

эпизоды. При этом обозначение «биполярное» расстройство сохраняется, т. к. чистая мания обнаруживает сходство с биполярным расстройством в течении, наследственной отягощенности и реакции на лечение.

Маниакальные эпизоды развиваются в течение часов или дней, реже в течение нескольких недель; на начальных этапах расстройства заметна роль психосоциальных пусковых факторов. В долекарственную пору маниакальный эпизод длился в среднем 3–4 месяца, депрессия — около года. В настоящее время при лечении депрессивный эпизод длится около 4–6 месяцев, отмена антидепрессантов до истечения этого срока, как правило, вызывает возвращение симптомов. У каждого пятого больного депрессия затягивается примерно до 2 лет. По мере прогрессирования заболевания фазы становятся более частыми, длительность промежутка между ними через 5–6 эпизодов устанавливается в 6–9 месяцев, сменяясь в дальнейшем тенденцией к их урежению, так что в среднем за всю продолжительность жизни больной переносит 7–9 фаз.

Диагностика проводится на основании выявления повторных эпизодов мании или депрессии. При этом оценивают текущий эпизод.

В лечении выделяют терапию эпизодов мании, депрессии и профилактику приступов. В качестве поддерживающей терапии используют нормотимики: препараты вальеровой кислоты, карбамазепин и карбонат лития.

Рекуррентное депрессивное расстройство (F33)

Клиника. У больных в преморбиде обычно не выявляются характерные типы личности. Течение характеризуется цикличностью с восстановлением психического здоровья в ремиссиях. Второй эпизод наступает в 75–80 % случаев в течение 4–6 месяцев после первого. В ходе заболевания обозначается тенденция к учащению эпизодов и их удлинению. На протяжении 20-летнего катамнестического наблюдения в среднем отмечается 5–6 приступов. Риск рецидивирования увеличивают: злоупотребление психоактивными веществами, симптомы тревоги, позднее начало заболевания. Наиболее злобщим предиктором рецидивирования является т. н. двойная депрессия, когда депрессивный эпизод возникает на фоне дистимии. Половина больных имеет в разной степени выраженное снижение социальной адаптации.

Лечение проводится антидепрессантами, ЭСТ, нормотимиками, при наличии психотической симптоматики используют нейролептики. В легких случаях и во время ремиссии возможно использование психотерапии. Поддерживающая терапия — нормотимики.

Суицидальное поведение — аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явным или скрытым намерением смерти.

С точки зрения клинической практики суицидальное поведение принято подразделять на **внутренние** и **внешние** формы.

Внутренние формы:

- ***Антивитаальные переживания*** — размышления об отсутствии ценности жизни без четких представлений о своей смерти.

- ***Пассивные суицидальные мысли*** — фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни.

- ***Суицидальные замыслы*** — разработка плана суицида.

- ***Суицидальные намерения*** — решение к выполнению плана.

Внешние формы:

- ***Самоубийство (суицид)*** — намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.

- ***Суицидальная попытка (парасуицид)*** — не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий.

- ***Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид)*** — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения внешними обстоятельствами (например, вмешательство посторонних предотвратило физическое повреждение: человека «сняли» с рельсов до прохода поезда, прервали акт самоповешения и т. п.).

- ***Абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид)*** — акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения непосредственно самим субъектом.

Тема № 5

Невротические расстройства. Расстройства зрелой личности

Невротические расстройства

Исторически достаточно полным считается определение невротозов, отражавшее взгляды советской психиатрии, которое дал В. А. Гиляровский: *«Невротозы — это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных взаимоотношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к активной переработке и компенсации»*.

В этом определении подчеркиваются основные критерии выделения невротических расстройств: психогенный фактор, как причина, вегетосоматические проявления, особенности личности.

Более современно определение понятия «невроз» звучит как «собирательное название для группы функциональных психогенных обратимых расстройств, характеризующихся астеническими, навязчивыми и/или истерическими проявлениями, а также снижением умственной и физической работоспособности».

Основные этиопатогенетические факторы развития невротозов

Основной причиной возникновения невротических реакций является действие психотравмирующих раздражителей, определяющееся той информацией, которую они несут. Для возникновения невроза большое значение имеет целый ряд факторов. Это и врожденные типологические свойства нервной системы, и состояние ее к моменту действия психической травмы (например, астенизация под действием экзогенных вредностей). Также взгляды, установки личности, возникшие в процессе ее формирования, определяющие ее отношение к тем или иным событиям внешней среды — основа характера. Важны также способность к критической оценке воспринимаемого, позволяющая определить «стратегию поведения» в сложной ситуации, умение преодолевать жизненные трудности, находить выход из затруднительного положения.

Таким образом, этиопатогенез невротических расстройств определяется следующими факторами:

Генетические — это, в первую очередь, конституциональные особенности психологической склонности к невротическому реагированию и особенности вегетативной нервной системы. Первые доказаны на основании результатов выполнения психологических тестов (степень нейротизма), вторые определением тенденции вегетативной нервной системы реагировать на стрессовые воздействия. По данным авторов, полная конкордантность определяется у 40 % монозиготных близнецов и у 15 % дизиготных близнецов.

Особенности раннего детского развития. Исследования, проводившиеся в этой области не доказали однозначного влияния, однако невротические

черты и наличие невротических синдромов в детском возрасте свидетельствует о недостаточно устойчивой психике и об отставании в созревании. Особое значение влиянию психических травм раннего детства на формирование невротических расстройств уделяют психоаналитические теории.

Особенности личности. Особенности отношений в родительской семье способны формировать систему отношений человека, которые впоследствии становятся почвой для развития невротических расстройств. Вообще, значение личности, в каждом случае как бы обратно пропорционально степени тяжести стрессовых событий в момент начала расстройства. Так, у психологически здоровой личности невротическое расстройство развивается только после серьезных стрессовых событий, например, невроты военного времени.

Классификация невротических расстройств:

Современная классификация психических расстройств (МКБ–10, класс V) выделила отдельную рубрику — F4 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства». Таким образом, группа условно разделена на 3 подгруппы:

1. Собственно невротические расстройства — в этиопатогенезе которых особо важную роль играют особенности характера и внутриличностные конфликты, которые до момента воздействия стрессового фактора обычно не причиняют субъективного беспокойства и позволяют человеку чувствовать себя здоровым и «нормальным».

2. Связанные со стрессом расстройства — причинным фактором при их развитии являются стрессовые факторы как катастрофические, патогенные практически для любого человека, так и личностно важные.

3. Соматоформные расстройства — в клинике которых преобладают соматические жалобы в сочетании с убежденностью в наличии соматических причин для страдания и озабоченностью состоянием здоровья. Психологические причины страдания обычно игнорируются, отрицаются, а психопатологические проявления минимальны.

Острая реакция на стресс (F 43.0)

Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование).

Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку. Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покрас-

нение). Обычно симптомы развиваются в течение минут после воздействия стрессового раздражителя или события и исчезают в течение двух-трех дней (часто часов). Если симптоматика сохраняется, то встает вопрос об изменении диагноза (и ведения больного).

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)

Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других людей, пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления).

Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний, снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной приглушенности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно индивидуум боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме. Обычно имеет место состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей. С вышеперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, нередкой является суицидальная реакция, осложняющим фактором может быть избыточное употребление алкоголя или наркотиков.

Начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев). Течение волнообразно, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровление. В небольшой части случаев состояние может обнаруживать хроническое течение на протяжении многих лет и переход в хроническое изменение личности.

Расстройства адаптации (F43.2)

Эта категория расстройств в период адаптации к значительному изменению социального статуса (потеря близких или длительная разлука с ними, положение беженца и тому подобное) или стрессовому жизненному событию (в том числе – серьезное физическое заболевание).

Обязательным является доказательная временная связь между стрессором и возникшим расстройством (не более трех месяцев от начала действия стрессора) с наличием симптомов:

- депрессивное настроение, тревога, беспокойство;
- чувство неспособности справиться с ситуацией, приспособиться к ней;
- некоторое снижение продуктивности в повседневных делах;
- склонность к драматическому поведению, вспышки агрессии.

Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)

Эпидемиология. Генерализованным тревожным расстройством страдает 2–5 % населения. Женщины преобладают в амбулаторной практике в соотношении 2:1, у них расстройство чаще связано с хроническим средовым стрессом; в стационаре разница в представленности между мужчинами и женщинами стирается. Начало заболевания приходится на возраст в 20–30 лет, хотя возможно и более позднее возникновение.

Клиника. Стойкая тревога характеризуется проявлениями внутреннего напряжения и рядом неспецифических симптомов. Характерны постоянная внутренняя дрожь, повышенная пугливость, частое мочеиспускание, поносы. Пациенты проявляют повышенную озабоченность обычными повседневными делами, везде предвосхищая наихудший исход событий. Раздражительность и нетерпеливость постоянно сопровождают повышенные бодрствование и поисковую активность.

К психиатру обращается лишь около трети больных; остальные ищут помощи у интернистов. Часто они вообще не могут припомнить периода в своей жизни, когда были вполне спокойны. Заболевание является хроническим и может длиться в течение всей жизни; примерно у 25 % больных оно может переходить в паническое расстройство.

Диагноз. Генерализованное тревожное расстройство диагностируется при соответствии состояния следующим признакам:

- в течение не менее 6 месяцев преобладает внутреннее напряжение, повышенные озабоченность и опасения относительно повседневных событий и проблем;
- мышечное напряжение, острые и хронические мышечные боли, беспокойство и неспособность расслабиться, чувство взвинченности, нервозности и психического напряжения, чувство кома в горле или затруднения при глотании, (другие неспецифические симптомы), чрезмерные реакции на неожиданные ситуации, пугливость, трудности сосредоточения, чувство пустоты в голове в связи с озабоченностью или тревогой, стойкая раздражительность, трудности засыпания в связи с озабоченностью;
- состояние невозможно также объяснить наличием органического нарушения (гипертиреоз) или нарушения, связанного с употреблением психоактивного вещества (злоупотребление амфетаминами или синдром отмены бензодиазепиновых препаратов).

Лечение. Применяются две альтернативные стратегии:

1. Используется быстродействующий препарат (бензодиазепин) для приема лишь в моменты особенно острых, по определению больного, проявлений тревоги.

2. Постоянная доза препарата (антидепрессант) назначается в течение ограниченного периода времени проведения психотерапевтических и психосоциальных лечебных мероприятий.

Успешными зарекомендовали себя некоторые психосоциальные подходы в сочетании с лекарственной терапией. При наличии очерченных опасений показана прогрессивная релаксация в сочетании с когнитивно-поведенческими методами, или кратковременная раскрывающая психодинамическая психотерапия.

Агорафобия (F40.0)

Этиология. Тревожно-фобические расстройства имеют под собой серьезную генетическую основу. Больные агорафобией имеют около 20 % родственников с этим же расстройством. Конкордантность составляет 50 % у однояйцевых и 15 % — у разнойяйцевых близнецов.

Клиника. Чаще расстройство начинается с панического приступа, который клинически проявляется вегетативным кризом смешанного типа. На высоте тревоги больные обычно опасаются, что умрут от остановки сердца или удушья, или что сходят с ума. Состояние сопровождается сердцебиением, выраженной бледностью кожных покровов (возможен акроцианоз на фоне гипервентиляции), чувство «пустоты» в желудке, давления в голове, тремор в пальцах, могут подкашиваться ноги, возникает ощущение измененности всего вокруг. Пациенты вызывают скорую помощь, требуют проведения диагностических обследований.

В последующем, после серии панических эпизодов формируется страх повторения приступа, сопровождаемый типичным для агорафобии избеганием ситуаций, где больному не могла бы быть быстро оказана помощь в случае приступа. Больной опасается остаться один дома или быть вне дома без сопровождения близкого лица, оказаться в местах, откуда трудно быстро выбраться.

Критериями для диагностики агорафобии являются:

- выраженный и стойкий страх или избегание по меньшей мере двух из следующих ситуаций — людские толпы, общественные места, самостоятельные поездки, поездки на дальние расстояния от дома;
- во время приступа в угрожающих для больного ситуациях появляются симптомы, не обусловленные соматическими заболеваниями: а) усиленное сердцебиение или тахикардия, б) профузное потоотделение, в) тремор, г) сухость во рту не как следствие медикации или жажды; д) одышка, е) чувство удушья, ж) боли или неприятные ощущения в груди, з) тошнота или чувство желудочно-кишечного дискомфорта; и) головокружение, слабость и неуверенность при ходьбе, к) симптомы дереализации и деперсонализации, л) страх потерять над собой контроль, сойти с ума, м) страх умереть; н) приливы жара или холода;
- отчетливый эмоциональный дискомфорт вследствие симптомов тревоги и избегающего поведения, которое осознается больным как нерациональное и неадекватное;
- состояние не соответствует критериям органического, шизофренического, аффективного или обсессивно-компульсивного расстройства, а также специфическим культуральным воззрениям.

Наличие или отсутствие панического расстройства кодируется как F40.00 (агорафобия без панического расстройства) и F40.01 (агорафобия с паническим расстройством).

Лечение. Отдельные случаи агорафобии без панического расстройства в принципе курабельны одними лишь поведенческими методами психотерапии. Основными препаратами, используемыми для контроля панических эпизодов, являются антидепрессанты. Бензодиазепины неэффективны в лечении панических приступов, за исключением высокопотентных бензодиазепинов — альпразолама (ксанакс) и клоназепама короткими курсами.

Поведенческие методы включают тренировку дыхания, предотвращающего гипервентиляцию, разного рода техники повышения устойчивости в сочетании с мышечной релаксацией или медитацией, способствующими снижению тревоги. Эффект психотерапии значительно повышается при проведении ее в группах, когда больные агорафобией, после тренинга с воображаемыми ситуациями, вначале в сопровождении терапевта, совершают совместные поездки, оказываясь в реальных фобогенных ситуациях.

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)

Эпидемиология. Синдром считается достаточно редким, заболеваемость населения составляет 0,05 %. Пациентов отличает более высокий, чем в населении в целом, уровень интеллекта, они чаще одиноки, по характеру педантичны, ригидны и чрезмерно аккуратны.

Этиология. Конкордантность по обсессивным проявлениям у однояйцевых близнецов значимо выше, чем у разнойцевых. Прямые родственники больных имеют повышенную психиатрическую заболеваемость по сравнению с населением в целом, включая обсессивные нарушения (3–7 %) и депрессию.

Клиника. Основным симптоматическим проявлением являются навязчивости (непроизвольно повторяющиеся мысли, образы, влечения) и стереотипное компульсивное поведение, которые могут наблюдаться раздельно или одновременно.

Обсессивные мысли — идеи, образы и влечения, повторяющиеся в стереотипной форме, носящие субъективно тягостный характер.

Компульсивные действия или ритуалы — повторяющиеся стереотипные поступки, смысл которых заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий, приносящих вред в отношении больного или со стороны больного, однако обычно воспринимаются больным как бесплодные и бессмысленные.

Выделяют основные симптоматические группы обсессивных расстройств:

1. Озабоченность возможным загрязнением, обычно физиологическими выделениями, но также разносчиками заразы и грязью вообще, сопровождаемая избеганием соприкосновения с «опасными» объектами и многочасовым защитным мытьем, доходящим до стирания кожи рук. Мытье

рук встречается у половины всех обсессивных больных. В этой группе преобладают женщины.

2. Навязчивые сомнения, сопровождаемые многократной компульсивной проверкой (например, выключен ли газ, свет). Больные постоянно озабочены тем, что забыли что-то сделать или, возможно, сделали что-то не так. Часто наблюдаются навязчивый счет, повторения, педантичность, стремление добиться в чем-либо полноты, совершенства, симметричности и точности расположения предметов.

3. Навязчивая медлительность и нерешительность, в которой сплав обсессивных и компульсивных компонентов является тяжким препятствием любой повседневной деятельности больного, растягивая на часы одевание, прием пищи, бритье и т. д. В этой группе преобладают мужчины.

Диагноз. Обсессивно-компульсивное расстройство диагностируется при соответствии состояния следующим критериям:

- навязчивые мысли и/или действия, наблюдающиеся практически постоянно в течение не менее 2 недель;
- навязчивые идеи, представления и действия характеризуются следующими общими признаками: они воспринимаются больными как собственные и не навязанные извне; они постоянно повторяются и по меньшей мере одна навязчивая мысль или одно навязчивое действие признаются чрезмерными или бессмысленными, больные пытаются им противодействовать, хотя в некоторых случаях и в весьма слабой степени;
- больные субъективно страдают от навязчивых мыслей и действий или в результате obsessions (главным образом в результате большого расхода времени на выполнение навязчивостей), объективно снижен уровень их социального приспособления;
- состояние не соответствует признакам шизофрении (F2) или аффективного расстройства (F3).

Лечение. Препаратом первого выбора в лечении обсессивного расстройства является антидепрессант кломипрамин (анафранил). Положительный эффект отмечен также при применении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флувоксамин, флуоксетин, сертралин) в дозах, близких к максимальным.

Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3)

Для постановки диагноза состояние должно соответствовать следующим критериям:

1. Повторяющееся возникновение у больного физических симптомов в сочетании с требованием медицинского обследования, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия физической болезни как основы данных расстройств.

2. Негативное отношение больного к попыткам объяснить данные расстройства психологическими причинами.

3. Элементы демонстративности в поведении, направленные на привлечение внимания, напористый и драматический характер предъявления жалоб.

4. Расстройства не носят характер ипохондрического бреда и не поддаются коррекции.

5. Наличие не менее двух из следующих симптомов в виде объективных признаков вегетативного возбуждения: усиленные сердцебиения, эпизоды потливости, сухость во рту, прилив жара или покраснение, чувство давления в эпигастрии, перемещения в животе, тремор.

Лечение обычно комплексное, включает:

- психотерапию, направленную на установление психологической связи симптомов и стрессов, а также контроль над ощущениями (аутогенная тренировка, нервно-мышечная релаксация);
- медикаментозную терапию вегетокорректорами, «точечным» назначением бензодиазепинов, курсами — антидепрессантов (как трициклических, так и ингибиторов обратного захвата серотонина);
- физиотерапевтическое лечение для стабилизации вегетативной дисфункции.

Течение часто хроническое, рецидивирующее, требующее проведения повторных курсов терапии.

Расстройство зрелой личности (F60)

Согласно определению ВОЗ (1994 г.): «Личность — способ восприятия, мышления, реагирования и поведения, который характеризует уникальный образ жизни и вариант адаптации индивидуума и определяется конституционными факторами, особенностями развития и социального опыта».

Факторы, влияющие на формирование личности:

- генетические особенности, наследственность;
- физическое окружение (объективная реальность);
- религиозно-культурные особенности;
- социальное окружение;
- накопление индивидуального опыта.

Под **расстройством личности** в международных и американских классификациях подразумеваются выраженные и устойчивые нарушения характера и поведения, которые препятствуют социальной адаптации.

Общие диагностические критерии:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; в разных культуральных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;

е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности;

ж) изменения поведения не связаны и не возникают вследствие перенесенного психического расстройства (заболевания) или поражения головного мозга.

Параноидное (параноическое) расстройство личности (F60.0)

Личностное расстройство характеризуют:

а) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;

б) тенденция постоянно быть недовольным кем-то, т. е. отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока;

в) подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или презрительных;

г) воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;

д) возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или полового партнера;

е) тенденция к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет;

ж) охваченность несущественными "законспирированными" толкованиями событий, происходящих с данной личностью или, по большому счету, в мире.

Шизоидное расстройство личности (F60.1)

Расстройство личности, удовлетворяющее следующему описанию:

а) мало что доставляет удовольствие и вообще ничто;

б) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;

в) неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;

г) слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику;

д) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст);

е) повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией;

ж) почти неизменное предпочтение уединенной деятельности;

з) заметная нечуткость к превалирующим социальным нормам и условиям;

и) отсутствие близких друзей или доверительных связей (или существование лишь одной) и желания иметь такие связи.

Диссоциальное расстройство личности (F60.2)

Личностное расстройство, обычно обращающее на себя внимание грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами, характеризующееся следующим:

- а) бессердечное равнодушие к чувствам других;
- б) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями;
- в) неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;
- г) крайне низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие;
- д) неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;
- е) выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3)

Расстройство личности, при котором имеется ярко выраженная тенденция действовать импульсивно, без учета последствий, наряду с неустойчивостью настроения. Способность планирования минимальна; вспышки интенсивного гневливого аффекта часто приводят к насилию, либо «поведенческим взрывам», они легко провоцируются, когда импульсивные акты осуждаются окружающими, либо им препятствуют. Выделяются две разновидности этого личностного расстройства, и при обеих присутствует общая основа импульсивности и отсутствия самоконтроля.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (F60.30)

Преобладающими характеристиками являются эмоциональная неустойчивость и отсутствие контроля импульсивности. Вспышки жестокости и угрожающего поведения обычны, особенно в ответ на осуждение окружающими.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (F60.31)

Имеются некоторые характеристики эмоциональной неустойчивости, а кроме того, образ Я, намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) часто непонятны или нарушены (характерно хроническое чувство опустошенности). Склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения (хотя все это может также иметь место без явных провоцирующих факторов).

Истерическое расстройство личности (F60.4)

Расстройство личности, характеризующееся:

- а) самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций;
- б) внушаемостью, легким влиянием окружающих или обстоятельств;
- в) поверхностностью и лабильностью эмоциональности;
- г) постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой пациент находится в центре внимания;
- д) неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении;
- е) чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью.

Дополнительные черты могут включать эгоцентричность, потворство по отношению к себе, постоянное желание быть признанным, легкость обиды и постоянное манипулятивное поведение для удовлетворения своих потребностей.

Ананкастное расстройство личности (F60.5)

Расстройство личности, которое характеризуют:

- а) чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;
- б) озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;
- в) перфекционизм (стремление к совершенству), препятствующий завершению задач;
- г) чрезмерная добросовестность, скрупулезность и неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- д) повышенная педантичность и приверженность социальным условиям;
- е) ригидность и упрямство;
- ж) необоснованные настойчивые требования того, чтобы другие все делали в точности как и он сам, или неблагоприятное нежелание позволять выполнять что-либо другим людям;
- з) появление настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности (F60.6x)

Расстройство личности, характеризующееся:

- а) постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями;
- б) представления о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;
- в) повышенная озабоченность критикой в свой адрес или непринятием в социальных ситуациях;
- г) нежелание вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться;
- д) ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;

е) уклонение от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критicismа, неодобрения или отвержения.

Дополнительные признаки могут включать гиперсенситивность в отношении отвержения и критики.

Расстройство типа зависимой личности (F60.7)

Расстройство личности характеризуют:

а) стремление переложить на других большую часть важных решений в своей жизни;

б) подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит пациент и неадекватная податливость их желаниям;

в) нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости;

г) чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;

д) страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе;

е) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны других лиц.

Дополнительные признаки могут включать представления о себе как о беспомощном, некомпетентном человеке, не обладающем жизнестойкостью.

Другие специфические расстройства личности (F60.8)

Расстройство личности, которое не соответствует ни одной из специфических рубрик F60.0–F60.7.

Включаются: *эксцентричное расстройство личности; расторможенное расстройство личности; инфантильное расстройство личности; пассивно-агрессивное расстройство личности и т. д.*

Тема № 6

Органические психические расстройства. Умственная отсталость

Органические, включая симптоматические психические расстройства (F00–F09)

Эта категория включает различные состояния, причинно связанные с дисфункцией мозга вследствие первичного церебрального заболевания, системного заболевания вторично поражающего мозг, эндокринных расстройств и в связи с некоторыми экзогенными токсическими веществами (исключая алкоголь и наркотические препараты, классифицированные в F10-F19) или гормонами.

Решение классифицировать клинические синдромы в этой категории поддерживается следующими диагностическими критериями:

- наличие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга или системного физического заболевания, которое определено связано с одним из упомянутых синдромов;
- взаимосвязь во времени (недели или несколько месяцев) между развитием основного заболевания и началом развития психического синдрома;
- выздоровление от психического расстройства вслед за устранением или излечением предполагаемого основного заболевания;
- отсутствие предположительных данных об иной причине психического синдрома (такой как выраженная семейная отягощенность или провоцирующий стресс).

К наиболее часто встречающимся расстройствам этой группы в практике врача относятся: *органический галлюциноз, органические расстройства настроения, тревожное расстройство, органическое астеническое расстройство.*

Органический галлюциноз (F06.0)

Данное расстройство характеризуется постоянными или рецидивирующими галлюцинациями, чаще зрительными или слуховыми, которые появляются при ясном сознании. Больной может распознавать их как галлюцинации или давать им иное объяснение. Иногда развивается бредовая интерпретация галлюцинаций, но бред никогда не доминирует в клинической картине, у больного может сохраняться критическое отношение к своему состоянию. В зависимости от вида галлюцинаций выделяют вербальный, зрительный, тактильный и обонятельный галлюциноз. У людей пожилого возраста чаще встречаются галлюцинации, которые носят хронический характер, они возникают на фоне основного заболевания. Это может быть монолог, диалог, либо «хор голосов». По содержанию может быть моно- и политематическим, например, брань, насмешки. Располага-

ются в пределах досягаемости анализатора. При длительном существовании постепенно содержание становится стереотипным, эмоциональное возбуждение проходит, поведение становится упорядоченным, нередко даже возникает критическое отношение к галлюцинациям, хронический галлюциноз сосуществует с обычной психической деятельностью.

Терапия зависит от основного заболевания. Для купирования галлюцинаторных переживаний используют нейролептические препараты. Предпочтительнее использовать атипичные нейролептики.

Органические расстройства настроения (F06.3)

Сюда относят органическое маниакальное расстройство, депрессивное расстройство, органическое биполярное расстройство.

Помимо симптомов расстройства настроения удовлетворяются общие критерии F 0.

Депрессия, как синдром и как самостоятельное расстройство

В настоящее время депрессии не являются неотъемлемыми спутниками старости. Наиболее часто депрессивные реакции проявляются в связи с отчетливо ощущаемыми типичными возрастными изменениями. Сюда относят боязнь потери самостоятельности, одиночество, потерю друзей, смерть супруга, перемена места жительства, уход на пенсию. Депрессивная симптоматика в позднем возрасте часто носит стертый (так называемые ларвированные депрессии) или атипичный характер. Больные пожилого возраста более внимательно относятся к своему здоровью, чем молодые, поэтому изначально присутствует ипохондрическая направленность. При развитии депрессивной симптоматики ипохондрические идеи могут достигать уровня сверхценных идей. Дополнительное психическое напряжение (например, смерть супруга) может способствовать появлению тревожной, сомато-вегетативной или тревожно-бредовой симптоматики с подозрительностью, идеями отношения, вины, ущерба, обнищания.

Терапия направлена, прежде всего, на соответствующее органическое заболевание. Лечение депрессивного синдрома носит в основном симптоматический характер и включает назначение антидепрессантов.

Маниакальный синдром и расстройство

Маниакальное расстройство органической природы протекает с клиникой, аналогичной маниакальному эпизоду. В клинике дополнительно появляются когнитивные нарушения, дурашливость, истощаемость, огрубение потребностей и снижение высших эмоций (стыд, совесть). Лечение предполагает использование психофармакологических средства, применяемых для лечения маниакальных состояний: стабилизаторы настроения (нормотимики); атипичные нейролептики — клозапин, оланзапин, рисперидон.

Органическое тревожное расстройство

У пожилых людей тревога и паника часто встречается при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, при сосудистой патологии головного

мозга, при нарушениях эндокринной системы. Данное расстройство характеризуется различным течением, часто процесс становится хроническим, либо рецидивирующим. Основной чертой является тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер, но не ограничивается какими-либо определенными ситуациями.

Как и при других тревожных расстройствах, основные жалобы больных на чувство дрожи и спазма, неприятные ощущения локализуются в эпигастральной области, области пупка, сжимающие боли в области головы, тремор рук и ног, тахикардия и повышение артериального давления, частое дыхание, сухость во рту, бледность кожных покровов. Часто выражаются страхи, что больной или его родственник скоро заболеют или с ними произойдет несчастный случай, высказываются также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия. Больше страдают женщины.

Терапия направлена на основное заболевание, прием транквилизаторов с анксиолитическим эффектом. Предпочтение отдается антидепрессантам с седативным компонентом (ладисан, амитриптилин, миансерин) и нейролептикам.

Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6)

Астения — это наиболее часто встречающийся симптомокомплекс, который наблюдается при различных психических и соматических заболеваниях.

Развитие синдрома протекает в несколько этапов.

На инициальном этапе преобладает вспыльчивость, внутреннее напряжение, неспособность сдерживаться; слезы сопровождают как радостные, так и горестные события. Трудно переносятся громкие звуки и яркий свет.

Далее в равной степени у больного выявляются признаки как раздражительной нетерпимости, так и симптомы повышенной утомляемости, снижения умственной и физической работоспособности.

На *третьем этапе* возникает собственно астения — доминирует чувство слабости, бессилия, утомляемость может достигать уровня непродуктивности в интеллектуальной деятельности. Астения часто включает вегетативные изменения. Это, прежде всего, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: колебания давления, пульса, боли в области сердца, легкость покраснения кожных покровов, ощущение чувства жара или зябкости, усиленная потливость. Больные так же жалуются на боли по ходу кишечника, диспепсические явления, снижение аппетита, спастические запоры. Нередки головные боли, различные по локализации и силе. Отсутствует чувство сна, больные жалуются, что не могут заснуть, просыпаются по ночам, сонливы днем. При выздоровлении процесс идет по обратному пути.

Этиопатогенетическая терапия заключается в лечении основного заболевания. Для симптоматического лечения назначают ноотропы, неспецифические стимуляторы, витамины.

Деменция (F00–F03)

Деменция — синдром приобретенного снижения интеллекта. Под ним чаще понимают состояние, характеризующееся деградацией всей психической деятельности. При его развитии, прежде всего, поражается память, творческое мышление, затем нарушается способность к абстрактным суждениям и, в итоге, оказывается невозможным выполнение простых задач. Человек перестает ориентироваться во времени, пространстве, в тяжелых случаях, в собственной личности. Сознание при этом не страдает. Становится невозможным обучение и понимание, беднеет язык, разрушается речь и способность к счету. Вышеперечисленным изменениям сопутствуют перемены в эмоционально-волевой сфере — появляется эмоциональная лабильность, раздражительность, нарушается социальная адаптация, существенно страдает мотивация.

По степени тяжести выделяют:

1. Деменцию с наличием критики к имеющимся расстройствам (легкая степень тяжести).
2. Деменцию с отсутствием критики (средняя степень тяжести).
3. Деменцию с распадом ядра личности (тяжелая степень).

В клинической картине могут присутствовать дополнительные симптомы: преимущественно бредовые, галлюцинаторные, депрессивные и смешанные.

Для установления диагноза необходимо чтобы данная симптоматика стойко присутствовала или прогрессировала не менее 6 месяцев и соответствовала критериям МКБ–10:

1. Ухудшение памяти, наиболее заметное в области усвоения новой информации, хотя в более тяжелых случаях может нарушаться и воспроизведение ранее усвоенной информации. Расстройство касается как вербального, так и невербального материала. Снижение памяти должно подтверждаться объективно надежным анамнезом и, по возможности, дополняться данными нейропсихологического тестирования или количественной оценки когнитивных способностей.

2. Снижение эмоционального контроля или мотивации, или изменение социального поведения, проявляющееся минимум одним из следующих признаков: эмоциональная лабильность, раздражительность, апатия, огрубение социального поведения.

Синдром деменции встречается при многих заболеваниях, которые оказывают воздействие на головной мозг; он имеет хронический или прогрессирующий характер течения. Синдром приобретает специфические черты в зависимости от характера патологического процесса, лежащего в основе ее формирования.

Существует большая группа заболеваний, при которых деменция является закономерным итогом патологического процесса — это болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, Паркинсона, хорея Гентингтона и другие.

А такие расстройства, как болезнь Вильсона, гиперкальциемия, приобретенный гипотиреоз, дефицит В12 и никотиновой кислоты, церебральный липидоз, эпилепсия, сахарный диабет, сосудистые нарушения (атеросклероз, артериальная гипертензия) и другие могут включать дементный синдром.

При проведении медикаментозного лечения необходимо учитывать возраст больных, стадию и характер патологического процесса. Лечение на поздних этапах чаще носит симптоматический характер. Эффективными для лечения возбуждения, а также спутанности и бредовых синдромов являются нейролептические препараты (лучше атипичные), в малых дозах, так как при высоких быстро развивается вторичный паркинсонизм.

Бывают ситуации, когда родственники не могут организовать надлежащий уход, в этом случае существует возможность помещения в специализированные дома-интернаты.

Сосудистая деменция (F01) — состояние, развивающееся вследствие деструктивного поражения головного мозга, вызванного нарушениями мозгового кровообращения. Наиболее частой причиной являются атеросклероз сосудов головного мозга и артериальная гипертензия.

Терапия сосудистой деменции состоит из двух компонентов:

1. Лечение сосудистого заболевания, которое вызвала данную симптоматику.

2. Симптоматическая терапия сопутствующих психопатологических расстройств, а также борьба с когнитивным дефицитом.

Психопатологические нарушения лечатся с помощью нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов — в зависимости от нарушений (сосудистый делирий, бредовые, галлюцинаторные или депрессивные). Так как чувствительность к перечисленным группам препаратов повышена необходимо применять минимальные дозы.

Первично-дегенеративные заболевания головного мозга

Болезнь Альцгеймера (БА) — наиболее распространенная форма первичных деменций позднего возраста, характеризующаяся постепенным малозаметным началом в пресенильном или сенильном возрасте, неуклонным прогрессированием расстройств высших корковых функций и памяти вплоть до тотального распада интеллекта и психической деятельности в целом. Согласно эпидемиологическим данным, в целом в популяции старше 65 лет 5 % лиц страдают проявлениями деменции (старше 85 лет — 25 %). В большинстве случаев (85 %) БА начинается в возрасте 45–65 лет, однако возможно более раннее (около 40 лет) и более позднее (старше 65 лет) начало заболевания. Средняя продолжительность — от 2 до 4 лет.

Этиология болезни Альцгеймера на настоящий момент до конца не изучена. В настоящее время считается, что в болезни Альцгеймера существуют различные этиологические формы. Все генетические аномалии влияют на процессы, связанные с нарушениями в амилоидных превращениях, которые приводят к образованию нейротоксических амилоидных бляшек.

Другим механизмом, ведущим к прогрессированию когнитивного снижения, является уменьшение числа синапсов в лобной и височной коре и в гиппокампе.

Инициальная стадия: В начале заболевания появляется часто повторяющаяся забывчивость. У пациентов затруднена ориентация во времени, и в пространстве. Затруднено абстрактное мышление, определяются нарушения в формировании суждений, обобщений и сравнений. Данная стадия заболевания часто пропускается и оценивается уже ретроспективно.

Стадия клинически выраженных проявлений (стадия умеренной деменции). В этой стадии на первый план выступают расстройства всех видов памяти (воспроизведение ранее усвоенного материала, приобретение новых знаний, запоминание текущих событий, удержание старого опыта). Появляются нарушения праксиса, гнозиса и оптико-пространственной деятельности. Больные забывают, как выполняются ранее привычные действия, такие как приготовление пищи, шитье, одевание, перестают узнавать предметы.

Стадия тяжелой деменции: заключительный этап болезни, при котором наблюдается максимальный распад всех высших корковых функций. Больные не способны даже на элементарное самообслуживание, нарушается контроль над функциями тазовых органов. Агнозия достигает такой степени, что больной не узнает свое отражение в зеркале, не различает направление на источник речи, не фиксирует взгляд на предметах.

В МКБ–10 выделяют деменцию при болезни Альцгеймера с ранним началом (заболевание дебютирует до 65 лет) и деменцию при болезни Альцгеймера с поздним началом (заболевание дебютирует в возрасте после 65 лет, чаще после 75).

В настоящее время БА это одна из наиболее изучаемых деменций и все-таки на сегодняшний день неизлечима. В последнее десятилетие ученые работают над созданием патогенетического лечения.

Установлено, что лица, длительно получавшие негормональную противовоспалительную терапию, достоверно реже заболевают БА. Имеются исследовательские данные о возможном вовлечении иммунных и воспалительных процессов в нейрональное повреждение при БА.

Болезнь Пика — первичное дегенеративное церебральное заболевание неизвестной этиологии, которая начинается в среднем возрасте (обычно между 50 и 60 годами) и характеризуется возникающими уже на ранних стадиях, медленно нарастающими изменениями характера, социальной деградацией и формированием деменции лобного типа. Средняя продолжительность жизни 6 лет.

Болезнь Пика начинается постепенно и на ранних этапах касается преимущественно личностных изменений. Нарушается мотивация, возникает бездеятельность, апатия, притупляются эмоции, снижается речевая и двигательная активность. На первый план могут выходить нарушения интеллекта, расстройства памяти возникают значительно позже. Первыми

признаками нарушения является «отсутствие желания говорить». Для состояния далеко зашедшей деменции характерна расторможенность влечений, извращения аппетита и булимия, гиперсексуальность.

В настоящее время эффективных методов лечения не существует. Терапия носит симптоматический характер. Быстрое прогрессирование заболевания приводит больных в специализированные дома интернаты для психохроников.

Органическое бредовое расстройство (F06.2)

Болезнь начинается постепенно с развития стойких бредовых идей. Поведение больных очень долго остается упорядоченным; они в состоянии выполнять свои обычные бытовые обязанности. В то же время появляются бредовые высказывания, отличающиеся рядом особенностей. Для таких больных характерен бред бытовых отношений. Они убеждены, что соседи или родственники по ночам либо в их отсутствие с помощью специально изготовленных ключей заходят в квартиру, воруют вещи, отравляют пищу, напускают вредный газ, подсыпают ядовитые порошки (бред малого размаха), совещаются по ночам, устраивают сборища подозрительных людей. Такие больные часто обращаются в суд, милицию с требованиями наказать обидчиков. При прогрессировании заболевания сопровождается появлением вербальных и обонятельных галлюцинаций. Бредовые расстройства продолжаются не менее трех месяцев.

Для терапии органического бредового расстройства предпочтительным является применение небольших доз нейролептиков (трифтазина и этаперазина) на фоне нейролептиков пролонгированного действия (галоперидол-депо).

Умственная отсталость (F70-79)

Умственная отсталость — синдром врожденного дефицита интеллекта. Это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т. е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Отсталость может развиваться с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. Однако у умственно отсталых может наблюдаться весь диапазон психических расстройств, частота которых среди них по меньшей мере в 3–4 раза выше, чем в общей популяции. Адаптивное поведение нарушено всегда, но в защищенных социальных условиях, где обеспечена поддержка, это нарушение у больных с легкой степенью умственной отсталости может не иметь явного характера.

Для достоверного диагноза должен устанавливаться пониженный уровень интеллектуального функционирования, приводящий к недостаточной способности адаптироваться к повседневным запросам нормального социального окружения. Сопутствующие психические или соматические рас-

стройства оказывают большое влияние на клиническую картину и использование имеющихся навыков. Выбранная диагностическая категория должна поэтому основываться на общей оценке способностей, а не на оценке какой-либо отдельной области или одного типа навыков.

При использовании надлежащих стандартизованных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50–69. Имеется тенденция к задержке понимания и речи в разной степени, причем препятствующие развитию независимости нарушения экспрессивной речи могут сохраняться и в зрелом возрасте.

Легкая умственная отсталость (F70)

Люди с легкой умственной отсталостью приобретают речевые навыки с некоторой задержкой, но большинство из них приобретают способности использовать речь в повседневных целях, поддерживать беседу и участвовать в клиническом расспросе. Большинство из них достигают также полной независимости в сфере ухода за собой (прием пищи, умывание, одевание, контроль за функциями кишечника и мочевого пузыря) и в практических и домашних навыках, даже если развитие происходит значительно медленнее, чем в норме. Основные затруднения обычно наблюдаются в сфере школьной успеваемости и у многих особыми проблемами являются чтение и письмо. Тем не менее, при легкой умственной отсталости значительную помощь может принести образование, предназначенное для развития их навыков и проявления компенсаторных возможностей. В большинстве благоприятных случаев легкой умственной отсталости возможно трудоустройство, требующее способностей не столько к абстрактному мышлению, сколько к практической деятельности, включая неквалифицированный и полуквалифицированный ручной труд. В социокультуральных условиях, не требующих продуктивности в отвлеченно-теоретической сфере, некоторая степень легкой умственной отсталости сама по себе может и не представлять проблемы. Тем не менее, если наряду с этим отмечается заметная эмоциональная и социальная незрелость, то проявятся и последствия ограничения социальной роли, например, неспособность справляться с требованиями, связанными с брачной жизнью или воспитанием детей или затруднения в адаптации к культуральным традициям и нормам. ***При использовании надлежащих стандартизованных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50–69.*** Имеется тенденция к задержке понимания и речи в разной степени, причем препятствующие развитию независимости нарушения экспрессивной речи могут сохраняться и в зрелом возрасте.

Умеренная умственная отсталость (F71)

У лиц этой категории медленно развиваются понимание и использование речи, а окончательное развитие в этой области ограничено. Отстает

и развитие навыков самообслуживания и моторики, некоторые пациенты нуждаются в надзоре на протяжении всей жизни. Ограничены школьные успехи, но часть пациентов осваивает основные навыки, необходимые для чтения, письма и счета. Образовательные программы могут дать им возможности для развития своего ограниченного потенциала и приобретения некоторых базисных навыков; такие программы соответствуют замедленному характеру обучения с небольшим объемом усваиваемого материала. В зрелом возрасте лица с умеренной умственной отсталостью обычно способны к простой практической работе при тщательном построении заданий и обеспечении квалифицированного надзора. Совершенно независимое проживание достигается редко. Тем не менее, такие люди в общем полностью мобильны и физически активны и большинство из них обнаруживают признаки социального развития, что заключается в способности к установлению контактов, общению с другими людьми и участию в элементарных социальных занятиях. **Коэффициент умственного развития обычно находится в диапазоне от 35 до 49.**

Тяжёлая умственная отсталость (F72)

По клинической картине, наличию органической этиологии и сопутствующих расстройств эта категория во многом сходна с категорией умеренной умственной отсталости. Нижние уровни функционирования, отмеченные в F71, наиболее характерны и для этой группы пациентов. У большинства больных здесь наблюдается выраженная степень моторного нарушения или другие сопутствующие дефекты. **Коэффициент умственного развития обычно находится в пределах от 20 до 34.**

Глубокая умственная отсталость (F73)

У больных коэффициент умственного развития ниже 20, что означает, что они весьма ограничены в способностях к пониманию или выполнению требований или инструкций. Большинство таких больных неподвижны или резко ограничены в подвижности, страдают недержанием мочи и кала и с ними возможны лишь самые рудиментарные формы невербальной коммуникации. Они неспособны или малоспособны заботиться о своих основных потребностях и нуждаются в постоянной помощи и надзоре. **Коэффициент умственного развития ниже 20.** Понимание и использование речи ограничивается в лучшем случае выполнением основных команд и выражением элементарных просьб.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. *Евсегнеев, Р. А.* Психиатрия для врача общей практики / Р. А. Евсегнеев. — Минск: Беларусь, 2001. — 426 с.
2. *Кирпиченко, А. А.* Психиатрия: учебник для мед. ин-тов / А. А. Кирпиченко. — 3-е изд., перераб. и доп. — Минск: Выш. шк., 1996. — 392 с.

Дополнительная:

3. *Чуркин, А. А.* Краткое руководство по использованию МКБ–10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. — М.: Триада-Х, 1999. — 232 с.
4. *Коркина, М. В.* Психиатрия / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко. — Минск., 1995. — 605 с.
5. *Обухов, С. Г.* Психиатрия: учеб. пособие / С. Г. Обухов; под ред. проф. Ю. А. Александровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 352 с.
6. *Телле, Р.* Психиатрия / Р. Телле. — Минск: Выш. школа, 1999. — 496 с.
7. *Каплан, Г. И.* Клиническая психиатрия: в 2 т. / Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэддок. — М.: Медицина, 1998. — 1398 с.
8. *Бухановский, А. О.* Общая психопатология: пособие для врачей / А. О. Бухановский, Ю. А. Кутявин, М. Е. Литвак. — 2-е изд., перераб. и доп. — Ростов н/Д.: Феникс, 2003. — 416 с.
9. Психиатрия и наркология: учеб. для вузов / Н. Н. Иванец [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 832 с.

Учебное издание

Шилова Оксана Владимировна
Хилькевич Сергей Олегович
Хмара Наталья Викторовна

**ПСИХИАТРИЯ
И НАРКОЛОГИЯ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса
медико-диагностического факультета
медицинских вузов**

Редактор *Т. М. Кожемякина*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 18.12.2015.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Гаймс».
Усл. печ. л. 5,12. Уч.-изд. л. 5,59. Тираж 60 экз. Заказ № 384.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель