

ПРАКТИКУМ ПО ПСИХИАТРИИ

Учебное пособие

Под редакцией профессора М.В. Коркиной

6-е издание, переработанное и дополненное

**Москва
Российский университет дружбы народов
2014**

УДК 616.89(075.8)
ББК 56.14я73
П69

Утверждено
РИС Ученого совета
Российского университета
дружбы народов

Авторский коллектив:

заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии имени С.С. Корсакова
доктор медицинских наук, профессор **М.В. Коркина**;
заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РУДН
доктор медицинских наук, профессор **В.В. Марилов**;
доцент, кандидат медицинских наук **М.С. Артемьева**;
доцент, кандидат медицинских наук **А.Е. Брюхин**;
доцент, кандидат психологических наук **М.А. Карева**;
ассистент, кандидат медицинских наук **Р.А. Сулейманов**;
доктор медицинских наук, профессор **М.А. Цивилько**

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор **И.Н. Боброва**,
доктор медицинских наук, профессор **Л.Г. Урсова**

Ответственный редактор –

заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук,
профессор **М.В. Коркина**

П69 **Практикум по психиатрии : учебное пособие /**
[М.В. Коркина и др.] ; под ред. проф. М.В. Коркиной. –
6-е изд., перераб. и доп. – Москва : РУДН, 2014. – 332 с.

ISBN 978-5-209-05582-2

Практикум состоит из трех основных разделов: общей психопатологии, частной психиатрии и основ патопсихологии. Особое внимание уделяется вопросам клиники и лечения. Приводятся новые методы терапии с учетом последних достижений психофармакологии. Отдельная глава посвящена организации психиатрической помощи и уходу за больными. Клинические описания иллюстрируются историями болезни. В разделе «Медицинская психология» наряду с основными положениями общей психологии и патопсихологии представлено описание методов исследования особенностей психической деятельности больных.

В приложения включена схема истории болезни, которую студенты должны заполнять при курации больных.

Для студентов старших курсов медицинских вузов и интернов, клинических ординаторов, аспирантов, врачей-психиатров и специалистов других клинических дисциплин.

ISBN 978-5-209-05582-2

© Коллектив авторов, 2014
© Российский университет дружбы народов,
Издательство, 2014

ВВЕДЕНИЕ

Психиатрия (гр. *psyche* – душа + *iatreia* – лечение) – клиническая наука, подразделяющаяся на общую и частную. Общая психопатология изучает симптомы и синдромы психических заболеваний. В частную психиатрию входит описание этиологии, патогенеза, клиники, лечения, профилактики психических заболеваний.

Врач, в какой бы области медицины он ни работал, какую бы, даже самую узкую, специальность ни избрал, непременно должен исходить из положения, что имеет дело не только с патологией того или иного органа, системы целого организма, но, прежде всего с живым человеком, личностью со всеми ее индивидуальными особенностями. В наиболее целостном понимании больного врачу помогут знания по психиатрии, в особенности пограничной, медицинской психологии.

Знание психиатрии необходимо каждому врачу: подавляющее число психически больных в первую очередь обращается не к психиатрам, а к представителям любой другой медицинской специальности, главным образом к врачам-терапевтам, неврологам, причем зачастую проходит весьма значительный период времени, прежде чем такой больной попадает под наблюдение психиатра.

Особенно часто врач общего профиля имеет дело с лицами, страдающими невротами и расстройствами личности – «малыми» формами психических отклонений, которыми и занимается «малая», или пограничная, психиатрия.

Выдающийся психиатр О.В. Кербиков отмечал, что пограничная психиатрия – «это как раз та область, в которой наиболее необходим контакт психиатра с врачами общего

профиля, находящимися, можно сказать, на переднем крае охраны психического здоровья населения».

Проблема заключается в том, что с «малыми» формами психических отклонений, прежде всего, встречается не специалист-психиатр, а участковый терапевт, участковый педиатр, школьный врач, сельский врач.

Если знанием психиатрии должен обладать каждый врач, то тем более углубленно должны изучать этот раздел медицины те, кто решил посвятить себя лечению больных с психической патологией.

Настоящий практикум, ни в коей мере не претендуя на полное освещение всех разделов психиатрии, является лишь дополнением к лекциям и учебникам, пособием при прохождении цикла психиатрии.

Цель предлагаемого учебного пособия – помочь студентам, работающим в психиатрической клинике в непосредственном контакте с больным человеком, как можно лучше разобраться в симптоматологии психических заболеваний, представить себе их особенности.

Раздел I

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Г л а в а I

СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Симптом (symptomum, symptoma; гр. symptoma – совпадение, признак) – признак патологического состояния или болезни. Симптомы психических болезней – это преимущественное расстройство определенного психического процесса (восприятия, ощущения, эмоций, мышления, памяти и др.). Каждый в отдельности симптом не дает возможности судить о диагнозе, однако их сочетание несет важную информацию о нозологической природе психического заболевания. Распознавание психической болезни, как и других заболеваний, начинается с симптома. В психиатрии принято выделять симптомы *негативные*, или минус-симптомы, симптомы выпадения (то, что личность теряет в результате болезни, дефект-симптомы, например, апато-абулический синдром, разорванность мышления) и *продуктивные*, или плюс-симптомы (то новое, что болезнь привносит в личность, например, бред, галлюцинации, конфабуляции) (Джексон Д., 1864).

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ, ВОСПРИЯТИЙ, ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Сенестопатии (лат. sensus – чувство, ощущение + гр. pathos – болезнь, страдание) – патологические ощущения в виде возникающего в различных частях тела или внутренних органах неприятного чувства покалывания, давления, жже-

ния, скручивания, стягивания, не связанного со страданием какого-либо органа.

Иллюзии – расстройства восприятия, когда реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде. Иллюзорное восприятие может иметь место и на фоне полного психического здоровья – в тех случаях, когда искаженная перцепция связана с недостатком того или иного органа чувств или с проявлением одного из законов физики. Классический пример тому: ложка в стакане чая кажется преломленной, о чем еще Р. Декарт сказал: «Мой глаз ее преломляет, а мой разум – выпрямляет».

Иллюзии, связанные с нарушением психической деятельности, подразделяются на аффективные, или аффектогенные, вербальные и парэйдолические.

Аффективные (аффектогенные) иллюзии возникают под влиянием сильного чувства – аффекта, такого как страх, напряженное ожидание. В таком состоянии человек прозрачную штору на окне ошибочно воспринимает как качающийся скелет, пальто на вешалке кажется страшным бродягой, галстук на спинке стула – ползущей змеей.

Вербальные иллюзии (лат. *verbalis* – устный, словесный) выражаются в ошибочном восприятии смысла слов окружающих, когда вместо нейтрального для больного разговора окружающих он слышит (что обычно также бывает на фоне сильного страха) угрозы, ругательства, обвинения, якобы относящиеся к нему.

Парэйдолические иллюзии (гр. *para* – возле, около + *eidos* – образ) – расстройства перцепции, когда действительно существующие образы воспринимаются измененно, обычно в причудливо фантастическом виде. Это происходит на фоне сниженного тонуса сознания возникшего, например, вследствие интоксикации. При этом рисунки на обоях воспринимаются как гигантская жаба, тень от торшера – как голова какого-то страшного ящера, узор на ковре – как прекрасный, никогда прежде не виданный пейзаж, очертания облаков – как живописная группа людей.

Галлюцинации – расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит, ощущает то, чего в данный момент не существует. Это, как говорят, восприятие без объекта. Подобно иллюзиям, галлюцинации подразделяются по органам чувств. Обычно выделяют слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные и так называемые галлюцинации общего чувства, к которым чаще всего относят висцеральные и мышечные галлюцинации. Могут быть и комбинированные галлюцинации (например, больной видит змею, слышит ее шипение и чувствует ее холодное прикосновение).

Все галлюцинации, независимо от того, относятся ли они к зрительным, слуховым и другим обманам чувств, делятся на истинные и псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации всегда проецируются вовне, связаны с реальной, конкретно существующей обстановкой («голос» звучит из-за реальной стены; «черт», помахивая хвостиком, садится на реальный стул, оплетая хвостом его ножки, и т. д.), чаще всего не вызывают у больных никаких сомнений в их действительном существовании, так же ярки и естественны для галлюцинирующего, как и реальные вещи. Истинные галлюцинации иногда воспринимаются больными даже более ярко и отчетливо, чем действительно существующие предметы и явления.

Псевдогаллюцинации представляют собой расстройства более сложные, чем галлюцинации истинные. Это уже не только расстройства восприятия, это патология, носящая элементы расстройства мышления. Псевдогаллюцинации характеризуются следующими отличительными особенностями:

а) появление псевдогаллюцинаций, не вызывая у больного каких-либо сомнений в их реальности, всегда сопровождается чувством сделанности, подстроенности, наведенности этих голосов или видений. (Забегая несколько вперед, следует сказать, что псевдогаллюцинации являются

обычно составной частью синдрома Кандинского – Клерамбо, в состав которого входит также бред воздействия, поэтому больные и убеждены, что видение им «сделали с помощью особых аппаратов», «голоса наводят прямо в голову особыми транзисторами».)

б) чаще всего проецируются внутри тела больного, главным образом в его голове («голос» звучит внутри головы, внутри головы больной видит визитную карточку с написанными на ней неприличными словами и т. д.);

в) если даже псевдогаллюцинаторные расстройства проецируются и вне собственного тела, что бывает гораздо реже, то они лишены яркости, четкости, свойственной истинным галлюцинациям, воспринимаются с меньшей чувственной окраской (например, больной не может сказать, какого тембра слышимый им «голос», кому – мужчине или женщине – он принадлежит), совершенно не связаны с реальной обстановкой. Более того, в момент галлюцинирования эта обстановка больным и не воспринимается, как бы куда-то исчезая, больной в это время воспринимает только галлюцинаторный образ;

Слуховые галлюцинации чаще всего выражаются в патологическом восприятии больным каких-то слов, речей, разговоров (*фонемы*), а также отдельных звуков или шумов (*акоазмы*). Словесные (вербальные) галлюцинации могут быть самыми разнообразными по содержанию – от так называемых окликов (больной «слышит» голос, называющий его имя или фамилию) до целых фраз или даже длинных речей, произносимых одним или несколькими голосами.

Наиболее опасны для больных *императивные галлюцинации*, содержание которых носит повелительный характер, например больной слышит приказание молчать, ударить или убить кого-то, нанести себе повреждение. Ввиду того, что подобные «приказы» являются следствием патологии психической деятельности галлюцинирующего человека, больные с такого рода болезненными переживаниями могут

быть очень опасны как для себя, так и для окружающих, а потому нуждаются в особом надзоре и уходе.

Зрительные галлюцинации могут быть либо элементарными (в виде зигзагов, искр, дыма, пламени – так называемые *фотопсии*), либо предметными, когда больной очень четко видит несуществующих в действительности зверей, людей (в том числе и тех, кого он знает или знал), животных, насекомых, птиц, предметы или иногда части тела человека, животных и др. Подчас это могут быть целые сцены (поле боя, ад с множеством бегающих, кривляющихся, дерущихся чертей). В некоторых случаях больной может видеть себя, свой собственный образ (галлюцинации двойника, или *аутоскопические*).

Обонятельные галлюцинации чаще всего представляют собой мнимое восприятие неприятных запахов (больной ощущает запах гниющего мяса, гари, тления, яда, пищи), реже – совсем незнакомый запах, еще реже – запах чего-то приятного. Нередко больные с обонятельными галлюцинациями отказываются от еды, ибо уверены, что «в пищу им подсыпают ядовитые вещества» или «кормят гнилым человеческим мясом».

Тактильные галлюцинации выражаются в ощущении прикосновения к телу, жжения или холода (*термические галлюцинации*), в ощущении хватания (*гаптические галлюцинации*), появления на теле какой-то жидкости (*гидрические галлюцинации*), ползания по телу насекомых. Больному может казаться, будто его кусают, щекочут, царапают.

Висцеральные галлюцинации – ощущение присутствия в собственном теле каких-то предметов, животных, червей («в животе лягушка сидит», «в мочевом пузыре головастики расплодились», «в сердце клин вбит»).

Для иллюстрации приведем выдержку из истории больного С., 32 лет, перенесшего психоз с выраженными расстройствами восприятия в виде иллюзий и галлюцинаций. Этот больной, длительное время злоупотреблявший алкоголем, во время поездки в поезде впал в бессонницу,

стал испытывать страх и сильное беспокойство. На третий день такого состояния услышал, как колеса вагона «стали отчетливо выговаривать»: «Бой-ся», «бой-ся», – а спустя какое-то время и в шуме вентилятора в крыше вагона начал различать слова: «Не жди пощады», «пощады не жди». К вечеру этого же дня стал видеть, как по купе летает паутина, почувствовал, как она садилась на его лицо и руки, ощущал ее неприятное, липкое прикосновение.

Среди ночи вдруг отчетливо услышал, как за стеной несколько мужских голосов ведут речь о том, как бы его уничтожить, но никак не могут прийти к соглашению, что для этого лучше использовать – нож или веревку. Понял, что в соседнем купе собрались злоумышленники, которые его сейчас убьют. В сильном страхе выбежал в тамбур и на первом же полустанке, несмотря на мороз, выскочил из вагона. На какое-то время успокоился, затем вдруг увидел, что фонарь на столбе – не фонарь, а какой-то прожектор или же «электронный глаз».

Гипнагогические галлюцинации – зрительные обманы восприятия, появляющиеся обычно вечером, перед засыпанием, при закрытых глазах (отсюда и их название; гр. *hupnos* – сон), что делает их более родственными псевдогаллюцинациям, чем истинным галлюцинациям (нет связи с реальной обстановкой). Эти галлюцинации могут быть единичными, множественными, сценopodobными, иногда калейдоскопическими («у меня в глазах какой-то калейдоскоп», «у меня теперь собственный телевизор»), больной видит какие-то рожи, гримасничающие, показывающие ему язык, подмигивающие, чудовищ, причудливые растения. Значительно реже такое галлюцинирование может возникать во время другого переходного состояния – при пробуждении. Подобные галлюцинации, также возникающие при закрытых глазах, носят названия *гипнопомпических*.

Внушенные и вызванные галлюцинации. Галлюциаторные обманы чувств можно внушить во время сеанса гипноза, когда человек будет чувствовать, например, запах розы, сбрасывать с себя «обвивающую» его веревку. При известной готовности к галлюцинированию возможно вызвать появление галлюцинаций и тогда, когда спонтанно эти обманы чувств уже не появляются (например, если человек только

что перенес делирий, особенно алкогольный). *Симптом Липмана* – вызывание зрительных галлюцинаций легким нажатием на глазные яблоки больного, иногда к надавливанию следует добавить и соответствующее внушение. *Симптом Рейхардта (симптом чистого листа)* – больному предлагается очень внимательно рассматривать чистый лист белой бумаги и рассказывать, что он там видит. *Симптом Ашаффенбурга* – больному предлагают поговорить по выключенному телефону; таким образом проверяется готовность к возникновению слуховых галлюцинаций. При проверке последних двух симптомов также можно прибегнуть к внушению, сказав, допустим: «Посмотрите, какого вы мнения об этом рисунке?», «Как вам нравится эта собака?», «Что вам сообщает по телефону этот женский голос?»

Дереализация (лат. de – приставка, означающая снижение, отдаление, удаление, отмену, движение вниз) – расстройство перцепции окружающей реальной действительности, при котором восприятие прежде знакомых явлений и предметов, живых существ, пространственных отношений начинает сопровождаться чувством измененности их, чуждости, неестественности, нереальности. При этом больным чаще всего даже трудно определить, каким образом изменилось все вокруг, именно поэтому при описании своих необычных переживаний они употребляют такие слова, как «будто бы», «вроде», «наподобие», «как бы»: «дома какие-то далекие, далекие», «как будто все подернулось какой-то дымкой», «деревья как нарисованные, хотя я знаю, что они настоящие», «все кругом какое-то мертвое», «все и такое и не такое, как будто бы я видела все это во сне», «чувствую, что все как-то изменилось, но не могу ни с чем сравнить, не могу понятно описать».

Для типичных дереализационных нарушений обычно характерно критическое отношение, понимание необычности, неестественности своих переживаний. Этим, как правило, присутствующим сравнением новых переживаний с дан-

ными прошлого опыта, этой диссоциацией между ранее приобретенными знаниями и новыми ощущениями дереализационные расстройства отличаются от иллюзий и галлюцинаций. Окружающее, несмотря на чувство измененности его, воспринимается большим адекватно (в отличие от иллюзий), без каких-либо мнимых восприятий (как при галлюцинациях).

Чувство дереализации может касаться как нескольких органов чувств одновременно (изменение зрительных, слуховых, тактильных, вкусовых впечатлений), так и какого-то одного из них. Например, больной не может на ощупь определить, до какого предмета он дотрагивается – деревянного или железного, другому всякая пища кажется одинаково безвкусной – «все как трава». Однако чаще всего встречаются изменения перцепции, связанные преимущественно с двумя анализаторами – зрительным и слуховым.

Родственными дереализационным явлениям считаются такие симптомы, как *уже виденное* (*deja vu*), *уже пережитое* (*deja vécu*) или, напротив, *никогда не виденное* (*jamais vu*). Эти переживания состоят в том, что обычно на короткий момент хорошо знакомая, давно привычная обстановка вдруг кажется какой-то новой, никогда не виданной, чужой или, наоборот, новая ситуация, новая обстановка на какое-то мгновение кажется хорошо знакомой, виденной, испытанной, а все, что сейчас с человеком происходит, – уже когда-то пережитым. Указанные симптомы довольно часто встречаются в норме, особенно в связи с утомлением, недосыпанием, перенапряжением.

Переживание чувства дереализации может появляться и у здоровых людей (при тех же условиях и также кратковременно), хотя нередко встречается и при психических заболеваниях. Из дереализационных расстройств у здоровых чаще всего отмечаются кратковременные нарушения такого характера, когда хорошо знакомая местность кажется перевернутой на 180°.

Расстройство «схемы тела» выражается в нарушении привычных представлений о размерах и форме своего тела или отдельных его частей, о расположении их или о положении всего тела. Например, больному кажется, что его голова стала огромной, не умещается не только на подушке, но и вообще в комнате, что ноги его начинаются прямо от головы, а туловище исчезло. Другой чувствует, что у него непомерно увеличилась рука – «стала просто пудовой», сам он «становится маленьким» или, напротив, огромным, «как Гулливер в стране лилипутов», его «руки вытягиваются», «ноги раздвоились, и их стало не меньше четырех», «голова отделилась от тела» и т. д. Под контролем зрения эти измененные представления о форме, размерах и положении собственного тела или отдельных его частей, как правило, исчезают, больной видит свое тело в обычном, привычном для него виде, но стоит ему закрыть глаза, как голова вновь становится непомерно большой и т. д.

Расстройства «схемы тела» нередко сопровождаются *метаморфопсиями* – искаженным восприятием формы окружающих предметов (гр. meta – после, за, через; обозначает также переход к чему-то другому, перемену состояния, превращение + morphe – форма). Например, шкаф кажется больному искривленным, ножки стула зигзагообразными, окно принимает ромбическую форму. Кроме того, искаженное восприятие окружающих предметов выражается в том, что они кажутся больному меньше или больше их натуральной величины (микросия, макропия), увеличиваются в числе (полиопсия), перемещаются (оптическая аллестезия), валяются на больного, вдавливаются в него, находятся в бурном движении (оптическая буря).

Иногда в грубо измененном виде воспринимаются не только величина и форма предметов, но и пространственные отношения: больному кажется, что стены комнаты сближаются, рушатся, падают на него или, напротив, раздвигаются, пол становится волнообразным, пространство как бы разрывается.

Метаморфозии и родственные им симптомы отличаются от иллюзий адекватностью восприятия. Больной знает, что он видит стул, хотя и с кривыми ножками, а не гигантского паука вместо стула, как это может быть при иллюзорном восприятии. От галлюцинаций они отличаются тем, что в искаженном виде больной воспринимает все-таки реально существующие в период восприятия вещи.

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Выделяют расстройства мышления по форме (нарушения ассоциативного процесса) и по содержанию (сверхценные идеи, бред, навязчивости).

Нарушения ассоциативного процесса

Ускорение мышления выражается в ускоренном течении ассоциативных процессов; мысли очень быстро сменяют друг друга, их так много, что больные, несмотря на очень быструю («пулеметную») речь, все-таки не успевают их высказывать. Внешне такая речь больных может напоминать *шизофазию* (разорванную речь), однако если ее записать, допустим, на магнитофон, то потом можно найти в ней определенный смысл, чего нет при шизофазии.

Для патологически ускоренного течения ассоциативных процессов характерна также *отвлекаемость*: мышление больного становится поверхностным, склонным к моментальному переключению; все, что попадает в поле зрения такого больного, тут же привлекает его внимание, занимает его мысли, дает новое направление его идеям. Крайняя степень отвлекаемости выражается в *скачке идей* (*fuga idearum*), когда мысли больных, молниеносно сменяя друг друга, переключаются с одного предмета на другой так быстро, что уже трудно бывает уловить в них какой-нибудь общий смысл.

Замедление мышления характеризуется бедностью ассоциаций, замедленным течением ассоциативного процесса,

заторможенностью его. Больные с такими явлениями жалуются, что у них «часами не бывает в голове никаких мыслей», «ничего не приходит в голову». На вопросы они обычно отвечают очень лаконично, односложно, иногда только словами «да» или «нет», часто после очень долгой паузы, когда у спрашивающего уже может создаться впечатление, что больной не расслышал или не понял вопроса. Сами больные в таком состоянии говорить не начинают, ни к кому ни за чем не обращаются.

Обстоятельность мышления заключается в чрезвычайной вязкости, тугоподвижности мыслительных процессов; больным очень трудно переключиться с одной темы на другую, они застревают на самых незначительных деталях, им все кажется важным, нужным – каждая мелочь, каждый штрих; они не могут выделить главного, основного, существенного.

Больная эпилепсией, желая сообщить врачу об очередном припадке, описывает свое состояние следующим образом: «Так вот, когда я встала, то пошла умываться, полотенца еще не было, его, наверное, Нинка-гадюка взяла, я ей это припомню. Пока я полотенце искала, уж на завтрак надо было идти, а я еще и зубы не чистила, мне няня говорит: «Иди скорее», а я ей про полотенце, тут как раз и упала, а что потом было, не помню».

Патологическая обстоятельность мышления характеризуется очень малой продуктивностью, подчас же вообще непонятно, что больной хотел сказать, какой смысл имела его длинная витиеватая речь (*лабиринтное мышление*).

Персеверация мышления (лат. *perseveratio* – настойчивость, упорство) – патологическое застревание, задержка на одних и тех же представлениях, что клинически выражается в повторении (иногда очень длительном) одних и тех же фраз или слов. Чаще всего такие больные могут правильно ответить только на первый вопрос врача, а затем уже однообразно повторяют тот же ответ или части его.

Больного, страдающего тяжелой формой церебрального атеросклероза, спрашивают, где он лечится. Больной отвечает: «В больнице

имени Соловьева». – «Сколько времени вы здесь?» – «Больница Соловьева». – «Ваша специальность до болезни?» – «Больница Соловьева». – «Чем вы сегодня занимались?» – «Больница Соловьева».

Вербигерация (лат. *verbum* – слово + *gero* – веду, совершаю) – речевая стереотипия – бессмысленное, нередко ритмическое повторение одних и тех же слов, реже – фраз или их обрывков.

Паралогичное мышление характеризуется отсутствием в мышлении логической связи; выводы, которые делает больной в таких случаях, не только не закономерны, но часто совершенно нелепы: «Я заболела шизофренией, потому что в детстве мало ела манной каши» или «Я хочу спать, а потому научите меня, пожалуйста, музыке».

Резонерство – склонность к пустым рассуждениям, когда, как говорят, «очень много слов и мало мыслей». Такое мышление характеризуется бесплодностью, отсутствием конкретности, целенаправленности: «Вы видите, как это важно, мне бы хотелось сказать и отметить, что это очень важно, важность значительная, это надо отметить, вы же не будете думать, что это не важно».

Разорванность мышления (шизофрения) выражается в отсутствии связи между отдельными мыслями или даже отдельными словами. Речь такого больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, и поэтому ее нередко называют словесной крошкой, словесным салатом.

Паралогичное мышление, резонерство и разорванность мышления наиболее характерны для шизофрении.

Бессвязность мышления (инкогерентность, инкогерентное мышление; лат. *in* – частица отрицания + *cohaerentia* – сцепление, связь) характеризуется полной хаотичностью, бессмысленностью мышления, речь состоит из набора отдельных слов, никак между собой не связанных: «Чудо, чудо... жили-были... ах, как холодно... день, пень, лень... до свидания...». Инкогерентность может напоминать разорванное мышление, но главное отличие в том, что разорванное

мышление возникает на фоне ясного сознания, инкогеренция же – всегда следствие помрачения сознания (обычно по типу аментивного синдрома, аменции).

Расстройства мышления по содержанию

Сверхценные идеи (гиперквантивалентные идеи: гр. hyper – над, сверх + лат. quantum – сколько + valenti – сила) – мысли, возникающие в связи с какими-то действительными фактами или событиями, но приобретающие для человека особую значимость, определяющие все его поведение. Характеризуются большой эмоциональной насыщенностью, выраженным эмоциональным подкреплением. Например, человек, действительно пишущий стихи и, может быть, удостоившийся за это когда-то похвалы, начинает думать, что он поэт необыкновенный, чрезвычайно талантливый, гениальный, и вести себя соответствующим образом. Непризнание же его окружающими расценивает как происки недоброжелателей, зависть, непонимание и в этом своем убеждении он уже не считается ни с какими реальными фактами.

Такие сверхценные идеи собственной исключительности могут возникать и по поводу других чрезвычайно переоцениваемых способностей: музыкальных, вокальных, писательских. Может переоцениваться и собственная склонность к научной деятельности, изобретательству, реформаторству. Возможны сверхценные идеи физического недостатка, недоброжелательного отношения, сутяжничества.

Человек, в действительности имеющий небольшой косметический недостаток, например слегка оттопыренные уши, считает, что это – трагедия всей его жизни, что окружающие к нему из-за этого плохо относятся, что все его неудачи – только в связи с этим «уродством». Или человека кто-то действительно обидел, и он после этого ни о чем другом уже не может думать, все его помыслы, все его внимание

направлены только на это, он уже и в самых безобидных поступках окружающих и даже в их доброжелательных действиях видит только одно – желание ущемить его интересы, вновь обидеть его. То же может касаться и сутяжничества (кверулянства; лат. querulus – жалующийся) – склонности к бесконечным жалобам, рассылаемым во всевозможные инстанции, причем число этих инстанций все возрастает, так как в конечном итоге каждая инстанция (например, газета, суд и т. д.), куда вначале жаловался такой сутяга, не признавшая его «правоты», сама становится объектом очередной жалобы.

Сверхценные идеи особенно характерны для психопатических личностей.

Бредовые идеи (бред) – неправильные умозаключения, ошибочные суждения, ложная убежденность. От обычных человеческих заблуждений (например, от суеверия – убежденности в существовании ведьм, колдунов, «нечистой силы») или от неправильного предположения о недоброжелательном отношении окружающих бред отличается следующим:

- 1) всегда возникает на болезненной основе, это всегда симптом болезни;
- 2) человек полностью убежден в достоверности своих ошибочных идей;
- 3) бред не поддается никакой коррекции, никакому разубеждению со стороны;
- 4) бредовые убеждения имеют для больного чрезвычайную значимость, так или иначе они влияют на его поведение, определяют его поступки.

Просто заблуждающийся человек (например, в силу недостатка знаний или особенностей воспитания верящий в «нечистую силу») при настойчивом разубеждении может отказаться от своих заблуждений, равно как и человек, по тем или иным причинам думающий о плохом к нему отношении окружающих. Если же это бред, допустим, бред околдования или бред преследования, то никакими доводами, никакими

фактическими доказательствами этого больного разубедить не удастся. Пока он болен, он непоколебимо будет верить в то, что «испорчен нечистой силой», или в то, что окружающие его «жестoko преследуют».

По клиническому содержанию (по теме бреда) все бредовые идеи с известной долей схематизма можно разделить на *три большие группы*: бредовые идеи *преследования*, бредовые идеи *величия* и бредовые идеи *самоуничижения* (*депрессивный бред*).

Бредовые идеи преследования

Бред отношения заключается в патологическом убеждении человека, что все имеет к нему отношение, окружающие смеются над ним, перемигиваются по его адресу, он вызывает их насмешливое или даже брезгливое к себе отношение. Такие больные перестают посещать общественные места, пользоваться общественным транспортом, ходить в театр или на лекции, так как убеждены, что стоит им только появиться, как все тут же замечают их, насмешливо улыбаются, как-то подозрительно смотрят, плохо говорят о них. Разновидностью бреда отношения является *бред особого смысла* (*особого значения*). При этом самым обычным вещам больные придают особое значение, видят в них особый для себя смысл.

Например, больная, увидев на столе журнал с фотографией тигра в клетке, убежденно заявляет: «Все понятно. Специально положили эту фотографию, чтоб подсказать, что скоро переправите меня в тюрьму». Другой больной, увидев на одной из студенток желтую кофточку, со злобой стал кричать преподавателю: «А, я знаю, вы нарочно привели ее сюда, чтоб всем студентам стало известно о моей импотенции, вы же знаете, что желтый цвет об этом сигнализирует».

Среди разновидностей бреда отношения выделяют также *сенситивный* (лат. *sensibilis* – чувствительный) *бред отношения*. Его формированию способствуют такие особен-

ности личности, как застенчивость, впечатлительность, ранимость, мнительность.

Бред отравления заключается в болезненной убежденности человека, в том, что его хотят отравить, поэтому он отказывается от еды («постоянно яд в пищу подсыпают»), не принимает лекарств («под видом лечения отравить хотят»), не покупает расфасованных продуктов («я же знаю, что мне дадут бутылку с отравленным молоком»).

Бред воздействия может иметь много различных вариантов: больной убежден, что на него на расстоянии воздействуют гипнозом, электричеством, атомной энергией, влияя таким образом на его мышление, поступки, вызывая у него сексуальное возбуждение.

Больной сообщает: «Существует преступная группа, которая с помощью особых аппаратов постоянно держит меня под лазерными лучами. Они воруют мои мысли, жгут мои внутренности, создают мне плохое настроение».

Бред преследования в собственном смысле означает патологическую убежденность в том, что «преследователи» находятся в непосредственном окружении больного, ходят за ним по улице, подстерегают его под окнами дома, под видом больных проникают вслед за ним в клинику: «Я постоянно чувствую за собой слежку, за мной по пятам идут какие-то подозрительные личности в кепках, куда ни пойду, всюду они меня подстерегают, убить хотят».

Бред материального ущерба характеризуется ложной убежденностью в том, что окружающие постоянно обворовывают больного, крадут его вещи и деньги, носят его одежду, получают за него его зарплату или пенсию, портят его имущество, морят его голодом: «Вот так и сплю в шапке и валенках, только снимки – тут же украдут, уже очки украли, все книги растащили, даже кофейник унесли». Бред материального ущерба наиболее типичен для психозов пожилого и старческого возраста.

Бред порчи, бред околдования. У больного человека появляется убежденность в том, что он стал жертвой колдовства, «его испортили наговором», «дали выпить какого-то зелья, и он теперь стал совсем немощным», «от него осталась одна только тень», «его сглазили дурные глаза». Такой бред не следует смешивать с суевериями, когда подобные идеи носят характер простого заблуждения и не являются следствием болезни.

Бред обвинения состоит в болезненном убеждении, что окружающие обвиняют человека в каких-то неблагоприятных поступках, считают вором, насильником, клеветником, а он «никак не может доказать свою невиновность», «ему все равно не верят», а иногда даже и специально «подстраивают факты». Так, больная по целым дням не встает с постели, поскольку убеждена, что даже при отлучке в туалет ей «подсунут в постель чужую вещь и всем уже будет доказано, что она – воровка». Или больной без конца обращается к окружающим со словами: «Я никогда не писал анонимок, умоляю вас, поверьте мне, я никогда не был пасквилянтом, ну почему мне никто не верит?!» Этот бред наиболее типичен для пресенильных психозов.

Бред ревности – больной или больная немотивированно ревнуют жену или мужа, без всякого повода убеждены в супружеской неверности, они в самых невинных вещах видят «неоспоримые доказательства» своей правоты. Бред ревности может встречаться при различных заболеваниях, но особенно характерен для алкоголизма.

Больной сообщает: «Жена каждое утро выходит на балкон якобы для того, чтобы полить цветы, а на самом деле сигнализирует этим любовнику из дома напротив, когда меня не будет дома» или «Коврик у дверей сдвинут в сторону, ясно, что без меня здесь был кто-то чужой, ведь и я, и жена очень аккуратны».

Бредовые идеи величия

Бред изобретательства – больной убежден, что он сделал выдающееся открытие, создал вечный двигатель, открыл причину рака, нашел средство для максимального продления человеческой жизни, изобрел «эликсир вечной молодости», «средство для усовершенствования человеческой породы». Близок к этому бреду и *бред реформаторства*, когда больной уверен, что «открыл идею преобразования мира» и совершит «гениальную реформу».

Бред высокого происхождения заключается в убежденности больного, что он сын всемирно известного писателя, кинозвезды, «последний отпрыск дома Романовых» и т.д., а «те, кто считается сейчас родителями, всего лишь воспитатели», «подставные лица», «родители в условном смысле».

Бред богатства – больной считает, что он «владелец несметных сокровищ», «обладает всеми золотыми запасами на земле», «ему ничего не стоит подарить каждому студенту по золотой шубе», у него «дом в миллион комнат».

Любовный, эротический (сексуальный) бред – больной или больная твердо убеждены в необыкновенно сильной любви к ним какого-то человека, возможно даже и незнакомого, который «безумно любит на расстоянии». Такие больные, настойчиво добиваются встречи с «возлюбленным» или «любимой», буквально преследуют их, все поведение окружающих, и особенно «предмета любви», по их мнению, подтверждает правильность их мысли: «Он делает вид, что мы незнакомы, потому что оберегает меня от нападок своей нелюбимой жены», «Она специально надела красное платье, чтобы показать, как сильна ее любовь ко мне», «Он специально женился, чтобы не бросать тень на мою репутацию».

Нелепый бред величия (грандиозных размеров), так называемый *мегаломанический* (гр. *megas* – большой) – «все дети на земле родились от меня», «все книги, какие в мире есть, написала я, но только под разными именами», «я один

могу сразу съесть десять быков» – характерен для прогрессивного паралича.

Бредовые идеи самоуничтожения (депрессивный бред)

Бред самоуничтожения, самообвинения, виновности, греховности – весьма близкие по клиническому содержанию патологические идеи о своих мнимых ошибках, несуществующих грехах, несовершенных преступлениях («в жизни не сделано ничего хорошего», «я никуда не годный человек», «вся моя жизнь – сплошная цепь ошибок и преступлений»). Такие больные очень часто убеждены, что своими ошибками и проступками они погубили не только свою жизнь, но и жизнь своих близких, что они «всем в тягость», «объедают окружающих», «не имеют никакого права даже на кусок черствого хлеба». Для них характерно также ожидание наказания, убежденность в его необходимости или неизбежности («я – чудовище, не понимаю, как меня земля держит», «нет такой кары, которая бы соответствовала моим проступкам»). Подобные бредовые идеи особенно характерны для пресенильных психозов.

Ипохондрический бред выражается в ошибочных умозаключениях по поводу состояния собственного организма, болезненной убежденности в наличии заболевания (рака, сифилиса, «воспаления всех внутренностей», нарушения обмена веществ), поражения всего организма или отдельных частей тела («кровь сгустилась, в сердце какие-то тяжести и пробки, скоро уже придет полный конец», «весь мочевой пузырь поражен, моча даже не идет»). Иногда больные утверждают, что они уже не существуют, у них нет желудка, нет кишечника («доктор, как я могу есть, когда у меня уже нет желудка, да и кишечник весь сгнил», «сердце перестало работать, печень исчезла», «почки насквозь прогнили»). Такая разновидность ипохондрического бреда носит название *бреда отрицания* или *нигилистического бреда* (лат. nihil – ничего).

Реже такое бредовое отрицание касается не собственного организма, а внешнего мира: «все погребло», «солнце погасло», «земля провалилась», «мир куда-то исчез» (подобный бред так и называется – *бред гибели мира*).

У одного и того же больного может быть либо одна бредовая идея, либо сразу несколько (например, одновременное существование бреда величия и преследования). Кроме того, один вид бредовых идей может переходить в другой (так называемая трансформация бреда).

Больная, прежде спокойная и жизнерадостная, с 18-летнего возраста стала замкнутой, избегала общественных мест, уединялась, плакала. Через некоторое время «под строгим секретом» сообщила матери, что стоит ей где-нибудь появиться, как все тут же обращают на нее внимание, смеются над ней, «считают ее дурочкой». Через некоторое время начала отказываться от еды, говорила, что ее хотят отравить, чтоб она «не мозолила всем глаза своим дурацким видом». С трудом удавалось ее накормить, часто, уже взяв пищу в рот, тайком старалась ее выплюнуть. Активно лечилась и в течение нескольких лет была практически здоровой, работала. В возрасте 45–46 лет обнаруживала большую тревогу по поводу своего здоровья, сообщала мужу, что «внутри у нее что-то переворачивается», «от подъема тяжести связки оборвались». Все чаще и чаще обращалась к врачам различных специальностей, просила «проверить ее организм», не верила, когда ее находили здоровой. Все более утверждалась во мнении, что у нее тяжелая, неизлечимая болезнь, а врачи «просто ничего не понимают или не хотят расстраивать». Становилась все более подавленной, ничем не могла заниматься, почти все время лежала в постели – «конец уже виден», «жить осталось несколько дней», «живу только одним сердцем, а все остальное уже плохо работает». С течением времени все более отчетливо выявлялся бред отрицания: «Все органы отвалились, желудок высох, совсем не работает, мочевого пузыря нет, все нервы атрофировались, кишечник прирос к позвоночнику». Упорно отказывалась от еды: «Желудка нет, стула уже два месяца не было, печени нет, пища сразу поступает в мышцы, они уже тоже гниют».

Навязчивые состояния – это такого рода переживания, когда у человека помимо его воли возникают («навязываются») какие-то мысли, страхи (фобии), влечения, сомнения, действия. Несмотря на критическое отношение к подобным явлениям, избавиться от них человек не может. Навязчивые состояния (навязчивости) не обязательно симптом бо-

лезни, они могут встречаться и у здоровых людей, хотя в этом случае они, как правило, не резко выражены.

Навязчивые мысли (навязчивые идеи) заключаются в появлении совершенно ненужных мыслей (умственная жвачка, мысли-паразиты), например, о том, почему у человека две ноги, а у лошади четыре, почему у людей носы разной формы, что было бы, если бы солнце взошло на западе, а не на востоке. Понимая всю нелепость таких мыслей, относясь к ним с полной критикой, человек, тем не менее, избавиться от них не в силах.

Навязчивый счет – непреодолимое стремление считать все, что попадает на пути: окна в домах, перекладины в заборе, пуговицы на пальто соседа, шаги на том или ином расстоянии. Подобные навязчивости могут также выражаться и в склонности к более сложным действиям, например в сложении цифр, составляющих номер того или иного телефона, в умножении отдельных цифр номеров машин, в подсчитывании общего числа всех букв на странице книги.

Навязчивые сомнения, сопровождаемые обычно неприятным, тягостным чувством, выражаются в постоянных сомнениях по поводу того, правильно ли человек сделал то или иное дело, закончил ли его. Так, врач, выписавший больному рецепт, потом бесконечно сомневается, не сделал ли он ошибки в дозе. Машинистка много раз перечитывает напечатанный текст и, не находя ошибок, тем не менее вновь испытывает сомнения. Преподаватель литературы постоянно сомневается, правильно ли он назвал ученикам имена литературных героев, не стал ли он из-за ошибки посмешищем всего класса. Наиболее частый вид данного рода навязчивости – мучительные сомнения, выключил ли человек перед уходом газ, погасил ли свет, запер ли дверь. Нередко страдающий такими навязчивыми сомнениями по нескольку раз возвращается домой, чтобы проверить, допустим, закрыл ли он дверь, но стоит ему отойти, как он вновь начинает беспокоиться, завершил ли он это действие, не забыл ли повернуть ключ, вынуть его из замка.

Навязчивые воспоминания характеризуются непроизвольным появлением ярких воспоминаний обычно чего-то очень для человека неприятного, того, что он хотел бы забыть: например, навязчиво вспоминается какой-то тягостный для больного разговор, все детали смешного положения, в которое он когда-то попал, обстановка экзамена, на котором он с позором провалился, где ему было так стыдно.

Навязчивые страхи – фобии (гр. phobos – страх). Очень мучительны переживания страха, вызываемого самыми различными предметами и явлениями: боязнь высоты, широких площадей или, наоборот, узких улиц, страх совершить что-то неприличное, преступное или недозволенное (например, страх убить своего единственного горячо любимого ребенка, страх не удержать в общественном месте кишечные газы, страх громко кричать в обстановке торжественной тишины, во время концерта), страх быть пораженным молнией, утонуть, попасть под машину, страх перед подземными переходами, перед спуском по эскалатору метро, страх покраснеть в общественном месте, особенно во время щекотливого разговора, когда все могут подумать, что у больного «не совсем чистая совесть», страх загрязнения, страх перед острыми, колющими и режущими предметами. Особую группу составляют *нозофобии* – навязчивые страхи заболеть тем или иным заболеванием (кардиофобия, спидофобия, сифилофобия, канцерофобия) или даже умереть от этой болезни либо от каких-то других причин (страх смерти – танатофобия; гр. thanatos – смерть).

Возникновение навязчивых страхов обычно сопровождается появлением выраженной вегетативной реакции в виде резкого побледнения или покраснения, потливости, сердцебиения, учащенного дыхания. Характерно, что обычно вполне критическое отношение к своему состоянию, понимание несостоятельности, необоснованности навязчивых страхов в момент приступа последних исчезает, и тогда человек действительно уверен, что «немедленно умрет от ин-

фаркта», «скончается от кровоизлияния в мозг», «погибнет от заражения крови».

Навязчивые влечения (навязчивые желания) выражаются в появлении неприятных для человека желаний (плюнуть в затылок впереди сидящего человека, дернуть за нос встречного, выскочить из машины на самой большой скорости), всю нелепость и болезненность которых человек понимает. Особенность подобных влечений в том, что они обычно не переходят в действие, но для человека очень неприятны и мучительны.

Навязчивые действия характеризуются непроизвольным выполнением движений, чаще всего совершаемых автоматически: человек во время разговора крутит в руках кусок бумаги, ломает спички, чертит карандашом фигуры, накручивает на палец прядь волос, без всякого смысла переставляет предметы на столе, во время чтения грызет ногти, дергает себя за ухо. Сюда же относятся и такие действия и движения, как шмыганье носом, прищелкивание пальцами, покусывание губ, постоянное одергивание пиджака, непроизвольное потирание рук и многое другое. В отличие от массы других навязчивостей, эти движения и действия совершаются автоматически, выполнение их не сопровождается никакими неприятными чувствами, их просто не замечают. Более того, человек усилием воли может их задержать, помня о них, может их не совершать, но стоит ему отвлечься, как он снова начинает непроизвольно крутить в руках карандаш, перебирать лежащие перед ним на столе предметы.

Ритуалы (лат. *ritualis* – обрядовый) – навязчивые действия и движения, совершаемые больными в качестве необходимого обряда при наличии у них фобий или мучительных сомнений. Эти ритуальные движения или действия (подчас очень сложные и длительные) выполняются больными для защиты от ожидаемого несчастья или успокоения при навязчивых сомнениях. Например, больная с навязчивым страхом загрязнения так часто моет руки, что в день расходует по

куску мыла. Во время каждого мытья она намыливает руки не менее десяти раз, считая при этом вслух; если же почему-либо собьется со счета или ее отвлекут, то она тут же должна это число намыливаний утроить, затем вновь и вновь утроить и т. д. Больной с навязчивым страхом пожара время от времени поворачивается трижды вокруг своей оси, испытывая после этого на какой-то период успокоение. Девочка с навязчивым страхом подавиться перед каждым приемом пищи ставит тарелку себе на голову. Женщина, склонная к навязчивым сомнениям, закрыла ли она входную дверь, обязательно подергает за ручку двенадцать раз, напевая про себя один и тот же мотив.

Больная П., 40 лет, страдающая разнообразными навязчивыми явлениями в течение последних 12 лет, впервые стала испытывать навязчивый страх с 13 лет, когда, выходя из кинозала, почувствовала острый позыв на мочеиспускание. С этого дня возникла фобия не удержать мочу в общественном месте, особенно при большом скоплении людей. В остальном чувствовала себя здоровой, успешно окончила школу, поступила на работу. В 19-летнем возрасте (на фоне переутомления и длительного недосыпания) возник мучительный страх сойти с ума (этому способствовал рассказ подруги о заболевании ее дяди), и несколько позднее присоединился страх заболеть ранним склерозом и гипертонической болезнью и умереть от этого. С трудом работала, плохо спала по ночам, читала массу медицинской литературы. Лечилась, состояние улучшилось, однако после разрыва с женихом вновь, с еще большей силой стали беспокоить навязчивые страхи, особенно сильно – страх смерти от атеросклероза и гипертонической болезни. Очень ярко представляла себе сцену своей смерти и похорон.

Понимала нелепость своих страхов, но избавиться от них не могла. Некоторое успокоение чувствовала после совершения таких ритуальных действий: снимала с себя одежду и, покрутив каждую вещь три раза, бросала ее на пол, но так, чтобы одна вещь лежала не менее чем на метровом расстоянии от другой, «а еще лучше, чтоб чулок летел в один конец комнаты, кофточка – в другой, а туфли – на балкон». Состояние особенно ухудшилось после присоединения навязчивого страха острых и режущих предметов, который постепенно стал «самым главным, самым ужасным», в то время как прежние фобии уже почти не беспокоили. Кроме того, возникли очень мучительные навязчивые влечения выколоть себе глаза, затянуться полотенцем, разрезать кожу щеки.

РАССТРОЙСТВА САМОСОЗНАНИЯ, РАСТЕРЯННОСТЬ

Деперсонализация – такое нарушение сознания собственной личности, когда человек чувствует себя каким-то изменившимся, не таким, как прежде: «это и я, и не я», «другим я стал, не тем, что был», «вот и голос тоже какой-то не мой», «я словно бы мертвый». Деперсонализационные переживания нередко сочетаются с дереализацией, но могут возникать и отдельно. Выделяют следующие виды деперсонализации: аутопсихическая, соматопсихическая, аллопсихическая.

Растерянность (аффект недоумения) – состояние, когда у больного возникает (обычно остро) ощущение, что с ним творится что-то непонятное, все кажется каким-то необычным, не поддающимся осмыслению. Человек никак не может понять, что же с ним происходит и что делается вокруг, он беспокойно озирается, с немым вопросом в глазах смотрит на окружающих, испуганно шарахается в сторону, иногда что-то бессвязно бормочет. Реже речь больного носит осмысленный характер, но и тогда это преимущественно вопросы по поводу своего непонятного состояния: «Ну что это? Что это такое? Как все это понять? Я ничего не понимаю, что со мной делается. Что со мной делается?»

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ (АФФЕКТИВНЫЕ) РАССТРОЙСТВА

Аффект (лат. affectus – душевное волнение, страсть) – сильное чувство (эмоциональный пик, эмоциональный взрыв), сопровождаемое обычно вегетативными и двигательными реакциями (ярость, отчаяние, экстаз).

Патологический аффект – состояние, когда сила эмоциональной реакции неадекватна, неизмеримо больше вызвавшего ее раздражителя, повода. Сопровождается помрачением сознания по типу сумеречного состояния с после-

дующей амнезией. Больные в таком состоянии опасны, как для себя, так и в особенности для окружающих: в состоянии сильного гнева, ярости они нападают на окружающих, иногда совершая при этом жестокие убийства.

Человек, перенесший в прошлом ушиб головы, в ответ на безобидную реплику своего начальника по поводу того, что он слишком много курит, внезапно вскочил, расшвырял стулья с такой силой, что один из них буквально развалился, а затем с перекошенным от злобы лицом кинулся на сделавшего замечание и начал душировать. Подбежавшие сотрудники с большим трудом оттащили его от начальника. После того как это патологическое состояние прошло, ничего из происшедшего с ним в этот период не помнил.

Патологический аффект может возникнуть у лиц с органическим поражением головного мозга, а также у психопатических личностей.

Эйфория (гр. *eu* – хорошо + *phero* – ношу, переношу) – повышенное, очень радостное настроение, когда человеку все кажется необыкновенно приятным, все события окрашены только в светлые, радостные тона, жизнь кажется безоблачной и прекрасной – и это нередко при объективно очень тяжелом состоянии.

Депрессия (лат. *depressio* – подавленность, подавление) – пониженное, подавленное настроение, состояние выраженной тоски, когда все представляется в самом мрачном виде: «жизнь потеряла всякий смысл», «все немило», «все кончено», «одна тоска без конца и края».

Тревога – чувство сильного волнения, беспокойства, нередко без всякого внешнего повода (немотивированная тревога). Тревогу иногда называют тоской, проецируемой на будущее.

Дисфория (гр. *dys* – приставка, означающая расстройство функции, + *phero* – ношу, переношу) – немотивированное, обычно внезапно возникающее расстройство настроения тоскливо-злобного характера, когда больному все не нравится, все его раздражает: «ни на что глаза бы не глядели», «хочется, как таракану, залезть в щель и никого не ви-

деть», «все так противно и сама я как бешеная». Эти состояния особенно характерны для эпилепсии, могут наблюдаться также у лиц с органическим поражением головного мозга и расстройствами личности.

Эмоциональная лабильность (эмоциональная слабость, слабодушие) заключается в большой нестойкости эмоциональных реакций, когда больной легко переходит от гнева к улыбке, от улыбки к слезам, легко умиляется, плачет по самым незначительным поводам, не может без слез слушать музыку, читать книгу, смотреть фильм. О таких больных говорят, что «на чувствах их можно играть, как на клавишах». Эмоциональная лабильность особенно часто встречается при сосудистых заболеваниях головного мозга, при других органических поражениях центральной нервной системы, а также при астенических состояниях.

Эмоциональная тупость, эмоциональное оскудение выражается в постепенном ослаблении и обеднении эмоциональных реакций вплоть до почти полного их исчезновения. Причем в первую очередь исчезают высшие эмоции (этические, эстетические и др.) и наиболее долго сохраняются эмоциональные реакции, связанные с инстинктами, в частности, с пищевыми. Этот вид нарушения эмоций наиболее типичен для шизофренического процесса.

Больная, страдающая много лет шизофренией, целыми днями лежит в постели, ни к чему не проявляя никакого интереса. Остается такой же безучастной и при посещении ее родителями, никак не прореагировала на сообщение о смерти старшей сестры. Оживляется только тогда, когда слышит из столовой звон расставляемой посуды или видит в руках посетителей сумку с продуктами, причем реагирует уже не на то, какую домашнюю еду ей принесли, а в каком количестве.

Неадекватность эмоциональных реакций заключается в несоответствии характера эмоций и повода, вызвавшего их. Например, больной радостно смеется при известии о тяжелой болезни его единственного ребенка, с веселой улыбкой общается врачу, что скоро умрет, дает реакцию печали при со-

общении, что семья получила новую, очень хорошую квартиру. Неадекватность эмоций типична для шизофрении.

НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Амнезия (гр. а – частица, означающая отрицание, + mneme – память, воспоминание) – потеря памяти, отсутствие ее.

Ретроградная амнезия – потеря памяти на какой-то отрезок времени, предшествовавший тому патологическому состоянию или заболеванию, которое вызвало расстройство памяти.

Человек, перенесший травму головы с потерей сознания в течение пяти часов, после прояснения сознания никак не мог вспомнить не только того, как, при каких обстоятельствах он получил травму, но и всего, что было в течение трех дней перед этим. Совершенно не помнил, что он в этот период делал, где был, кого видел.

Антероградная амнезия – потеря памяти на тот или иной период, следующий за заболеванием или патологическим состоянием, приведшим к расстройству памяти.

Больной, перенесший серию эпилептических припадков, после окончания их и полного прояснения сознания долго разговаривал с врачом, сообщая ему о самочувствии в данный момент, жаловался на боль в прикушенном языке, на чувство разбитости во всем теле, просил поскорее выписать его домой. Однако когда он встретил врача через несколько часов – к вечеру того же дня, то никак не мог припомнить, что сегодня этого врача он уже видел. Совершенно не помнил также и о содержании беседы, равным образом амнезировал и все другие события дня (что он ел за обедом, чем занимался).

Нередко встречается и сочетание этих двух видов амнезий, в таком случае говорят о *ретроантероградской амнезии*.

Фиксационная амнезия – потеря способности запоминать, фиксировать текущие события; все, что в данный момент имело место, тут же больным забывается, амнезируется.

Больная никак «не может запомнить, где стоит ее кровать, хотя находится в этой палате уже в течение нескольких лет: не помнит имени своего лечащего врача, несмотря на то что ей сообщают его каждый день; никак не может вспомнить, что она только что ела, чем занималась. Встречая несколько раз в день дежурную сестру, каждый раз радостно заявляет: «Рада вас приветствовать, давненько мы с вами не встречались».

Прогрессирующая амнезия характеризуется постепенным ослаблением памяти, причем в первую очередь ослабляется, а потом и исчезает память на текущие события, на то, что было недавно, на события последних лет, в то время как далекое прошлое человек может помнить долго и довольно хорошо.

Больная, ничего не помнящая из событий последних лет, забывшая даже, как зовут ее дочь, в то же время хорошо помнит, какую чудесную куклу ей подарили в шестилетнем возрасте, хотя было это 60 лет тому назад. Помнит, какое на этой кукле было платье, какие волосы, как она не расставалась с ней даже ночью.

Парамнезия (гр. пара – рядом, возле, около + мнемезис – память, воспоминание) – ошибочные, ложные, превратные воспоминания. Человек может вспоминать действительно имевшие место события, но относить их к совсем иному времени, это *псевдореминисценции* – ложные воспоминания, когда события, пережитые в прошлом, переносятся в настоящее.

Больной, в прошлом преподаватель, при встрече с врачом торжественно сказал: «Вчера я принимал экзамен у школьников старших классов», хотя в действительности это происходило более 50 лет тому назад. В другой раз он сообщил: «Какое наслаждение я получил от «Лебединого озера», ведь вчера я был в Большом театре». Хотя это событие состоялось четыре года тому назад.

Конфабуляции – (лат. con – с, вместе с + fabula – повествование, история, сказка, беседа) – другой вид парамнезии – вымышленные воспоминания, совершенно не соответствующие действительности, когда больной сообщает о том, чего в реальности никогда не было. В конфабуляциях часто присутствует элемент фантазии.

Больной с возмущением говорит: «Ужасные безобразия творятся в этой клинике. Вчера, например, меня посадили в клетку с тигром, а потом заставили вылезать на улицу через форточку».

Криптомнезии (гр. *kryptos* – скрытый, тайный + *mneme* – память, воспоминание) – такого рода парамнезии, когда человек не может вспомнить, во сне или наяву было то или иное событие, написал ли он стихотворение или просто запомнил когда-то прочитанное, был ли он на концерте известного музыканта или только слышал разговор об этом. Иными словами, забывается источник той или иной информации.

Больная утром, только что проснувшись, рассказала соседкам по палате содержание своего сна. Ей приснилось, что мать в ее отсутствие сдала в ломбард все ее платья. Увидев мать, пришедшую к ней на свидание к вечеру этого дня, больная стала плакать и упрекать ее за «сданные в ломбард платья». Была убеждена, что это было на самом деле, заявляла матери: «Тебе просто стыдно, вот ты и говоришь, что ничего не сдавала».

Глава II

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Синдром представляет собой совокупность отдельных признаков болезни, определенное сочетание симптомов («синдром» – «совместный бег» симптомов). Отдельные симптомы не существуют изолированно, вне связи с другими психическими расстройствами. Синдром в течение болезни динамичен и может сменяться другими психопатологическими симптомокомплексами. Клинические особенности синдрома и характерные закономерности смены психопатологических расстройств определяют диагноз болезни. Каждому заболеванию свойственна определенная последовательность формирования и смены синдромов.

АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Астенический синдром (гр. *astheneia* – бессилие, слабость) – состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, снижением или утратой способности к продолжительному физическому или умственному напряжению, раздражительностью, легко меняющимся настроением, нарушением сна. Характерна *гиперестезия* – непереносимость громких звуков, яркого света, резких запахов. Обычные раздражители кажутся более сильными, невыносимыми. При астении больные часто жалуются на головные боли. Первыми проявлениями астенического синдрома являются повышенная утомляемость, нетерпеливость, постоянная непродуктивная деятельность («усталость, не ищущая покоя»). Астения может характеризоваться *раздражительной слабостью* в ви-

де чрезмерной раздражительности иногда по незначительному поводу и быстрым угасанием аффективной вспышки.

Астенический синдром при различных заболеваниях имеет клинические особенности. Он может быть следствием тяжелого длительного эмоционального или интеллектуального напряжения, различных психических, соматических и инфекционных заболеваний, интоксикаций, а также черепно-мозговых травм, возникать в дебюте шизофренического процесса. Наиболее часто этот синдром наблюдается у людей со слабым типом высшей нервной деятельности.

БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ

Паранойяльный синдром – постепенное формирование систематизированного бреда, обычно (особенно на первых порах) эмоционально насыщенного и до какой-то степени правдоподобного, лишено явных нелепостей. При этом бреде не бывает галлюцинаций (ни истинных, ни псевдогаллюцинаций). В ряде случаев рассматриваемый вид бреда может формироваться на основе сверхценной идеи. По содержанию это чаще всего бред изобретательства, ревности, физического недостатка, любовный, сутяжный. Как правило, он очень стоек.

Переводчик, долгие годы специализировавшийся в области технических переводов, с течением времени пришел к убеждению, что все это – «ерунда», что «техника не будет совершенной до тех пор, пока не будет совершенной человеческая порода», и «стал разрабатывать научную основу этого усовершенствования». Занимался этим несколько лет, настойчиво посещал ученых медиков и биологов, предлагая им «претворить его открытия в жизнь». Всюду ходил с толстой папкой полной справок, вырезок из газет и журналов, главным образом популярных. Предлагал создать такой научно-исследовательский институт, «где бы все сотрудники вели эксперименты на себе» и «путем перекрестного скрещивания добивались получения наилучшего потомства». Признаков слабумия не обнаруживал, с собеседниками был вежлив и корректен, но никаким разубеждениям не поддавался и был непоколебимо убежден в сво-

ей правоте. Несогласие же с ним (в том числе и крупных ученых) объяснял тем, что «все это слишком ново» и «не всем дано смотреть далеко вперед», а в дальнейшем и тем, что «завистники ему мешают».

Галлюцинаторно-параноидный синдром включает в себя бредовые идеи и галлюцинации. Одной из разновидностей этого синдрома является *синдром Кандинского–Клерамбо* (синдром психического автоматизма). Это галлюцинаторно-параноидный синдром, состоящий из псевдогаллюцинаций, бредовых идей воздействия (бред физического и психического воздействия – разновидность бреда преследования) и *явлений психического автоматизма*. Последние делятся на *идеаторные*, или *ассоциативные*: эхо-мысли, звучание мыслей, вкладывание чужих мыслей, отнятие собственных мыслей, разматывание воспоминаний, внушение сновидений и т. д.), *двигательные* или *кинестетические* (всеми движениями больного управляют), *сенестопатические* (создают ощущения боли, жжения, жара).

Все симптомы, составляющие синдром Кандинского – Клерамбо, тесно между собой связаны: псевдогаллюцинации сопровождаются чувством сделанности, т. е. связаны с бредом воздействия, с этим же связаны и явления психического автоматизма, а также такие входящие в состав синдрома нарушения, как «чувство овладения» (больным «овладели», он «не принадлежит себе») и так называемый *синдром внутренней открытости*. Последний, обычно очень тягостный для больных, заключается в убеждении, что все помыслы человека, в том числе и самые интимные, сейчас же становятся известны всем окружающим.

Больной сообщает, что вот уже несколько лет он находится под постоянным воздействием каких-то аппаратов, направляющих на него «лучи атомной энергии» Понимает, что это воздействие исходит от каких-то ученых, ставящих эксперимент. «Они выбрали меня, потому что у меня всегда было богатырское здоровье». Экспериментаторы «отнимают его мысли», «показывают ему какие-то образы», которые он видит внутри головы, в голове же «звучит голос» – «тоже их работа». Внезапно во время беседы больной начинает гримасничать, кривить рот, подергивать

щекой. На вопрос, зачем он это делает, отвечает: «Это вовсе не я, это они лучами жгут, направляют их на разные органы и ткани». «Вот вначале подействовали на тройничный нерв, а вот уже и лицевой нерв прижгли» (больной по специальности врач и до заболевания был преподавателем анатомии). Жаловался также, что «эти ученые изуверы» воздействуют и на его внутренние органы – «прижигают гениталии», «мочу задерживают», «на проводящую систему сердца воздействуют», «в голове жар вызывают».

Парафренный (парафренический) синдром состоит из систематизированного бреда величия (обычно фантастического характера) и преследования, а также явлений психического автоматизма и псевдогаллюцинаций. Нередко сочетается с повышенным настроением.

Больная, много лет высказывающая бредовые идеи физического воздействия (существует специальная организация, которая какими-то сверхмощными аппаратами воздействует на нее, на ее психику, отдает ей мысленные приказы, жжет ее тело), затем стала говорить, что у нее с «этой организацией установилась двусторонняя связь». Заявляла, что она теперь тоже может воздействовать на окружающих, «передавать им свои мысли, сплошь такие гениальные». Уверяла, что «этими передачами» способствует мировому прогрессу, влияет на ход истории, помогает творить художникам и композиторам, что ее мысли приводят в действие «особые секретные аппараты, трансформирующие солнечную энергию». Настроение приподнятое, благодушна, хотя иногда, главным образом при виде родственников, дает злобные реакции.

Синдром Котара чаще всего состоит из сочетания тяжелой депрессии и *бреда отрицания, или нигилистического бреда* (см. «Расстройства мышления», с. 25). Однако в состав этого синдрома могут входить и такие бредовые идеи, как *бред гибели мира, бред мучительного бессмертия* и *бред отрицательного величия* (бред злого могущества). Бред мучительного бессмертия заключается в убежденности, что больной никогда не умрет, вечно будет жить и вечно мучиться. Бред отрицательного величия, или злого могущества, характеризуется стойкой убежденностью, что уже само существование больного приносит всем окружающим, а то и всему миру огромный вред, непоправимый ущерб. Например,

больной упорно отказывается от еды, ибо «и так уже объел весь мир, скоро все люди с голоду погибнут»; другая больная уверяет, что ее дыхание – «зловонное и мерзкое» – может погубить на земле все живое.

Больная Н., 60 лет, очень депрессивная, упорно отказывается от еды, объясняя это тем, что «пищеварительного тракта уже нет», «он полностью сгнил», «пища может попасть только в легкие», «мышцы тоже все высохли». «На веки вечные останусь таким живым трупом», «буду только мучиться», «постоянно думаю, как было бы справедливо, если бы я умерла, да ведь смерть меня не возьмет». Умоляет врачей помочь ей в этом, «договориться, чтоб сожгли в атомном реакторе» – «может быть, хотя бы эта сила меня убьет, а то ведь так и буду вечно гнить заживо».

Синдром дисморфомании – дисморфофобии характеризуется обычно триадой М.В. Коркиной, состоящей из идей физического недостатка («ноги такие уродливые», «нос, как у Буратино», «уши, как лопухи» и т. д.), бреда отношения («все смотрят и смеются», «кому приятно смотреть на уродца», «люди па улице пальцем показывают») и пониженного настроения, иногда вплоть до тяжелой депрессии с мыслями о самоубийстве.

Сама идея физического недостатка чаще всего является бредом паранойяльного типа (когда мысли об уродстве касаются совершенно правильной части лица или тела), реже – сверхценной идеей (в этом случае небольшой дефект, например несколько искривленные ноги, воспринимается как «потрясающее уродство», «позор»). Больным с идеями физического недостатка чрезвычайно свойственно стремление к «исправлению», «коррекции» тем или иным путем своего мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка. Особенно активно они посещают хирургов, добиваясь непоказанной им косметической операции.

Значительно реже мысли о том или ином физическом дефекте носят характер навязчивых образований. Поэтому более правомерно в большинстве наблюдений говорить не о дисморфофобии (гр. dys – приставка, означающая расстрой-

ство, + *morphe* – форма) – навязчивом страхе по поводу неправильной формы той или иной части тела (хотя такие наблюдения тоже имеются), а о дисморфомании (гр. *mania* – безумие, страсть, влечение).

Больной Г., 20 лет, твердо убежден, что у него «ужасно уродливый нос», имея в виду маленькую горбинку. Убежден, что стоит ему где-нибудь появиться, как все тотчас начинают его разглядывать и смеяться над ним. Поэтому выходит из дома только в темноте, да и то старается ходить по темным безлюдным улицам. Если же возникает крайняя необходимость выйти днем, то, заклеивает нос пластырем или вызывает сильный его отек, сажая на область переносицы пчел. В таком виде чувствует себя более спокойно и может даже появляться в общественных местах: «Хотя нос и раздулся, зато все видят, что это просто отек от укуса пчелы, а уродства не видно». Очень подавлен, плачет, думает о самоубийстве. Многократно обращался к хирургам-косметологам с просьбой «убрать это безобразие», «освободить от уродства» (в действительности же, по определению косметологов, у больного очень правильное и красивое лицо, в том числе и нос).

Бредовые синдромы не являются чем-то постоянным и неизменным. Так, в частности, паранойяльный синдром может сменяться синдромом Кандинского-Клерамбо, а тот в свою очередь – парафренным, что нередко и бывает при параноидной шизофрении. Приведем для иллюстрации краткую выписку из истории болезни.

Шестнадцатилетний школьник, ранее живой и общительный, стал все чаще уединяться, избегая прежде всего общественных мест. Нередко, особенно если полагал, что за ним никто не наблюдает, рассматривал свое лицо в зеркале. Часто плакал. Рассказывал близким, что его подавленное состояние связано с «ужасным уродством нижней челюсти», «непомерно большой и широкой». Упрашивал хирургов сделать ему косметическую операцию, никак не реагировал на их заверения, что челюсть у него самая обычная, что абсолютно никаких дефектов в ее строении нет. Через несколько лет «стал замечать», что между ним и окружающими «существует какая-то мысленная связь», что у него «особая работа мозга», «способность к передаче мыслей на расстоянии». Уверял, что эта передача «может осуществляться непосредственно через череп» либо «через сетчатку в мозг, так экономнее». Это «воздействие извне» способно не только передавать мысли, но и оказывать различные другие дейст-

вия, например, вызвать покраснение глаз, их «просветление», слезотечение и т.д. Кроме того, этой «передачей» можно «наводить прямо в голову различные зрительные образы», «видно в голове, как в туманном зеркале». О челюсти к этому времени почти не вспоминал и бредовых идей отношения в это время также не высказывал (трансформация параноидального синдрома в синдром Кандинского–Клерамбо). Спустя еще несколько лет можно было наблюдать трансформацию и синдрома Кандинского–Клерамбо; он постепенно сменился парафренным синдромом. В этот период больной уверял, что «мысленную связь он установил и с другими планетами, слышит голоса и звуки с других планет, из других миров». Требовал связать его с учеными-физиками, так как он «открыл величайший закон», «такого еще никогда ни с кем не было», он обладает «особым магнетизмом», «может выработать систему улучшения жизни во всей Вселенной» (фантастический бред величия).

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ (АФФЕКТИВНЫЕ) СИНДРОМЫ

Маниакальный синдром состоит из характерной *триады: повышенного, очень хорошего настроения, ускорения мыслительных процессов и двигательного возбуждения.*

Больной Ж, 20 лет, едва заметив группу студентов, устремляется к ним, моментально со всеми знакомится, шутит, смеется, предлагает спеть, обучить танцам, в шуточной форме представляет всех окружающих больных: «Это – гигант мысли, дважды два не знает сколько, а этот – барон Мюнхгаузен, враль необыкновенный» и т. д. Быстро отвлекается, «чтобы дать руководящие указания нянькам», которые не так, по его мнению, делают уборку помещения. Затем, прыгая на одной ноге и, при танцовой, возвращается к группе студентов, предлагая «проверить их знания по всем наукам». Говорит очень быстро хриплым голосом (от перенапряжения голосовых связок), часто не договаривая мысль до конца, перескакивает на другой предмет, иногда рифмует слова.

Маниакальный синдром зачастую сопровождается идеями величия, однако они редко приобретают характер настоящего бреда, чаще всего это только переоценка своих данных, своих возможностей. Двигательное возбуждение при этом может быть очень выраженным, но всегда целенаправленным, по типу стремления к поступкам, к определенной деятельности (хотя вследствие большой отвлекаемости больной и не доводит эту деятельность до конца). Иногда у боль-

ных наблюдается склонность к гневливым вспышкам, особенно если не выполняются их многочисленные требования, не поддерживаются их новые проекты (*гневливая мания*).

Депрессивный синдром включает *триаду*, прямо противоположную маниакальной: *резко пониженное настроение, замедленность мышления и движений*.

Больная неподвижно сидит на постели, опустив голову, бессильно свесив руки. Выражение лица тоскливое, взгляд устремлен в одну точку. На вопросы отвечает односложно, после большой паузы, чуть слышным голосом. Жалуется: «У меня часами не бывает в голове никаких мыслей».

Двигательная заторможенность депрессивных больных может быть очень выраженной, вплоть до *депрессивного ступора* – полной обездвиженности. В ступоре больные сохраняют характерную депрессивную позу и мимику, и с ними с трудом, но все-таки можно установить контакт. Чуть заметным кивком головы, иногда даже еле заметным движением век они отвечают, дают понять, что слышат и понимают собеседника. Депрессивное состояние нередко сопровождается бредовыми идеями, главным образом самоуничтожения, преследования, нигилистическим бредом. При тяжелой депрессии может наблюдаться симптом *болезненной психической нечувствительности* (*anaesthesia psychica dolorosa*), когда больной перестает по-прежнему чувствовать, любить, эмоционально реагировать на окружающее и от этого глубоко страдает: «Я не видела сына несколько лет, так ждала его, а когда он появился, никакой радости не испытала, это так тяжело».

Депрессивное состояние нередко сочетается с тревогой, при этом больные могут быть очень беспокойны, мечутся, заламывают руки, громко стонут (*ажитированная депрессия*; лат. *agitatus* – кричать, возбуждать). Крайняя степень ажитированной депрессии – «тоскливый взрыв» – *raptus melancholicus* (лат. *rapio* – хватать). При тяжелых депрессиях нередко наблюдается и деперсонализация.

Депрессивные состояния отличаются большим многообразием и распространенностью. По *этиологии* выделяют 9 основных клинических вариантов депрессии, объединяемых в три группы:

- 1) соматогенные депрессии – органическая и симптоматическая;
- 2) эндогенные – шизофреническая, циркулярная, периодическая, инволюционная;
- 3) психогенные – невротическая, реактивная, истощения.

По ведущему клиническому симптому (по выраженности компонентов депрессивной триады) – 10 видов:

- 1) адинамическая – с преобладанием вялости, апатии, безучастности (синоним – апатическая депрессия);
- 2) ажитированная – сопровождается длительным речедвигательным возбуждением, вплоть до неистовства. Если депрессия сопровождается аффектом тревоги, страха, то говорят о тревожно-ажитированной депрессии;
- 3) анестетическая – протекает с симптомами болезненной психической анестезии – мучительного бесчувствия, переживания внутренней опустошенности, утраты чувств к близким, исчезновения эмоционального резонанса;
- 4) астеническая – протекает с выраженной астенией, явлениями психического и физического истощения, гиперестезией;
- 5) заторможенная – с особенно выраженным двигательным торможением, замедленным мышлением, при усилении которых может наблюдаться депрессивный ступор;
- 6) ироническая – характеризуется скорбной улыбкой в сочетании с горькой иронией по отношению к своему состоянию при выраженной угнетенности настроения и чувстве полной безнадежности своего состояния, часты суицидальные попытки;
- 7) маскированная (соматизированная, скрытая, латентная, ларвированная) – разновидность депрессивного состояния, при котором оно маскируется преобладающими в клинической картине соматическими и вегетативными

симптомами, что создает значительные трудности в диагностике. Основные виды этой депрессии – алгически-сенестопатическая, абдоминальная, кардиалгическая, цефалгическая, диэнцефальная и др.;

- 8) слезливая – сочетается со слабодушием, слезливостью;
- 9) тревожная – в клинической картине депрессии преобладает тревога. Характерно постоянное тягостное ожидание несчастья, часто сочетающееся с идеями виновности, греховности, с явлениями двигательного и речевого возбуждения;
- 10) тоскливая (меланхолическая, витальная) – с переживанием глубокой, предсердечной тоски, в сочетании с подавлением жизненных инстинктов, витальных побуждений.

Апатический синдром характеризуется полной бездеятельностью, равнодушием, отсутствием каких-либо интересов и желаний. Больные целыми днями лежат в постели, не проявляя абсолютно никакого интереса ни к окружающей жизни, ни к собственной личности. Полностью безразличны к своему туалету, к своей внешности, без настойчивых напоминаний не одеваются, не причесываются, не умываются, ко всему глубоко равнодушны. Иногда такой синдром называют *апатико-абулическим*, что подчеркивает полное отсутствие каких-либо волевых импульсов (гр. *a* – частица отрицания + *bule* – воля, решение).

КАТАТОНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Кататонический ступор (лат. *stupor* – оцепенение, неподвижность) – полная обездвиженность, причем человек может застыть в самой необычной позе: с неудобно вытянутыми руками, стоя на одной ноге, с головой, приподнятой под тем или иным углом над подушкой (симптом *воздушной*, или *психической подушки*). Однако чаще всего больные неподвижно лежат в «эмбриональной позе» – на боку с согнутыми и прижатыми к туловищу руками и ногами, с закрыты-

ми глазами. Такая неподвижность сопровождается обычно полным молчанием – *мутизмом* (лат. *mutus* – немой, безмолвный) и нередко *негативизмом* (активным или пассивным). *Активный негативизм* выражается в активном сопротивлении больного всем просьбам. Например, на предложение открыть глаза больной еще плотнее закрывает веки, на просьбу показать язык еще крепче сжимает рот. При *пассивном негативизме* больной никак не реагирует на все обращения к нему, просьбы и предложения. У больных с кататоническим ступором может наблюдаться и симптом *восковой гибкости* – *flexibilitas cerea* (лат. *flexus* – сгибать, перегибать + *cereae* – воск).

Для кататонического ступора очень характерно повышение мышечного тонуса; собственно, от этого симптома и произошло название синдрома в целом (гр. *kata* – движение сверху вниз, усиленные действия + *tonos* – натягивание, напряжение).

Кататонический ступор отличается от депрессивного, во-первых, невыразительностью позы, которая никак не характеризует переживания больного, ничего о них не говорит (депрессивный больной и в ступоре имеет вид депрессивного больного), и, во-вторых, такой больной совершенно не вступает в контакт с окружающими.

Кататоническое возбуждение – хаотическое, бессмысленное возбуждение по типу стремления к отдельным движениям, обычно стереотипно повторяемым. Характерно, что это возбуждение бывает в ограниченных пространственных пределах (больной стереотипно подпрыгивает в кровати, стереотипно взмахивая руками, или бесконечно переступает с ноги на ногу на одном и том же месте, например, около садовой скамейки). Такое возбуждение сопровождается либо полным молчанием (*немое возбуждение*), либо стереотипными выкриками отдельных фраз или слов (*вербигерация*). Иногда больные, не выявляя спонтанной речи, в точности как эхо, копируют слова (*эхолалия*) или движения окружающих (*эхопраксия*).

Кататоническое возбуждение отличается от маниакального, во-первых, своей хаотичностью, немотивированностью, нецеленаправленностью и, во-вторых, выявлением в очень ограниченном пространстве.

Больной, сидя в постели с подогнутыми под себя ногами, в течение многих часов совершает одни и те же движения: стереотипно потирает руки и через равные промежутки времени наклоняет голову, касаясь носом пальцев, – и все это в полном молчании.

Гебефренический (гебефренный) синдром часто сочетается с кататоническим возбуждением. Характеризуется манерностью, дурашливостью, пустым, незаражающим весельем. Такие больные кривляются, показывают язык, строят рожи, мяукают, кудахтают, хрюкают, иногда без всякого смысла рифмуют слова или бормочут что-то нечленораздельное. Ходят вычурной походкой, высоко подбрасывая ноги или семеня, вместо руки для приветствия протягивают ногу, копируют движения и жесты окружающих.

Больная во время врачебного обхода привязала хлястик халата одного из врачей к спинке кровати и потом выражала бурную радость по поводу того, что халат порвался, подмигивала, хихикала. Затем объявила, что она очень хорошо ползает по-пластунски, и тут же начала это демонстрировать, одновременно мяукая по-кошачьи.

АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Синдром Корсакова – разновидность амнестического синдрома. Основой его является невозможность запоминать текущие события (фиксационная амнезия) при более или менее сохранной памяти на прошлое. В связи с этим возникает нарушение ориентировки (так называемая амнестическая дезориентировка). В первую очередь нарушается ориентировка во времени. Кроме того, имеется дезориентировка в месте и окружающей действительности. И еще один характерный симптом этого синдрома – парамнезии, главным образом в виде псевдореминисценций и криптомнезий, но могут наблюдаться и конфабуляции.

Больной П., 33 лет, переведен в психиатрическую клинику ввиду выраженных расстройств памяти из хирургической, где он лечился по поводу травмы головы, охотно сообщает свое имя и фамилию, называет профессию, имена детей. В то же время не знает, где он сейчас находится, какое сегодня число, что он совсем недавно ел. Никак не может запомнить имени лечащего врача (несмотря на то, что каждый день спрашивает об этом), не помнит, где стоит его кровать. На вопрос, чем он вчера занимался, сообщает, что «пришлось срочно пересматривать один проект». В другой раз говорит: «Целый день занимался починкой мотоцикла, что-то он опять у меня забарахлил».

ПСИХОЭНДОКРИННЫЙ СИНДРОМ

Психоэндокринный синдром – психическая патология, развивающаяся при эндокринных заболеваниях. Термин введен в психиатрическую практику М. Блейлером в 1948 г.

Эндокринный психический синдром включает в себя разной степени выраженности личностные и характерологические (психопатоподобные) расстройства, а также нарушения памяти и интеллекта; возможны острые и затяжные психозы. Указанная патология может быть как при гиперфункции, так и гипофункции эндокринных желез. Психоэндокринный синдром характеризуется также снижением психической активности, изменением влечений и инстинктов, расстройствами настроения.

Снижение психической активности может достигать *полной аспонтанности* с сужением круга интересов и приближаться к клинике апатико-абулического синдрома. В отличие от апатико-абулического синдрома у больных шизофренией, у больных с эндокринным психическим синдромом всегда сохраняется адекватная реакция на ситуацию. Изменение влечений и инстинктов выражается в их понижении или усилении. Извращения влечений встречаются редко. Изменение настроения характеризуется смешанной картиной, например, сочетание депрессии с дисфорией, лабильность настроения, развитие тревоги и страха. Возможны также диссоциированные расстройства в виде двигательной затор-

моженности при приподнятом настроении. Отдельные эндокринные заболевания имеют свои особенности психопатоподобных, аффективных, интеллектуальных и мнестических нарушений.

ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Психоорганический синдром (гр. *psyche* – душа, *organicos* – органический, неизменный; синонимы: органический психосиндром, диффузный мозговой синдром, энцефалопатический синдром) – неспецифическая в нозологическом отношении патология. Впервые описан в 1916 г. Э. Блейлером под названием «органический симптомокомплекс», в конце XIX века использовался термин *laesio cerebri organica*. Клиническая картина психоорганического синдрома представлена триадой Вальтер-Бюэля (1951): нарушение памяти, интеллекта, аффективные расстройства. Выраженность этих расстройств различна и может достигать слабоумия. Нарушения памяти проявляются в ее снижении, различных видах амнезий, парамнезий; интеллектуальные нарушения – в снижении уровня суждений и умозаключений. Прежде всего страдают позднее приобретенные навыки. Замедляется темп психических процессов, уменьшается запас слов. Больные трудно переключаются с одной темы беседы на другую. Аффективные реакции характеризуются неустойчивостью, быстрой сменой аффекта.

При психоорганическом синдроме часто имеют место головные боли, головокружение, метеочувствительность. На начальных этапах развития синдрома происходит заострение присущих больному особенностей характера, а затем – сглаживание характерологических черт. Существуют следующие варианты (этапы формирования) психоорганического синдрома: астенический, эксплозивный, эйфорический, апатический (Курт Шнайдер, 1955).

СЛАБОУМИЕ

Слабоумие – глубокий малообратимый дефект психики, проявляющийся слабостью интеллекта, утратой ранее приобретенных знаний и (или) затруднением в приобретении новых, бедностью психики в целом, изменением поведения. Различают слабоумие врожденное – *олигофрению* (гр. oligos – малый в смысле количества + phren – душа, ум) и приобретенное – *деменцию* (лат. de – приставка, означающая снижение, понижение, движение вниз, + mens, mentis – ум, разум) – результат изменений мозга при различных заболеваниях. По особенностям клинической картины различают следующие типы деменции.

Органическая деменция – слабоумие, вызванное главным образом сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилитическими и старческими психозами, травмами головного мозга. Органическое слабоумие обычно делят на две группы: тотальное (диффузное, глобальное) и частичное (дисмнестическое, парциальное, лакунарное).

Тотальное слабоумие характеризуется стойким снижением всех интеллектуальных функций, слабостью суждений, отсутствием критики к своему состоянию. Примером тому может служить так называемая сенильная деменция или слабоумие при прогрессивном параличе (паралитическая деменция).

Больной, в прошлом очень образованный и культурный человек, не стесняясь присутствующих, ходит голым по палате, затем подходит к молодому врачу и предлагает ей «немедленно выходить за него замуж». Не помнит ни дат своей жизни, ни известных исторических дат. Без всякой критики относится к своему состоянию, считает себя вполне здоровым, а факт своего пребывания в беспокойном отделении психиатрической больницы объясняет желанием «отдохнуть от дел в этой милой обстановке».

Для *частичного (дисмнестического) слабоумия* свойственны, как показывает уже само название, выраженные нарушения памяти. Остальные интеллектуальные функции

страдают главным образом вторично, поскольку нарушаются «входные ворота интеллекта», как иногда называют память. Такие больные сохраняют способность к суждениям, у них наблюдается критическое отношение к своему состоянию. Им трудно усваивать новое, но старые знания, особенно профессиональные, хорошо закрепленные, могут у них сохраняться довольно долго. Ввиду наличия критического отношения к себе такие больные понимают свое положение, стараются избегать разговора, в котором они могли бы обнаружить расстройства памяти, пользуются постоянно записной книжкой, пишут заранее, что им надо сказать или сделать.

Типичная картина такого частичного слабоумия может наблюдаться при церебральном атеросклерозе или сифилисе головного мозга.

Среди приобретенного слабоумия выделяют также шизофреническое слабоумие и эпилептическое слабоумие.

Шизофреническое слабоумие, называемое еще апатическим, характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безынициативностью, в то время как предпосылки к умственной деятельности еще длительное время могут сохраняться. Именно поэтому интеллект таких больных сравнивают со шкафом, полным книг, которыми никто не пользуется, или с музыкальным инструментом, закрытым на ключ и никогда не открываемым.

Молодой человек, 22 лет, целыми днями неподвижно лежит в постели, не проявляя ни к чему никакого интереса и ничем не занимаясь. Не берет в руки книги, совершенно равнодушно проходит мимо телевизора во время самой интересной передачи. В то же время однажды неожиданно подошел к шахматному столику и обыграл очень сильного шахматиста. В дальнейшем по-прежнему ничем не занимался, ничем не интересовался, безучастно относясь и к многочисленным предложениям сыграть в шахматы.

Эпилептическое слабоумие выражается не только в значительном снижении памяти, но и в своеобразном изменении мышления, когда человек начинает терять способ-

ность различать главное и второстепенное, ему все кажется важным, все мелочи – значительными. Мышление становится вязким, непродуктивным, патологически обстоятельным, больной никак не может выразить свою мысль (недаром эпилептическое мышление называют иногда лабиринтным). Речь больных оскудевает, развивается олигофазия.

Больная, 36 лет, с детства страдающая эпилепсией, подробно, тщательно детализируя, сообщает о своем состоянии: «Так вот, значит, я тогда пошла, пошла, а передо мной дверь, ну я взялась за ручку, взялась и толкнула, а там еще бабушка стояла, у нее носки шерстяные и ботинки сороковой размер...» и т. д. Всю эту длинную речь больная произнесла для того, чтобы сообщить врачу о появлении припадков после ушиба головы дверью. Память резко снижена, женщина пользуется небольшим количеством слов, часто применяя трафаретные выражения и рифмы, охотно употребляет уменьшительные слова: «рученьки», «сестриченька», «кроватька».

СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Синдромы нарушения сознания встречаются не только при психических заболеваниях, но и у тяжелых соматических больных, которым необходима неотложная помощь. Поэтому знание клинических особенностей этих синдромов не только может облегчить практическому врачу установление дифференциального диагноза, но и даст возможность своевременно начать лечение.

Если считать, что у человека, находящегося в ясном сознании, сохранена способность адекватного восприятия окружающей действительности, последовательного логического мышления и активной целеустремленной деятельности, то при помрачении сознания эти психические функции оказываются расстроеными. Восприятие окружающего затрудняется, прежний тонкий контакт с внешним миром нарушается.

Для синдромов нарушенного сознания характерен комплекс симптомов:

1) отрешенность от внешнего мира (больные оказываются не в состоянии осознать происходящее, в результате чего нарушается их контакт с окружающими);

2) нарушение ориентировки (в месте, времени, окружающей действительности, собственной личности);

3) нарушение восприятия (могут возникать иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства);

4) нарушение мышления (ослабление способности суждения, бессвязность мышления, иногда бред);

5) нарушение памяти (во время помрачения сознания нарушается не только усвоение новой информации, но и воспроизведение уже имеющейся; кроме того, после выхода из состояния расстроенного сознания у больного может быть полная или частичная амнезия того, что ему пришлось пережить).

Вместе с тем каждый из этих симптомов в отдельности может встречаться при различной психической патологии, и только комбинация их говорит о помрачении сознания. Всего выделяют пять синдромов нарушенного сознания: оглушение, делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, аменция.

Оглушение характеризуется повышением порога восприятия, замедлением психических процессов, затруднением контакта с внешним миром. Из всего потока информации усваиваются и вызывают ответные реакции только те раздражители, сила которых превышает обычный для человека порог восприятия. В результате этого большая часть впечатлений от окружающего теряется, психическая деятельность оскудевает, больные бывают вялы, сонливы, дезориентированы. Продуктивной психопатологической симптоматики обычно не бывает. Различают три степени оглушения.

Обнубиляция (лат. ob – перед, против + nubes – облако) является легкой степенью оглушения. При этом состоянии отмечается колеблющийся тонус сознания. То больной

понимает, где он находится, как будто правильно отвечает на вопросы, но слегка растерян, то забывает, о чем говорил с врачом, с недоумением смотрит на окружающее, не в состоянии правильно ответить на вопрос. Иногда больные бывают эйфоричны, несколько возбуждены. Такое поведение нужно вовремя уловить, оно может свидетельствовать о нарастающей интоксикации и перейти в более тяжелое состояние, если не будет начато соответствующее лечение.

Сопор (лат. *sopor* – оцепенение, глубокий сон) может возникнуть изолированно или вслед за обнубиляцией. Контакт с больным при этом нарушен, больные производят впечатление спящих, не реагируют на окружающее или совершают бессмысленные движения. Но у них сохранены безусловные рефлексы, в том числе болевой, зрачковый и корнеальный.

Кома (гр. *koma* – непробудный сон, беспомощность) является глубокой степенью оглушения. Больной находится в бессознательном состоянии. Отсутствуют реакции на внешние раздражители и безусловные рефлексы, выражены вегетативные расстройства, отмечаются изменения дыхания, артериального давления. В зависимости от этиологических факторов (травма, уремия, гипогликемия, отравление и т. д.) возможны и другие симптомы, придающие коме специфические черты.

Все эти стадии в обратном порядке легко наблюдать при выведении больного из коматозного состояния.

Делирий (лат. *delirium* – безумие) характеризуется наплывом ярких (чаще зрительных) галлюцинаций, ложной ориентировкой в окружающем, наличием бреда (чаще бреда преследования), аффекта страха и психомоторного возбуждения. Развивается постепенно, начинаясь с бессонницы, гипнагогических галлюцинаций, беспричинного страха. Галлюцинаторные явления, вначале носящие элементарный характер (акоазмы, фотопсии), в дальнейшем перерастают в сценopodobные, становятся комплексными (сочетаются раз-

личные разновидности галлюцинаций). Имеет место иллюзорное восприятие действительности.

Состояние больного в течение суток колеблется, обостряясь к ночи, днем оно может перемежаться с ясным сознанием и наличием критического отношения к своим переживаниям. Во время делирия больные бывают дезориентированы в окружающем (ориентировка в собственной личности остается). Они ведут себя соответственно переживаемой ими ситуации (убегают или прячутся от своих преследователей, пытаются защищаться и т. п.) и могут быть социально опасными, поэтому их нужно обязательно стационарировать. Развивается делирий обычно при различных интоксикациях (в том числе при алкогольной). В некоторых случаях при отсутствии соответствующего лечения больной может погибнуть при нарастании токсических явлений. В других же – даже при отсутствии лечения – происходит самокупирование делирия. Длительность делирия – от нескольких часов до 5-7 дней.

При выходе из состояния делирия больной помнит лишь наиболее яркие из своих переживаний.

У больного Н. 42 лет, после длительного злоупотребления алкоголем нарушился сон, появилась тревога, беспокойство, беспричинный страх. Спустя пять дней, к вечеру, как только больной закрывал глаза, он видел мух, пауков, которые ползали по нему и кусали. В ужасе он открывал глаза, осматривал себя, но все исчезало. На следующую ночь страх усилился, видел в комнате кошек, которые как-то странно выгибали спины, протяжно мяукали, и бросались на него сзади. Пытался отогнать их, был возбужден, бегал по комнате, прятался. Успокоился только к утру, когда «загнал всех кошек в холодильник». Как будто бы к утру заснул, но неожиданно проснулся и увидел, что около кровати стоит его бывшая жена с ножом в руках. Чувствовал, как она ножом перерезала ему горло. «Зажал рану рукой, чувствовал, как сквозь пальцы потекла теплая липкая кровь. Она капала на рубашку, на пол». Кое-как добрался до двери, просил соседей срочно вызвать «скорую помощь», говорил, что бывшая жена перерезала ему горло и он может умереть. Был стационарирован в психиатрическую больницу. В приемном покое требовал, чтобы ему зашили рану, сделали перевязку. После инъекции аминазина быстро успокоился, уснул. На утро следующего дня с удивлением узнал, что он не в хирургии-

ческом отделении. Никак не мог понять, почему у него на шее нет повязки. Потом решил, что он несколько дней был в бессознательном состоянии и «рана за это время заросла». Но не увидев даже рубца на шее и услышав объяснение врача, что все ему просто казалось, не мог в это долго поверить, так явственно он чувствовал боль, видел текущую кровь, рукой ощущал разрез на шее.

Существуют следующие разновидности делирия.

Профессиональный делирий характеризуется нарушением ориентировки в окружающем: больным кажется, что они находятся в своей рабочей обстановке. Отмечается двигательное возбуждение в виде воспроизведения привычных профессиональных действий.

Мусситирующий (лат. *mussitatio* – беззвучное бормотание) *делирий* бывает обычно у тяжелых больных (например, при анемии, раковой интоксикации). Возбуждение ограничено пределами постели. Больные при этом что-то быстро и невнятно шепчут, бормочут и торопливыми, мелкими движениями перебирают край одеяла или одежды, хаотично сжимают и разжимают пальцы.

Онейроид (гр. *oneiros* – сон) – сноподобное, грезоподобное состояние, отличается от делирия преобладанием псевдогаллюцинаторных явлений (переживаемые больными события совершаются как бы в мысленном пространстве, а не в реальном). Иллюзорно-галлюцинаторные явления необыкновенно красочны и необычны. Бред носит фантастический характер. Нарушается восприятие времени. Больным кажется, что за несколько дней, пока они были в состоянии онейроида, прошло уже множество эпох, сменилось несколько цивилизаций и т. п. Если в состоянии делирия больные активны и поведение их зависит от их переживаний, то при онейроиде больной может видеть себя участником каких-то трагических событий, убегающим от опасности, переживать ужасные или приятные картины и при этом спокойно лежать в постели, как бы со стороны наблюдая за своими же действиями. Нарушается ориентировка в окружающем и в собственной личности. Юноше в состоянии онейроида может ка-

заться, что он древний старик, повелевающий мирами, пожилой женщине – что она ребенок и находится в сказочной стране. Несмотря на глубокое расстройство сознания, больные обычно помнят свои переживания и могут о них рассказать.

Развивается онейроид при шизофрении (онейроидная кататония), при органических поражениях мозга (энцефалиты, сосудистые поражения), при интоксикациях.

При выходе из состояния онейроида у больных некоторое время может держаться резидуальный (остаточный) бред. Онейроид может продолжаться несколько недель.

У больной М., 21 года, вскоре после поступления в психиатрическую больницу развилось онейроидное состояние, которое длилось несколько дней. Она лежала в постели с раскрытыми глазами, периодически совершала руками плавательные движения. В дальнейшем она рассказала, что видела себя, находящейся на Луне среди роботов и причудливых луноходов. Отталкиваясь от поверхности Луны, она летала над нею, а когда ее босые ноги ступали на лунный грунт, она чувствовала вечный холод камней, и ноги ее мерзли.

Больной К., 23 лет, находящийся в состоянии кататонического ступора, в течение двух недель при кормлении во время амиталкофеинового растормаживания просил не кормить его, говорил персоналу, что всю пищу надо отдать детям. После завершения лечения он в течение нескольких часов рассказывал о своих переживаниях: ему казалось, что на Земле произошла катастрофа и несколько космических кораблей с остатками жителей должны были лететь в другие звездные миры, он капитан одного из кораблей. Он не может передать отчаяния, которое его охватило, когда корабль не смог попасть в сферу притяжения звезды, на которой была жизнь, и пронесся мимо. На корабле иссякают запасы продуктов, надежд больше нет, всю пищу отдают детям.

Сумеречное помрачение сознания. Отмечается при органических поражениях мозга, эпилепсии, патологическом опьянении и т. д. Характеризуется внезапным началом, наличием галлюцинаторных и бредовых переживаний, напряженным аффектом злобы, беспричинной ярости, в связи с чем больные в этом состоянии совершают бессмысленные, жестокие действия (убивают своих родственников или незнако-

мых людей, ломают вещи). Нарушаются все виды ориентировки, правильный контакт с окружающими невозможен. Если больного о чем-то спрашивают в это время, он дает ответ не по существу вопроса, говорит что-то странное и непонятное. Длится сумеречное расстройство сознания от нескольких минут до нескольких часов. Заканчивается внезапно, обычно патологическим сном. Никаких воспоминаний о пережитом не остается.

Больной М., 38 лет, инженер, человек очень мягкий и добрый. Не женат. Алкоголем в прошлом не злоупотреблял. В день 8 Марта на работе, поздравляя сотрудниц с праздником, выпил рюмку вина. Вернувшись домой, стал помогать своей старой матери накрывать на стол, начал резать хлеб. Проснулся от холода – в одном костюме он спал на снегу. Рядом с ним, прикрытая шубой, лежала убитая мать, на теле которой было множество ножевых ранений. На руках и одежде М. – следы крови. В комнате обнаружил валяющийся кухонный нож, еда на столе была нетронута. Больной похолодел от мысли, что все это мог совершить он сам. Вызвал милицию, но ничего объяснить не мог, как ни напрягал свою память. Проходил стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Был признан невменяемым (патологическое опьянение). Впоследствии длительное время находился в депрессивном состоянии в психиатрической больнице, высказывал суицидальные мысли. Никак не мог простить себе совершенного.

Различают другие разновидности сумеречного состояния сознания.

Амбулаторный автоматизм (лат. *ambulare* – ходить, блуждать) – так называемое упорядоченное сумеречное расстройство сознания без бредовых и галлюцинаторных переживаний и без аффекта злобы. Больные при этом стремятся куда-то уйти, уехать, где-то бродить. Несмотря на то, что во время своих путешествий они ведут себя внешне упорядоченно и не производят впечатления больных, и лишь выглядят рассеянными, в дальнейшем они ничего об этом периоде вспомнить не могут.

Больной Б., 32 лет, инвалид II группы, перенесший тяжелую черепно-мозговую травму и страдающий травматической эпилепсией, во время сумеречного расстройства сознания (по типу амбулаторного авто-

матизма) уходил из дома, уезжал куда-нибудь за город. Неожиданно придя в себя где-то в незнакомом месте, он некоторое время не мог сообразить, как он там оказался. Но, вспомнив, что с ним бывают такие состояния, быстро уточнял у прохожих свое местонахождение и торопился вернуться домой. Дома он находил ключ от комнаты в условленном месте, но не помнил, как его туда положил. Иногда во время таких расстройств он приезжал к своим родным или друзьям, разговаривал с ними вполне связно, о чем-то договаривался, обещал позвонить, занимал деньги.

Впоследствии ничего об этом не помнил. Друзья же, не замечая в его поведении никаких отклонений, упрекали его в непорядочности, ссорились с ним.

Сомнамбулизм (лат. *somnus* – сон + *ambulare* – ходить) отмечается у больных (чаще у детей) с остаточными явлениями органического поражения мозга, при других психических заболеваниях или даже у здоровых лиц. Среди ночного сна при наличии незначительных раздражителей (свет луны, настольной лампы) или независимо от них больные встают с постели, что-то говорят, куда-то стремятся идти, совершают какие-то действия, иногда легко преодолевают опасные препятствия (при этом они не испытывают чувство страха). Спокойно уложенные в постель, больные легко засыпают, а проснувшись, не помнят о происшедшем. Их не следует пытаться разбудить во время блужданий, так как, увидев себя в необычной обстановке, больные могут испугаться. Сомнамбулизм представляет собой понятие собирательное. К нему могут быть отнесены случаи амбулаторного автоматизма, начавшегося во сне, а также явления частичного сна.

Фуга (лат. *fugas* – бежать) представляет собой бурный, неудержимый порыв к бегству, возникший на фоне сумеречного расстройства сознания. Фуги непродолжительны по времени, длятся несколько минут, прерываются так же внезапно, как и начинаются. Больные не могут объяснить причин своего поведения, так как не помнят своих действий. Фуги отмечаются у больных эпилепсией, при органических поражениях мозга.

Аменция (лат. *a* – без + *mens* – ум, разум) – глубокая степень расстройства сознания, которая может возникнуть,

при тяжелых интоксикациях, реже при шизофрении. Аментивному состоянию свойственна бессвязность всех видов психической деятельности. Восприятие внешнего мира искажено и фрагментарно. Галлюцинаторные переживания лишены тематического содержания, они бессвязны, эпизодичны. Характерна инкогерентность мышления с соответственно бессвязной речью. Бредовые переживания также отрывочны и бессвязны. Эмоции неадекватны и непостоянны, один аффект может быстро перейти в другой. Имеет место хаотичное двигательное возбуждение (чаще в пределах постели). Движения больных носят непоследовательный, нецелесообразный характер. Нарушены все виды ориентировки (в том числе ориентировка в собственной личности). В памяти больного могут остаться лишь отдельные фрагменты переживаний, чаще бывает полная амнезия. Длится аменция от нескольких дней до нескольких месяцев.

Раздел II

ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Частная психиатрия изучает клинику, этиологию, лечение и профилактику отдельных психических заболеваний, а также вопросы социально-трудовой реадaptации больных. В данном разделе, как это традиционно принято в отечественной психиатрии, психические заболевания разделены на эндогенные (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, циклотимия, дистимия); психогенные, вызванные хронической (невроты) или острой психической травмой (реактивные психозы); психопатии (патология характера); экзогенно-органические, обусловленные экзогенными вредностями (травмы, инфекции, интоксикации). Выделяют также пресенильные психозы, старческое слабоумие, врожденное слабоумие (олигофрению). Особое место занимает соматопсихиатрия, изучающая психические нарушения при соматических заболеваниях. С 1994 года практически во всех странах мира широко используется МКБ-10 – Международная классификация болезней, пятая глава которой посвящена психическим расстройствам (см. прил. 3).

В клинической практике все психические расстройства делятся на *психотические* и *непсихотические*. Психотические расстройства (психозы) характеризуются:

- 1) грубой дезинтеграцией психики – неадекватностью психических реакций и отражательной деятельности;
- 2) исчезновением критики, невозможностью осмысления происходящего, реальной ситуации и своего места в ней, больной не осознает свои болезненные ошибки;
- 3) исчезновением способности произвольно руководить собой, своими действиями, памятью, мышлением, вни-

манием, поведением, возникают неадекватные реакции на события, факты, ситуации, людей, предметы, самого себя.

Непсихотические (пограничные) психические расстройства характеризуются:

- 1) адекватностью психических реакций по содержанию, но часто заостренностью по силе и частоте, что обуславливает резкое изменение чувствительности, реактивности и поводом для реакции становятся незначительные ситуации;

- 2) сохранением критичности;

- 3) снижением способности регулировать свое поведение.

Г л а в а Ш

ОЛИГОФРЕНИИ

Олигофрения (гр. *oligos* – малый в смысле количества + *phren* – душа, ум) – врожденное или приобретенное в первые годы жизни недоразвитие психических функций. Недоразвитие интеллекта служит наиболее ярким клиническим проявлением олигофрении наряду, естественно, с различными эмоциональными, волевыми и двигательными расстройствами. Недоразвитие психики может сочетаться с физическими (диспластичностью и др.) и неврологическими, эндокринными, биохимическими и другими нарушениями.

Существенным отличительным признаком врожденного слабоумия является отсутствие его прогрессирования. В результате медико-педагогических воздействий можно получить даже некоторое улучшение состояния психики больного. Этим олигофренией отличаются от слабоумия, приобретенного в результате прогрессирующих органических заболеваний (деменции).

Причины, вызывающие олигофрению, весьма разнообразны. Изучение их дает возможность решать вопросы профилактики. К вредным агентам пренатального (внутриутробного) периода относятся:

1) различного рода острые (грипп, краснуха) и хронические (сифилис, туберкулез), инфекционные, а также паразитарные (токсоплазмоз) заболевания родителей;

2) интоксикация (алкоголизм и наркомания матери, появление токсических продуктов в организме матери в связи с заболеванием печени, почек, приемом химических веществ с целью прерывания беременности);

- 3) воздействие лучевой энергии;
- 4) резус-конфликт;
- 5) нарушение питания развивающегося организма (авитаминоз, кислородное голодание);
- 6) нарушение обмена веществ, в том числе и наследственное;
- 7) хромосомные и генные болезни;
- 8) травмы головного мозга, кровоизлияния, особенно происшедшие во время родов. Большую опасность представляют также асфиксия.

Причиной олигофрении могут быть травмы, инфекции, интоксикации, действующие на ребенка в первый год жизни.

Ведущим в клинике олигофрении является слабоумие, поэтому и оценка степени психического недоразвития основана на состоянии умственных способностей. Различают три основные степени олигофрении: идиотия, имбецильность, дебильность.

Идиотия (гр. *idiotia* – невежество) является наиболее тяжелой степенью умственного недоразвития. При глубокой идиотии психическая жизнь остается на самой низкой ступени развития, ограничиваясь безусловными рефлексамии. Вторая сигнальная система почти не развивается. Речь состоит в лучшем случае из отдельных звуков. Идиот не осмысляет окружающего, не дифференцирует близких, он может продуцировать лишь однообразные движения (качание, кивание головой) и нечленораздельные звуки. Эмоциональная жизнь находится в зачаточном состоянии, эмоции проявляются в злобных реакциях и крике при неприятных раздражителях. При идиотии средней и легкой степени имеются некоторые проявления познавательной деятельности.

Больные совершенно беспомощны и нуждаются в постоянном надзоре и тщательном уходе, обычно в условиях специальных учреждений.

Больной М., 8 лет, рожден от первой беременности, протекавшей с токсокозом, родился в тяжелой асфиксии. В 11 месяцев перенес токсический грипп с последующей пневмонией и явлениями менингизма, после чего отмечался спастический паралич. С этого же времени – приступы с потерей сознания, тоническими судорогами, рвотой, ознобами, закатыванием глаз, запрокидыванием головы, пеной у рта, значительным повышением температуры. Наблюдался невропатологом, получал лечение. Отмечалось значительное отставание в психическом развитии.

Физическое состояние. Грубо диспластичен, пониженного питания. С трудом дышит через нос. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные. Печень и селезенка не увеличены.

Неврологическое состояние. Череп неправильной формы, сдавленный с боков, с выраженными затылочными буграми. Страбирующий взгляд. Конвергенцию проверить не удастся. Спастический паралич нижних конечностей.

Психическое состояние. При поступлении крайне беспокоен, кричит, ползает на четвереньках, никого к себе не допускает, на обращение не реагирует, временами останавливается, встает на колени, при этом скрещивает ноги. Выражение лица малоосмысленное, отмечается гиперсаливация. В кабинете ползает по полу, на врача внимания не обращает, залезает под столы, стулья, ударяется о них головой, осмотреть себя не дает. При приближении врача начинает громко кричать, сопротивляется осмотру. Из предложенных игрушек взял машину, но тут же бросил ее. Неопрятен, себя не обслуживает. Речь состоит из отдельных слов, произносимых крайне невнятно. В процессе лечения поведение стало более упорядоченным, больной стал спокойнее.

Диагноз: олигофрения в степени идиотии, спастический паралич, эпилептиформный синдром.

Лечение: магnezия, люминал по 0,02 на ночь, витамин В₁₂.

Имбецильность (лат. imbecillus – слабый, незначительный) – средняя степень психического недоразвития. При имбецильности возможно образование представлений, но более высокий этап познавательной деятельности – образование понятий – невозможен. Имбецилам доступно только конкретное мышление. Речь косноязычна (шепелявость, картавость, плохая артикуляция, заикание). Запас слов крайне скуден и состоит преимущественно из названий предметов повседневного обихода.

При средней и легкой степени имбецильности больные могут обучаться во вспомогательной школе, но усваивают

вают очень немного: простейший счет, чтение и написание отдельных слов. Механическая память может быть вполне достаточной. Больные могут научиться несложному ремеслу, но работают только под руководством других. Одни имбецилы добродушны, трудолюбивы, послушны, другие – угрюмы, злобны, склонны к агрессии.

Больной Я., 19 лет, инвалид II группы.

У матери в первой половине беременности отмечалась неукротимая рвота, до конца беременности – обморочные состояния. Роды в срок. Имела место асфиксия. До I года ребенок был беспокойный, отставал в физическом и психическом развитии. Сидеть стал с 6 месяцев, ходить – с 1 года 11 месяцев, фразовая речь – с 3 лет. Навыки опрятности – с 12 лет.

Перенес корь, ветрянку, в 5 лет – вирусный грипп с менингеальными явлениями. С этого времени стал полнеть, отмечалось резкое отставание в психическом развитии. До 7 лет воспитывался в домашних условиях. С 8 лет учился во вспомогательной школе. Посещал имбецильный класс, но за шесть лет научился лишь с трудом читать (передать содержание прочитанного не может) и считать в пределах двух десятков.

Физическое состояние. Диспластичен, отмечается избыточное отложение жира на груди и ягодицах; слабо выражены вторичные половые признаки; со стороны внутренних органов патологии не отмечено.

Неврологическое состояние. Выраженная асимметрия лица; сухожильные рефлексы равномерны с обеих сторон; отмечается положительный симптом Ромберга.

Психическое состояние. Благодушен, охотно вступает в контакт, с лица не сходит смущенно-добродушная улыбка; речь нечеткая, с удовольствием рассказывает о своей работе в трудовых мастерских, уверяет, что он за день успевает разрезать 200 листов картона, говорит, что сам их может пересчитать (на самом деле считает в пределах двух десятков). Запас слов невелик. Внимание неустойчивое. Круг интересов очень ограничен. После работы очень любит ходить в кино, но содержание виденного им фильма рассказать не может. Отмечается грубое снижение памяти и интеллекта.

Диагноз: олигофрения в степени имбецильности.

Дебильность (лат. *debilis* – слабый, немощный) отличается наибольшее разнообразие клинических проявлений. Легкая степень дебильности иногда остается незамеченной. Мышление при дебильности конкретно-образное. Наруше-

ние познавательной деятельности выражается в неспособности к выработке сложных понятий, в невозможности обобщений, абстрактного мышления. Форма, внешность улавливаются больными лучше содержания, смысла. Поведение лишено какой-либо планомерности, носит характер подражательности. Больной может учиться в школе, но усваивает материал с большим трудом. Механическая память может быть развита. Запоминая стихи, правила, отдельные фразы, больные употребляют их без учета обстоятельств; любят поучать других; как правило, прекрасно ориентируются в обычной ситуации, достаточно практичны. Среди страдающих дебильностью встречаются люди с так называемой частичной одаренностью (прекрасная музыкальная память, способность к счетным операциям и др.). Они легко поддаются внушению, попадают под влияние других, поэтому могут стать орудием в руках разного рода злоумышленников, непосредственными исполнителями преступлений. Нередко при дебильности имеет место расторможенность примитивных влечений, повышенная сексуальность, что также делает их опасными для окружающих. Часть страдающих дебильностью отличается ласковостью, добродушием, покорностью, другие злобны, упрямы, подчас агрессивны.

Эти больные нуждаются в надзоре, правильной организации труда и быта. При разумном руководстве они могут получить определенные трудовые навыки, овладеть специальностью, жить в обществе, принося пользу.

Больная С., 22 лет. Работает в лечебно-трудовых мастерских при больнице.

Из анамнеза: беременность и роды у матери без патологии. В родильном доме диагностирована болезнь Дауна. Больная маленького роста, имеет маленький нос, круглое лицо, большой язык с выраженными бороздами, рот приоткрыт, над внутренним краем глаза имеется эпикантус, на руках при разведении пальцев – перепонки. С детства отстает в развитии. Начала ходить и говорить с большой задержкой. Новые сведения усваивает с большим трудом, на элементарном уровне. В общеобразовательной школе учиться не могла, поступила во вспомогательную школу для умственно отсталых детей, где окончила семь классов. Дома

выполняет простые работы по хозяйству. Обслуживает себя. Любит смотреть картинки, играть в куклы. Ходит в кино, однако увиденное плохо понимает, описывает события крайне примитивно: «он пошел, она увидела» и т. п. Умеет писать простые фразы, под диктовку пишет даже заявления (об отпуске, о пенсии и т. д.), читает, но очень медленно, по слогам. Иногда при обращении к ней начинает неадекватно улыбаться. Плохо понимает обращаемые к ней вопросы. Мышление – по конкретно-ситуативному типу. Внешне выглядит значительно моложе своих лет. Движения неловкие, диспластична. Инфантильна. Запас знаний крайне ограничен. Общий фон настроения несколько эйфоричный, легко возбуждается. В мастерских подчиняется режиму, с работой справляется. Поведение нередко дурашливое; иногда бегают по двору, размахивает руками, беспричинно смеется. Очень внушаема. Любит, когда ей дарят карандаши, обертки от конфет, яркие предметы.

Диагноз: олигофрения в степени тяжелой дебильности.

Наиболее четко дифференцированными формами олигофрении являются нижеперечисленные.

Фенилпировиноградная олигофрения (болезнь Фёллинга, фенилкетонурия). В основе этого заболевания лежит врожденная аномалия обмена веществ – нарушение окисления фенилаланина вследствие отсутствия фермента фенилаланин-гидроксилазы. Фенилаланин не превращается в тирозин, в результате накапливается много фенилпировиноградной кислоты, которая выделяется с мочой и ее можно обнаружить с помощью пробы Фёллинга (к 2 мл мочи добавляют 5–10 капель 10% раствора 3-хлористого железа, при положительной реакции появляется сине-зеленое окрашивание).

Эта форма олигофрении сопровождается глубокой степенью психического недоразвития, чаще в виде идиотии или имбецильности. На фоне вялости бывают вспышки раздражительности, гнева, явления эхоталии и эхопраксии. Имеет место мышечная гипертония, иногда судорожные припадки, гиперкинезы. У больных, как правило, светлые волосы и глаза (вследствие недостаточности в организме меланина), тонкая белая кожа, микроцефалия, большая верхняя челюсть с редкими зубами. Ранняя диагностика этой формы

олигофрении дает возможность добиться успеха в лечении с помощью диеты с резким ограничением натурального белка и заменой его гидролизатом казеина, бедного фенилаланином и богатого триптофаном, тирозином, серосодержащими аминокислотами, применения смеси аминокислот без фенилаланина (аминогран), препарата берлофен, удовлетворяющего потребность в незаменимых аминокислотах.

Болезнь Дауна – довольно частая форма олигофрении. Она относится к хромосомным заболеваниям и является следствием трисомии 21-й пары хромосом. Больные имеют характерный внешний вид: маленький рот, скошенный затылок, брахицефалический череп, круглое лицо с маленьким носом, красные щеки, неправильно посаженные глаза с эпикантусом, толстый большой язык, приоткрытый рот. Речь гнусавая из-за высокого расположения гортани. Грудная клетка воронкообразная, конечности короткие, атрофия средней и искривление основной фаланги мизинца, «лаповидная» форма руки, синдактилия на стопах, могут быть пороки сердца, чаще тетрада Фалло, аномалии половой сферы. Степень слабоумия – от легкой дебильности до глубокой идиотии, чаще – имбецильность. Глубокий интеллектуальный дефект сочетается с некоторой живостью эмоций. Обращает на себя внимание повышенная внушаемость, склонность к подражанию (эхокинезия), чаще добродушие, ласковость, реже упрямство, гневливость.

Больной А., 20 лет. Раннее развитие проходило с задержкой. Взгляд стал фиксировать поздно, сидит с 9 месяцев, ходить начал только с 2 лет. Речь развивалась с большим опозданием, первые слова стал произносить в 3 года, отдельные короткие фразы – после 5 лет. В детстве часто болел, при высокой температуре, как правило, появлялись судорожные состояния. Рос беспокойным, суетливым, все время был в движении, прыгал, бегал. До 6 лет не мог себя обслужить, не мог самостоятельно надеть костюм, застегнуть пуговицы рубашки, не на ту ногу надевал ботинки. Ел медленно, неряшливо. Рот всегда держал полуоткрытым. Язык вываливался наружу, отмечалось обильное слюноотделение. Играть не умел, игрушки быстро надоедали ему, начинал их разбрасывать. Боялся шума, стука, от громкой речи вздрагивал. Спал тревожно, часто про-

сыпался, иногда во сне кричал. С 6-летнего возраста находился под наблюдением логопеда, но на занятиях отвлекался, был невнимателен, с трудом воспринимал инструкции педагога, при этом быстро уставал. С 9 лет посещал имбецильный класс. За три года обучения в школе усвоил несколько букв. С 14 лет посещает лечебно-трудовые мастерские. Первое время занимался в детской группе картонажного цеха. Был вялым, медлительным и безынициативным. На работу приходил всегда вовремя, но к работе приступал не сразу, мог молча сидеть и смотреть по сторонам. Работал небрежно, без желания. Когда хвалили его работу, улыбался, был доволен. В присутствии окружающих легко робел, опускал низко голову, не отвечал на вопросы, особенно неловко чувствовал себя в окружении девочек.

Ежедневно посещает мастерские, никогда не опаздывает. Молча проходит к рабочему месту и принимается за дело. Когда к нему обращаются, добродушно улыбается. Работу выполняет медленно, но аккуратно. Иногда за все время работы не произносит ни одного слова, временами же болтлив, возится с подростками, жестикулирует. Бывает пассивен, вял, целый день смотрит в окно и тогда работу выполняет небрежно, портит бумагу. Послушен, исполнительен, любит ласку. Речь невнятная, с гнусавым оттенком, фразы бедные, примитивные, состоящие из двух или трех слов.

Нервно-физическое состояние. Диспластичен, удовлетворительного питания. Голова небольших размеров, затылок скошен. Косой разрез глаз, уплощенное переносье, высокое небо, мелкие кривые зубы. Ладони широкие, пальцы короткие. Кожа сухая. Мышечная гипотония. Недоразвитие половых органов.

Диагноз: болезнь Дауна.

К олигофрениям, обусловленным хромосомными абберациями, относятся также **синдромы Клайнфельтера** (наблюдается у мужчин и характеризуется умственной отсталостью, атрофией семенных канатиков, чрезмерно длинными конечностями) и **Шершевского–Тернера** (встречается у женщин, характеризуется умственной отсталостью, бесплодием; внешний вид больших – низкий рост, короткая шея).

Рубеолярная эмбриопатия – олигофрения вследствие поражения вирусом краснухи – развивается в результате заболевания женщины краснухой в первые 2–3 мес. беременности. Наряду с глубоким слабоумием при этой форме

олигофрении может быть порок сердца (чаще незарращение боталлова протока), глухота, врожденная катаракта, возможны и другие поражения глаз.

При **резус-конфликте** следствием гемолитической болезни также может явиться олигофрения. Наряду с разной степенью слабоумия могут иметь место судорожные припадки, понижение слуха, косоглазие, нистагм, атаксия, атетоз, гемиплегия.

Внутриутробное поражение токсоплазмой Гондии также может привести к психическому недоразвитию. Для заболевания характерны поражения глаз и кальцификаты – очаги обезызвествления в головном мозге. Диагноз ставится на основании триады Себина – гидроцефалия, хориоретинит и кальцификаты в мозге. Для лечения применяется хлоридин в сочетании с сульфаниламидами.

Олигофрения может развиваться на почве **врожденного сифилиса**, различные признаки которого служат основанием для диагноза.

К олигофрении нередко ведут **эндокринопатии**. Наиболее часто встречается **кретинизм** – заболевание, развивающееся в результате недоразвития или отсутствия щитовидной железы. Признаками болезни являются: карликовый рост (длинное туловище на коротких ногах), круглая, уплощенная в переднезаднем размере голова, отечное тестообразное лицо, полуоткрытый рот, толстый язык. Наряду с клинической картиной микседемы отмечается психическое недоразвитие.

При всем разнообразии отдельных форм *врожденного слабоумия* можно выделить *два основных типа*: возбудимый (*эретичный*) и вялый (*апатичный*). Нередко больных стационарируют в период состояния беспокойства, двигательного возбуждения, агрессии. Помимо психотических вспышек, являющихся проявлением самой олигофрении, на фоне последней могут развиваться психозы иной природы, например шизофрения (*пфрпфшизофрения*).

От олигофрении следует отличать случаи *педагогической запущенности*, психический и физический инфантилизм на фоне длительной астенизации, прогрессивные психические заболевания, начавшиеся в детском возрасте.

Профилактика и лечение. Предупреждение олигофрении имеет огромное значение. В этом плане очень важна борьба с инфекциями, родовым травматизмом, охрана здоровья беременной женщины.

Лечебные воздействия при олигофрении должны проводиться в двух направлениях: медико-педагогические меры, медикаментозная и диетотерапия. Ведущими в лечении олигофрении, бесспорно, являются медико-педагогические мероприятия. Существуют специальные детские ясли, сады, вспомогательные школы, лечебно-трудовые мастерские, где с больными планомерно проводятся занятия с учетом степени психического недоразвития. Наряду с занятиями, направленными на развитие умственных способностей, большое внимание уделяют привитию трудовых навыков. Посильный труд, коллектив, постоянный медицинский надзор позволяют удерживать таких больных в обществе, предупреждать дурное на них влияние и совершение ими правонарушений. В этом смысле большое значение имеют лечебно-трудовые мастерские.

При тяжелой олигофрении медико-педагогическое воздействие безрезультатно, необходим специальный уход.

Медикаментозное воздействие делят на специфическое лечение, применяемое при определенных формах олигофрении, и общие мероприятия. Последние направлены на улучшение общего состояния: повышение тонуса, активности, а при необходимости – на снятие возбудимости, психических расстройств. При олигофрении широко применяется глютаминовая кислота, поливитамины, транквилизаторы (элениум, седуксен и др.), при возбуждении – аминазин, галоперидол. При наличии гидроцефалии рекомендуется пе-

риодически проводить дегидратацию. При олигофрениях используются ноотропные препараты.

При обследовании больных олигофренией необходимо обращать серьезное внимание на соматическое состояние и состояние нервной системы.

Г л а в а IV

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

При поражении мозга сифилитической инфекцией могут возникать два различных заболевания: **сифилис мозга и прогрессивный паралич**.

При одинаковом этиологическом факторе эти заболевания значительно отличаются друг от друга по клинической картине и прогнозу. Сифилитическое поражение головного мозга обычно возникает у лиц с нелеченым или недолеченным сифилисом. К факторам, провоцирующим эту патологию, относятся такие дополнительные вредности, как травмы, интоксикации (в том числе хронический алкоголизм), тяжелые соматические заболевания и др.

СИФИЛИС МОЗГА (LUES CEREBRI)

Сифилис мозга, являясь ранней формой нейросифилиса, манифестирует спустя 5–7 лет после заражения бледной спирохетой. При этом заболевании в первую очередь поражаются сосуды головного мозга, оболочки, реже – вещество мозга с образованием гумм. Поражение оболочек мозга приводит к менингиту, менингоэнцефалиту. Патологический процесс в сосудах головного мозга приводит или к появлению очагов размягчения, или же к разрыву стенки сосуда и кровоизлиянию.

Помимо психических расстройств при сифилисе мозга отмечаются также неврологические и соматические нарушения. Неврологические симптомы весьма полиморфны и, как правило, включают в себя общемозговые проявления в виде головокружения, головной боли, тошноты, рвоты и очаговых органических поражений (агнозия, апраксия, афазия, анизокория, сглаженность носогубной складки, птоз, снижение слуха, синдром Аргайлла Робертсона и др.).

Соматические нарушения проявляются в сифилитическом поражении ряда внутренних органов (сердце, аорта, печень, почки и др.).

Психические расстройства характеризуются невротоподобными нарушениями (повышенная утомляемость, раздражительность, трудности концентрации внимания, агрипния и др.), аффективными (гипотимия, дисфория, эйфория, эмоциональная слабость) и интеллектуальными (снижение памяти, парциальное слабоумие) расстройствами. Значительно реже присутствуют бред и галлюцинации.

Клинические формы сифилиса мозга

Менингеальная форма. Патологический процесс в виде менингита или менингоэнцефалита может протекать остро, подостро или же носить хронический характер. В остром периоде отмечаются сильная головная боль, головокружение, рвота, повышение температуры тела до высоких цифр. На этом фоне можно выявить и отчетливые, типичные менингеальные знаки (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского и др.). Возможны также состояния оглушения, спутанности, тревожного возбуждения, делирий и эпилептиформные судороги. Симптоматика при хроническом течении менингита значительно редуцирована, стерта. Больных беспокоит тупая головная боль, они раздражительны, подавлены, склонны к аффективным реакциям. Как правило, имеются зрачковые расстройства, хотя синдром

Аргайлла Робертсона в своем полном виде встречается редко. Реакция Вассермана в ликворе чаще положительна, в крови – может быть и отрицательной. Умеренно выражены в ликворе плеоцитоз и повышение содержания белков (глобулинов). Реакция Ланге показывает так называемый сифилитический зубец.

Реакция Ланге. Для диагностики сифилиса мозга и прогрессивного паралича наряду с другими лабораторными методами используется реакция спинномозговой жидкости с коллоидным золотом (реакция Ланге). В основе этой реакции лежит взаимодействие раствора коллоидного золота (имеющего яркий рубиново-красный цвет) с патологически измененным при нейросифилисе ликвором: 1 мл ликвора (различного разведения – от 1:10 до 1:160000) смешивают с 5 мл коллоидного золота. При взаимодействии этих субстанций при наличии в ликворе патологического субстрата (в результате сифилитического поражения головного мозга) происходит образование хлопьев, выпадение осадка и изменение цвета реактива от рубиново-красного до бесцветного. Полное обесцвечивание реактива условно обозначают цифрой 6, отсутствие изменения – 0. В зависимости от степени разведения ликвора, изменяющего цвет коллоидного раствора, выделяют несколько типов реакций, что графически можно изобразить в виде типичных кривых:

1) *сифилитический зубец* (характерен для сифилиса мозга) – изменение окраски начинается со 2-й пробирки, повышается в 3-5-й пробирках и постепенно возвращается к норме в 7-8-й пробирках. Цифровое выражение сифилитической кривой – 011 234 211 000;

2) *паралитический тип реакции* (характерен для прогрессивного паралича) – полное обесцвечивание реактива в первых шести пробирках, затем плавный переход от слабо-розового к рубиново-красному цвету. В таком случае цифровое выражение реакции выглядит следующим образом – 66 655 432 100.

Апоплектиформная форма. Относится к так называемым типичным сосудистым формам сифилиса мозга. В основе этого вида патологии лежит сифилитическое поражение интимы сосудов мозга, что приводит или к окклюзии, или к разрыву стенки сосуда с возникновением размягчения или кровоизлияния. Клинические проявления зависят от преимущественного поражения мелких или крупных сосудов, а также от расположения, величины и количества вызванных сосудистым процессом очаговых расстройств. В статусе больных доминируют неврологические расстройства (гемипарезы, нарушения черепно-мозговых нервов, апраксия, афазия и др.). Инсульты при сифилисе мозга проявляются в сравнительно молодом возрасте (35-45 лет), могут появляться неоднократно и на более ранних этапах обратимы. Однако при повторных инсультах очаговая неврологическая симптоматика становится более стойкой, а затем и необратимой. Инсульты сопровождаются эпизодами помрачения сознания, эпилептическими припадками. По мере прогрессирования заболевания нарастает парциальное слабоумие. Во время очередного инсульта больной может умереть.

Эпилептиформная форма. Выражается в развитии судорожного синдрома. Эта форма сифилиса может развиваться на фоне менингоэнцефалитов, гумм, эндоартериитов. Наряду с судорожными припадками имеют место расстройства настроения в виде дисфорий, постепенно нарастает парциальное слабоумие. Неврологическая симптоматика весьма полиморфна и зависит от локализации эпилептического очага.

Гуммозная форма. Клиническая картина определяется размерами и локализацией гумм. При множественных, но мелких гуммах постепенно формируется психоорганический синдром. Большие гуммы вызывают повышение внутричерепного давления, изменение глазного дна. Психические нарушения при этом напоминают изменения при опухолях мозга.

Галлюцинаторно-параноидная форма. При этой форме в клинической картине наряду с неврологической симптоматикой имеются бред и галлюцинации. Галлюцинации, как правило, слуховые (галлюциноз Плаута), реже – зрительные, истинные, отношение к ним иногда критическое. Они обычно стойкие и отличаются монотематичностью. Бредовые идеи (чаще бред преследования) характеризуются простотой фабулы и связаны с непосредственным окружением больных.

Больной В., 50 лет. Ранее в психиатрических больницах не лечился. Из анамнеза известно, что больной происходит из психически здоровой семьи. Раннее развитие своевременное. Окончил 10 классов и строительный институт. Работал инженером, работа была связана с частыми командировками. В возрасте 42 лет во время одной из командировок заразился сифилисом, однако значения этому заболеванию не придавал, только в течение двух недель принимал два раза в день антибиотики. Продолжал работать. Факт заражения сифилисом от жены и детей скрыл.

Последние три года стал жаловаться на снижение памяти, раздражительность, головные боли, тошноту, стало труднее работать, перестал понимать сначала сложные, а потом и простые чертежи, объяснял это катастрофическим ухудшением зрения. Стал хуже слышать, постоянно переспрашивал, считал, что окружающие стали специально говорить очень тихо. За неделю до стационарирования стал «слышать голоса», которые «издевались над его глухотой», обвиняли его в распространении сифилиса, в том, что он «заразил жену», приказывали ему повеситься, так как «таким подонкам нет места на свете». Считал, что о его тайне стало известно на работе, так как голоса напоминали по интонации и модуляции голоса его непосредственного начальства. Сам явился в приемную своего начальника и потребовал «прекратить травлю», «оставить его в покое», «перестать преследовать». В таком состоянии был стационарирован по путевке участкового психиатра.

Физическое состояние. АД – 170/100. Несколько увеличенная печень. В остальном – без патологии.

Неврологическое состояние. Реакция зрачков на свет резко ослаблена. Левая глазная щель уже правой. Асимметрия лицевой иннервации. Уклонение языка влево. Неравномерность сухожильных и периостальных рефлексов на верхних конечностях. Отчетливый тремор пальцев вытянутых рук.

Психическое состояние. При поступлении тревожен, испуганно озирается по сторонам, недоверчив к персоналу и лечащему врачу. На

лице «галлюцинаторная мимика», постоянно к чему-то прислушивается, кому-то угрожает, требует оставить его в покое, пытается спрятаться, при этом не обращает никакого внимания на врача, весь поглощен «общением с голосами». Впоследствии сообщил, что постоянно слышит голоса, исходящие из-за стенки другой комнаты. Голоса принадлежат его руководителям, постоянно ругают больного, угрожают ему, считают, что он должен покончить с собой. Пытается оправдаться перед голосами, что-то им доказать, однако они по-прежнему обвиняют его в распространении сифилиса, угрожают ему казнью. Настроение подавленное, часто плачет. Память снижена: при методике запоминания 10 слов в первом предъявлении запоминает всего 3-4 слова, через 1 час смог вспомнить только два слова. Мышление конкретное. Формально понимает смысл пословиц и поговорок.

Серологические реакции: реакция Вассермана в ликворе положительна, в крови – отрицательна. Реакция Ланге – 001 121 100 000. Реакции РИБТ и РИФ положительны.

ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС (LUES CONGENITA)

Выделяют *непрогредиентные* (деструктивный или дистрофический сифилис) и *прогредиентные* («сифилис-процесс») *формы врожденного сифилиса*. При *непрогредиентном* варианте клиника ограничивается симптоматикой олигофрении (чаще в степени имбецильности), возможны также судорожные припадки, различная неврологическая симптоматика. При *прогредиентном* сифилисе встречаются те же формы, что и у взрослых, кроме галлюцинаторно-параноидной (менингоэнцефалиты, эпилептиформные и аплектиформные приступы). Возможно также появление психопатоподобных форм поведения.

Лечение сифилиса мозга включает в себя комбинацию антибиотиков со специфическими противосифилитическими препаратами. Из антибиотиков чаще всего используют пенициллин – на курс лечения в среднем 14 млн ЕД. Из специфических препаратов эффективны производные висмута: бийохинол и бисмоверол. Бийохинол вводят внутримышечно по 2 мл через день, на курс – 50 мл. Бисмоверол – на курс 20 мл, вводят внутримышечно по 1 мл через день. Могут ис-

пользоваться также препараты йода. В случае непереносимости пенициллина назначают эритромицин (или ауремицин) 5 раз в сутки по 300 000 ЕД или цефтриаксон 1-2 г в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 14 дней (или другие цефалоспорины), также в комбинации с курсами бийохинола или бисмоверола. При неудовлетворительной эффективности первого курса следующую курсовую дозу повышают. В последние годы в психиатрии при лечении нейросифилиса создают «трепонемоцидную» концентрацию пенициллина в крови: 1-й день вводят 150 000 ЕД, 2-й – 400 000 ЕД, 3-й – 800 000, 4-10-й дни – по 3 000 000 ЕД в сутки внутримышечно, всего на курс 22 000 000 ЕД. При необходимости, в острых случаях применяют пенициллин внутривенно в суточной дозе 20 000 000-24 000 000 ЕД в течение 2-3 недель, рекомендуется также, особенно при сосудистом сифилисе, сочетание пенициллина в дозе 4 000 000-8 000 000 ЕД в сутки и пробенецида (по 500 мг 4 раза в день), который повышает концентрацию лекарства в крови. Целесообразно сочетание с массивной витаминотерапией для предупреждения кандидомикоза.

Психическое состояние при пенициллинотерапии улучшается в среднем через 3-4 недели, санация крови и ликвора может, однако, затянуться на 2-5 лет.

ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ (PARALYSIS PROGRESSIVA ALIENORUM)

Прогрессивный паралич (болезнь Бейля) – более поздняя форма нейросифилиса. В отличие от сифилиса мозга при прогрессивном параличе наряду с сосудами и оболочками первично поражается и само вещество мозга. Тяжелый атрофический процесс ведет к тотальному слабоумию. Нелеченый прогрессивный паралич в течение 2-5 лет приводит к маразму и смерти. В настоящее время это заболевание встречается весьма редко. Прогрессивный паралич развивается

обычно через 10-15 лет после заражения сифилисом, хотя известны случаи и более раннего его начала.

В течении прогрессивного паралича выделяют начальную (*неврастеническую*) стадию, стадию расцвета (*стадию развернутого заболевания*) и исходную (*марантическую*) стадию.

Начальная стадия заболевания характеризуется псевдоневрастенической симптоматикой в виде повышенной раздражительности, чрезмерной утомляемости, снижения работоспособности, головных болей, нарушения сна. Эти симптомы с самого начала сочетаются с постепенно нарастающими изменениями личности, выражающимися в неправильности поведения, нарушении общепринятых морально-этических норм. Вследствие снижения критики больные утрачивают чувство такта, стыдливости, теряют присущие им ранее нравственные установки. В поведении появляется нелепость: больные совершают ненужные покупки, стремятся делать всем подарки, становятся сексуально расторможенными. Уже на этом этапе обнаруживается интеллектуальная несостоятельность. В неврологическом статусе, как правило, выявляется положительный синдром Аргайлла Робертсона.

В стадии расцвета (развернутого периода) *заболевания* признаки снижения интеллекта и личностные изменения становятся более грубыми и выраженными. Для больных характерны отчетливые нарушения памяти, отсутствие критической оценки своего состояния. В поведении преобладают грубость, развязность, сексуальная расторможенность, циничность. Фон настроения может быть повышенным (эйфория), характерна также отчетливая эмоциональная лабильность, склонность к вспышкам гнева. Реже отмечается депрессивный фон настроения. При некоторых формах прогрессивного паралича встречаются бредовые идеи, особенно бредовые идеи величия, характеризующиеся нелепостью, грандиозностью. Реже встречаются бредовые идеи иного содержания (преследования, ипохондрические). Постепенно

нарастает слабоумие, носящее при этом заболевание диффузный, тотальный характер.

При неврологическом обследовании в этой стадии положителен синдром Аргайлла Робертсона, отмечаются миоз, мидриаз, анизокория, скандированность речи, асимметрия носогубных складок, одутловатость лица, уклонение языка, ринолалия (гнусавая речь), логоклония (повторение слогов в слове), нарушение почерка, аграмматизмы. Характерно также отсутствие или значительное снижение сухожильных (ахилловых и др.) рефлексов.

Соматические расстройства на этой стадии проявляются в виде поражения аорты (в 60-80% случаев), печени, легких.

Лабораторные исследования: реакция Вассермана положительна в крови и ликворе, положительны также реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) и реакции иммунофлюоресценции (РИФ). Характерно увеличение числа клеток в ликворе (плеоцитоз). Глобулиновые реакции (реакция Нонне – Апельта, Панди, Вейхбротта) бывают положительными. Общее содержание белка в спинномозговой жидкости в 2-3 раза превышает норму. Коллоидные реакции (реакция Ланге, «мастикс»-реакция и др.) в ликворе показывают паралитическую кривую.

Исходная (марантическая) стадия прогрессивного паралича развивается спустя 2-5 лет после его манифестации. Для нее характерен полный распад психической деятельности (психический маразм), тяжелые нарушения трофики, обмена, стойкие параличи. Смерть обычно наступает от присоединившейся инфекции в результате ареактивности организма. В настоящее время эта стадия встречается редко, а болезнь в целом имеет более благоприятное течение.

Клинические формы прогрессивного паралича

По преобладанию в стадии расцвета того или иного психопатологического синдрома выделяют разные формы прогрессивного паралича. Их самостоятельность, однако, весьма относительна. Большинство описанных форм, по существу, представляет собой лишь этап в развитии паралитической деменции.

Дементная, или простая, форма является в настоящее время наиболее распространенной и занимает 40-60% всех форм этого заболевания. Она характеризуется прогрессирующим нарастанием тотального слабоумия на фоне благодушия, вялости или апатии. Больные постепенно теряют контакты с окружающими, навыки самообслуживания, становятся вялыми, бездеятельными, все более и более нуждаются в опеке.

Больной К., 60 лет, инвалид II группы. Из анамнеза известно, что больной в возрасте 45 лет заболел вторичным свежим сифилисом. Прошел два курса лечения, а затем переменил место жительства. Работал разнорабочим. Проживал вместе с женой и старшей дочерью. Последние 5-7 лет в статусе больного стали нарастать нелепые поступки (заполнил ванную комнату глыбами смерзшегося цемента, пытался его размочить водой; пытался оклеить обоями пол; на всю зарплату купил плакатных перьев, которыми совсем не пользовался). Выявлялись отчетливые нарушения памяти; не мог запомнить график своей работы; по воскресеньям пытался проникнуть в магазин, в котором работал, не понимал, почему он закрыт. В таком состоянии по просьбе терапевта больной был осмотрен психиатром и стационарирован в психиатрическую больницу.

При поступлении реакция Ланге – 666 554 322 100. Положительная реакция Вассермана, РИБТ и РИФ.

Неврологическое состояние. Реакция зрачков на свет отсутствует, зрачки очень узкие, сглаженность носогубных складок, уклонение языка вправо, скандированная речь, логоклония, ринолалия, значительное снижение сухожильных и периостальных рефлексов верхних конечностей.

Выраженных соматических нарушений нет.

Психическое состояние. При поступлении несколько озлоблен, не понимает, почему его привезли в больницу. С трудом сообщает анамнестические сведения. На большинство вопросов ответить не может – «не

помню». Выявляет выраженные нарушения интеллекта. Не помнит важнейших событий в стране. Не может точно определить свой возраст, возраст жены, дочери. Не помнит точно, сколько у него детей, есть ли внуки. Не помнит имени жены, с которой прожил вместе 40 лет. Не может запомнить имени врача. В отделении держится обособленно, ни к чему не проявляет интерес, пассивно подчиняется персоналу, много и жадно ест. Пребыванием в отделении не тяготится.

Эйфорическая форма (составляет 20-30% всех случаев заболевания) характеризуется нарастающей тотальной деменцией на фоне благодушного эйфорического настроения с отдельными идеями величия.

Экспансивная (маниакальная), или классическая, форма прогрессивного паралича (в настоящее время встречается значительно реже – 10-20% всех случаев) характеризуется эйфорическим, благодушным настроением, иногда сменяющимся гневливостью. Характерен нелепый бред величия и, прежде всего, бред богатства. При этом больные называют астрономические цифры имеющегося у них имущества, денег, золота – экспансивный (мегаломанический) бред. Поведение больных совершенно не соответствует их высказываниям. Больной утверждает, что он «табачный король», и тут же выпрашивает окурки, собирает хлебные крошки. Весьма типична смена психомоторного возбуждения с эйфорией, злобностью, гневливостью. У больных с самого начала заболевания отсутствует критическое отношение к болезни, нарастает тотальное (глобальное) слабоумие.

Больной П., 53 лет, инвалид I группы. Считает себя выдающимся военным деятелем. Он «запросто уничтожил несколько танковых дивизий», около 1000 бомбардировщиков и «миллионы истребителей», был «главным консультантом по всем военным операциям на земле». Уверяет, что он за свои заслуги и подвиги награжден орденами всех стран и народов, за это же он – многократный нобелевский лауреат. В то же время больной не в состоянии выполнить элементарные арифметические операции, не помнит своего адреса, имен родственников. Настроение постоянно приподнято, пытается вмешиваться в дела отделения, при этом что-то громко говорит, жестикулирует. Себя не обслуживает.

Депрессивная форма характеризуется наличием стойкого депрессивного синдрома разной степени выраженности (нередко с присоединением дисфории), возникающего на фоне деменции. Возможны депрессивные бредовые идеи вплоть до синдрома Котара. При паралитических депрессиях нередко возникают состояния тревожного возбуждения с тенденцией к brutальным актам самоповреждения или суицидальным попыткам.

Циркулярная форма встречается весьма редко и характеризуется сменой депрессивного и маниакального синдрома на фоне нарастающей деменции. Существует точка зрения, что эта форма наблюдается «при определенном эндогенном предрасположении».

Галлюцинаторно-параноидная форма составляет только 2-3% случаев всех форм прогрессивного паралича. Характеризуется слуховыми галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, несистематизированными, а нередко и нелепыми бредовыми идеями преследования, воздействия. Могут также отмечаться кататоноформное возбуждение или ступор.

Припадочная форма проявляется в виде припадков (эпилептиформные судорожные приступы в комбинации с паралитическими инсультами).

Выделяются также **атипичные** формы прогрессивного паралича (**табопаралич и паралич Лиссауэра**).

Лечение. В настоящее время наиболее адекватным видом терапии больных прогрессивным параличом является применение антибиотиков. На курс лечения назначается от 12 до 20 млн ЕД, чаще всего пенициллина-депо. Рекомендуется проведение 6-8 курсов пенициллинотерапии с перерывами между ними в 0,5-2 месяца. Эффективны также цефалоспорины, эритромицин. Иногда наряду с пенициллинотерапией применяется пиротерапия. Повышающаяся при этом температура тела больного нарушает оптимум жизнедеятельности бледной спирохеты, существующей при температуре не выше 37°C. В связи с тем что в настоящее время в

клиническую практику внедрены мощные антибиотики широкого спектра действия, пиротерапия используется значительно реже. Популярная ранее маляротерапия представляет теперь лишь исторический интерес. Для проверки эффективности лечения не реже чем 2 раза в год исследуют цереброспинальную жидкость. Исследование ликвора прекращается, если признаки его нормализации определяются не менее 2 лет.

Прогноз. Использование антибиотиков при прогрессирующем параличе сделало прогноз заболевания более благоприятным. Практика показывает, что у 20% больных достигается высокий терапевтический эффект – они возвращаются к своей прежней деятельности. У 40% пациентов лечение оказывается менее эффективным в связи с выраженностью интеллектуально-мнестических нарушений. Больные могут выполнять преимущественно несложную работу и обслуживать себя. В 40% наблюдений эффект лечения весьма незначительный, происходит стойкая социально-трудовая дезадаптация.

Глава V

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия (гр. *epilepsia* от *epilambano* – схватываю, нападаю) – хроническое заболевание. Представлено двумя основными проявлениями: с одной стороны, разнообразные *пароксизмальные расстройства* (приступообразное появление тех или иных симптомов), с другой – *хронически нарастающие изменения личности*. Возможны также эпилептические психозы. В свою очередь пароксизмальные расстройства могут выражаться в различных припадках (большие, малые и абсансы) и так называемых психических эквивалентах припадков.

Самым существенным в картине болезни является судорожный припадок (большой или малый).

Большой судорожный припадок является основным клиническим проявлением болезни. Его характеризует внезапное, без видимых внешних причин начало.

Иногда за несколько часов или даже дней у больного появляется недомогание, выражающееся в слабости, головокружении, раздражительности, чувстве дурноты – это *предвестники припадка*. От этих расстройств нужно отличать ауру, которую следует считать началом припадка.

Аура (дуновение) – общее название различных явлений, объединяемых по признаку внезапности и кратковременности (несколько секунд). У каждого больного всегда одна и та же аура. Характер ее может указывать на локализацию участка, который раздражается прежде всего, поэтому очень важно подробно выяснить клинику ауры. *Сенсорная аура* выражается в появлении видения огня, пожара. В каче-

стве ауры могут выступать парестезии, обонятельные галлюцинации, расстройства сенсорного синтеза (нарушение схемы тела, микро- или макропсии и др.). При раздражении двигательного анализатора наблюдается *двигательная аура*. *Психическая аура* выражается в появлении различных психических расстройств (чувства страха, ужаса, остановки времени, реже – чувства блаженства). Аура может выражаться в виде вазовегетативных расстройств (потливость, сердцебиение). *Висцеральная аура* сопровождается неприятными ощущениями и болями в теле. Существуют и другие виды аур.

Вслед за аурой начинается *тоническая фаза* судорожного припадка (1–2 мин), а затем – *клоническая* (около 3–4 мин).

Большой припадок длится не более 5 мин. Заканчивается он обычно полной расслабленностью, рядом бессознательных движений и нечленораздельным бормотанием. Во время припадка сознание глубоко расстроено (кома). Бывает непроизвольное мочеиспускание, прикус языка, пена изо рта. Большие судорожные припадки могут повторяться в течение дня с большой частотой, что квалифицируется как *серия припадков*. Иногда, в тяжелых случаях, припадки могут непрерывно следовать один за другим и больной не успевает прийти в сознание. Такое состояние называется *эпилептическим статусом* (status epilepticus); оно очень опасно для жизни больного, ибо может закончиться смертью, чаще от асфиксии или паралича сердца.

После припадка сознание возвращается постепенно, кома переходит в оглушение и сон. В течение нескольких последующих часов, а иногда и дней больные ощущают слабость, разбитость, неприятные ощущения в теле, головные боли. Иногда припадок может закончиться на стадии ауры или тонической фазы, это так называемый *абортивный припадок*.

Малый судорожный припадок характеризуется кратковременным выключением сознания (несколько секунд) и сопровождается незначительным судорожным компонентом в виде коротких судорог мышц лица или конечностей, а также разнообразными вегетативными расстройствами. При малом судорожном припадке больной не падает. Существует много разновидностей малого припадка: пропульсии (кивки, клевки и др.), ретропульсии, адверсивные припадки. Воспоминаний о случившемся не остается.

Абсанс – это также кратковременная потеря сознания, но, в отличие от малого припадка, без судорожного компонента.

В некоторых случаях во время приступа у больных появляется стремление куда-то бежать (*эпилептические фу́ги*), вслед за этим могут внезапно возникать судороги. Иногда после приступа имеет место стремление к движению, сопровождающееся беспорядочным возбуждением.

Психические эквиваленты, являющиеся приступами, «эквивалентными» большим и малым судорожным припадкам, также относятся к пароксизмальным явлениям при эпилепсии. В то же время психические нарушения, характерные для психических эквивалентов, могут также возникать до и после припадков.

В эту группу болезненных явлений входят приступообразно появляющиеся расстройства, настроения – дисфории, значительно реже – эйфории и расстройства сознания: сумеречные состояния и амбулаторный автоматизм.

Дисфории представляют собой приступ беспричинного тоскливо-злобного настроения. В такие периоды больные мрачны, угрюмы, всем недовольны, раздражительны, высказывают ипохондрические жалобы, не хотят никого видеть. Нередко прибегают к алкоголю – вплоть до запойного пьянства (дипсомания) или отправляются бродяжничать, уходят или уезжают «куда глаза глядят» (дромомания). Нередко

в период дисфории возникают бредовые идеи, исчезающие с улучшением настроения. Дисфории могут длиться часами, иногда днями.

Сумеречное состояние сознания при эпилепсии также имеет приступообразный характер, оно внезапно появляется и столь же внезапно заканчивается. Для него характерно сочетание дезориентировки в окружающем с сохранением взаимосвязанных действий и поступков. Поведение больных диктуется обычно галлюцинаторными и бредовыми переживаниями. Галлюцинации обычно яркие, контрастные, устрашающего содержания: огонь, кровь, запах газа, страшные крики и др. Галлюцинации, как правило, сопровождаются бредовыми идеями преследования, больных охватывает состояние невыносимого ужаса, страха, ярости. Отличительной чертой эпилептического сумеречного состояния является стремление к агрессии, ярость, злоба. В таком состоянии больные эпилепсией могут совершать самые жестокие преступления: зверски убивать, резать, душить. В связи с этим они представляют очень серьезную опасность для себя и окружающих и нуждаются в строжайшем надзоре. Воспоминаний об этом периоде у больных не сохраняется.

Амбулаторный автоматизм (непроизвольное блуждание) – состояние, в основе которого также лежит сумеречное помрачение сознания, однако совершенно отсутствуют галлюцинаторно-бредовые переживания. Это как бы упорядоченное сумеречное состояние сознания. Во время этих приступов больные совершают бессознательные путешествия, они механически переходят улицу, заходят в чужие квартиры, едут на городском транспорте, оказываются в противоположном конце города, не понимая, как это произошло. Внешне при этом они производят впечатление несколько растерянных, погруженных в свои мысли людей. Особо выделяют кратковременные состояния амбулаторного автоматизма: *фуги* и *трансы*.

Больная Б., 32 лет, страдает эпилепсией в течение 12 лет. Судорожные припадки повторялись 1-3 раза в месяц. Предвестников припадка не было. За несколько секунд до него появлялись слабость, чувство дурноты. Иногда были состояния кратковременной потери сознания, не сопровождающиеся судорогами, падением. О случившемся узнавала со слов окружающих. Продолжала работать, но с работой справлялась с трудом, быстро уставала, стала рассеянной, забывчивой. Постепенно менялся характер. Стала раздражительной, обидчивой, не могла себя сдерживать, конфликтовала с окружающими, часто ссорилась с сестрой. С течением времени у больной появилась чрезмерная аккуратность, пунктуальность. Временами без внешних причин портилось настроение, в эти периоды становилась злобной, раздражительной, не хотела никого видеть. Несколько раз в месяц повторялись состояния, когда она выполняла целый ряд действий, о которых ничего не помнила: внезапно обнажалась или приходила к соседке и стирала пыль со стола. Однажды, будучи в таком состоянии, изрезала занавески и подушки у соседки.

Психическое состояние. В отделении настроение неустойчивое: то злобна, раздражительна, гневлива, грозит суицидальной попыткой, конфликтует с персоналом, цинична, то становится добродушной, приветливой, лстливой, угодливой, назойливой, пытается шутить, поет песни, танцует. В периоды хорошего настроения охотно беседует с врачом, многословна, обстоятельна, с трудом переключается с одной темы беседы на другую. Дает советы врачам быть добрыми и внимательными к больным, вспоминает при этом одну и ту же историю: как врач отнеслась к ней невнимательно, не выслушала ее, не помогла советом. Жалуется на плохую память, ипохондрична. Бреда и галлюцинаций выявить не удается.

Особые состояния также относятся к психическим эквивалентам. При этих состояниях не бывает глубокого нарушения сознания и амнезии, но характерны изменения настроения и нарушения сенсорного синтеза: больному кажется, что все кругом изменилось, стены сдвигаются, части тела становятся большими или очень маленькими. Могут возникать переживания уже виденного (*deja vu*) и никогда не виденного (*jamais vu*).

В отдельных случаях эпилептические пароксизмы исчерпываются психическими эквивалентами, такая форма эпилепсии называется *epilepsia larvata* (замаскированная, скрытая).

Описанные выше пароксизмальные расстройства всегда сопровождаются нарастающими изменениями личности.

Большим эпилепсией свойственны особые черты характера – эпилептический характер. При большой медлительности, тугоподвижности мышления и действий они крайне возбудимы, взрывчаты, склонны придавать большое значение мелочам, застревать на деталях. Они чрезвычайно самолюбивы, эгоистичны, злопамятны, в то же время мелочно аккуратны, пунктуальны. Больные любят чистоту, порядок; их вещи, к которым они очень привыкают, должны всегда стоять на одних и тех же местах. Выполняя какую-то работу, они все делают чрезвычайно тщательно, кропотливо. Особенно показательны в этом плане их рисунки, все самые мельчайшие детали которых выполнены очень тщательно и аккуратно.

Больная Ч., 34 лет, ориентирована, контактна, причем особенно охотно беседует с теми, кто дарит ей что-нибудь. Словарный запас беден. Использует много уменьшительных слов («миленькая сестричка, дай пуговичку»). Речь вязкая, постоянно застревает на мелких деталях. Интонации инфантильные. Обидчива, легко плачет, по-детски размазывая по лицу слезы. Тут же начинает смеяться, если кто-нибудь погладит по голове или подарит игрушку. В отделении занята собиранием конфетных оберток, игрой в куклы, читает детские книжки с картинками. Память плохая, не помнит имен, лиц, однако обиды помнит долго. Иногда становится злобной, раздражительной, может быть агрессивной. Интеллект также резко снижен. Настроение постоянно подавлено. В отделении бывают развернутые эпилептические припадки, которые под влиянием лечения возникают значительно реже. Припадки с упусканьем мочи, прикусыванием языка. После припадка полная амнезия, часты дисфории, из-за которых и вступает в конфликты с больными.

В письме к знакомой больная пишет: «Миленькая Т. С.!.. Душа у меня с каждым годом уменьшается. Я стала какая-то обидчивая и упрямая... не стыдите меня за игрушки... раньше я на них даже не смотрела, а теперь собираю всякие шарики, катушки и пр.»

Особенно характерны изменения мышления. Мышление больных эпилепсией становится замедленным, инертным, вязким. Больной многословен, застревает на мелочах, с трудом переключается на новую тему. Речь медленная и мо-

нотонная. Часто больные употребляют уменьшительно-ласкательные суффиксы (миленькая мамочка, сладенький чаёчек, мягонький хлебушек). Аффекты, как и мышление, у эпилептиков вязки, раз возникнув, они не поддаются отвлечению, отсюда – злопамятность и мстительность таких больных. Больные становятся холодны к окружающим, маскируя это иногда показной нежностью, приторной любезностью. Придиричивы, мелочны, очень любят поучать, выставляют себя борцами за справедливость. Обычно долго хранят воспоминания о полученной обиде и при удобном случае стараются отомстить. В результате болезни у них значительно страдает память. При неблагоприятном течении заболевания могут до деталей помнить события прошлого, в то время как смысл этих событий им уже недоступен. В то же время больные хорошо запоминают все, что касается их болезни, очень подробно рассказывают о своем заболевании, помнят названия прописанных лекарств, имена врачей, лечивших их.

Если болезнь протекает неблагоприятно, развивается особое *эпилептическое слабоумие*. Больной теряет способность отделять главное от второстепенного, застревает на мелочах, так как для него все одинаково важно. Мышление становится конкретно-описательным, резко снижается память, уменьшается запас слов (олигофазия). Круг интересов сужается. Больные склонны к реакциям ярости, гнева.

Больные с явлениями слабоумия собирают различные ненужные вещи, складывают их, заворачивают в узелок, прячут подальше, при этом они никогда не расстаются с этими вещами, часто их перебирают.

Больная Л., 48 лет, больна в течение 25 лет. Временами становилась раздражительной, злобной, агрессивной, отказывалась от еды, не разговаривала с родителями. Дома ничем не занималась, ничем не интересовалась, требовала за собой постоянного надзора и ухода. В течение пяти лет почти непрерывно находится в больнице. Дома не удерживается. Последние годы к малым и большим судорожным припадкам, к психическим эквивалентам в виде дисфорий присоединились сумеречные состояния сознания. Периодически больная перестает осмысливать окружающую

обстановку, не реагирует на происходящее вокруг, бесцельно бродит по комнате, цепляется за стоящие в ней предметы, не отвечает на вопросы, не принимает пищу. Такое состояние длится несколько дней, после этого больная бывает вялой, сонливой, жалуется на головные боли, слабость, тошноту.

Находясь в стационаре, ориентировки относительно места пребывания не теряла, во времени не ориентирована. Настроение крайне неустойчивое: то злобна, недоступна контакту, возбуждена, агрессивна, не отвечает на вопросы, не ест, то спокойна, слащава, назойлива, рассказывает о своих игрушках, показывает их (погремушки, тряпичные куклы). Речь смазанная, растянутая. С большим трудом понимает вопросы, отвечает на них после длительной паузы, медленно. Запас слов крайне ограничен. Обнаруживает грубые расстройства памяти (не знает имени матери). Много раз повторяет одну и ту же фразу. Ничем не занимается, ничем не интересуется. Пребыванием в больнице не тяготится.

Эпилепсия у детей характеризуется более тяжелым течением и приводит к выраженным изменениям личности. Дети, страдающие эпилепсией, крайне возбудимы, капризны, требовательны. Очень характерными для детской эпилепсии являются приступы психомоторного возбуждения с криком, агрессией, разрушительными действиями.

Больной Б., 4 лет. С 2 лет начались припадки: внезапно, без внешней причины теряет сознание, падает; появляются тонические и клонические судороги, пена у рта, цианоз лица, мочеиспускание. Причем, как правило, припадки следуют сериями в течение 20-40 минут. Повторяются обычно через 1,5-2 месяца. Постоянно получает противосудорожные средства. Дома крайне беспокоен: ломает игрушки, бьет сестру, кусается, упрямый, капризный. Значительно отстает от сверстников в умственном развитии. В связи с тяжестью припадков и нарастанием характерных для эпилепсии изменений личности был стационарирован в больницу.

Психическое состояние. Мимика однообразная. Контакт доступен, назойлив, требует к себе внимания. Отношение к взрослым одинаковое, недифференцированное. В отделении крайне беспокоен, двигательно возбужден, не может сидеть на одном месте, не может ничем заняться, ломает и бросает игрушки, отнимает их у ребят. Часто бывает агрессивен к окружающим, дерется с больными, когда его желания не удовлетворяют, падает на пол, кричит, стучит ногами. Просит, чтобы окружающие смотрели, как он танцует «твист», беспрестанно приплясывает. Иногда начинает петь, причем обнаруживает абсолютный слух, слов исполняемых песен не знает. Очень точно подражает интонациям чтецов сказок,

хотя не знает содержания ни одной из них. Выполняет простейшие инструкции. Не может осмыслить содержание картинок. Запас слов очень бедный, не различает цвета. Себя не обслуживает, ест руками. Злобен, капризен. Вскоре после стационарирования в течение 2,5 часов у больного наблюдался эпилептический статус. Проводилась массивная противосудорожная и дегидратационная терапия, с трудом удалось купировать припадки.

Как уже говорилось, ведущим в клинике эпилепсии является большой судорожный припадок. Иногда в клинической практике приходится сталкиваться с необходимостью дифференцировать большой судорожный припадок от сходного с ним истерического припадка (см. «Неврозы», с. 206).

Истерический припадок начинается, как правило, на фоне психотравмирующей ситуации, при наличии зрителей. Больной падает плавно, не нанося себе тяжелых телесных повреждений, как это бывает при эпилепсии, зрачковые реакции на свет сохраняются, не бывает прикуса языка, непроизвольного мочеиспускания, нет глубокого нарушения сознания. Судороги хаотичны, беспорядочны, выразительны, отсутствует типичная для большого судорожного припадка смена фаз. Отличительной особенностью истерического припадка является его длительность – более 5 мин. Окрик, обращение к больному могут прекратить его. Больные обычно помнят о случившемся.

Эпилептические психозы. Различают острые психозы с помрачением сознания (сумеречные состояния, эпилептиформный онейроид) и без помрачения сознания (острый паранойд с преобладанием бредовых идей преследования и острые аффективные психозы в виде депрессивных и маниакальных состояний). Острые психозы возникают вне связи с припадком, могут предшествовать ему или следовать за ним.

При эпилепсии возможны хронические психозы, проявляющиеся чаще в виде паранойяльных, галлюцинаторно-паранойдных, парафренных синдромов (обычно религиозно-мистического содержания) либо в виде иной патологической симптоматики.

Лечение. Основными принципами лечения эпилепсии являются строгая индивидуальность, длительность и непрерывность. Необходимо индивидуально подбирать не только препарат, но и его дозировку. Внезапное прерывание лечения может вызвать обострение болезни вплоть до эпилептического статуса. Если средство оказалось эффективным и у больного прекратились припадки, то уменьшать дозу препарата можно не раньше чем через 2 года после последнего припадка.

Лечение эпилепсии должно быть комплексным и включать в себя медикаментозную терапию, диетотерапию и трудотерапию.

Для лечения эпилепсии широко используется *фенобарбитал (люминал)*. Первое время препарат назначается в дозе 0,05 г, затем дозу можно постепенно увеличивать (не превышая 0,45 г в сутки), добиваясь урежения, а затем и прекращения припадков. Нередко люминал применяется в комбинации с кофеином, в смеси Серейского, в виде готовых комбинированных таблеток – глюферал (Gluferal); фенобарбитал – 0,025 г, бромизовал – 0,07 г, кофеин-бензоат натрия – 0,005 г, кальция глюконат – 0,2 г и паглюферал (Pagluferal): фенобарбитал – 0,025 г, 0,035 г или 0,05 г, бромизовал – 0,1 г, 0,15 г, кофеин-бензоат натрия – 0,0075 г, кальция глюконат – 0,25 г, папаверин гидрохлорида – 0,015 г или 0,02 г.

Интенсивным противосудорожным действием обладает барбитурат *гексамидин* – Hexamidin (майсолин – Mysaline, примидон – Primidone, милепсин – Mylepsin). Суточная доза для взрослых – 0,5-1,5 г, для детей – 0,25-1,25 г; побочные действия: головные боли, тошнота, нарушения координации. Кроме того, используются препараты: *дилантин* – Dilantin (дифенин – Diphenin, эпанутин – Epanutin) – 0,1 г 3 раза в день взрослым и 0,03–0,05 г 2-3 раза в день детям; побочные действия: рвота, тремор, нистагм, повышение температуры, сыпь, желудочно-кишечные расстройства; *диакарб* – Diacarb (диамокс – Diamox, фонурит – Fonurit) – до 0,25 г 3 раза в день взрослым

и от 0,02 до 0,125 г 2 раза в день детям, эффективен при ге-моциркуляторных, а также ликворо- и гемодинамических на-рушениях (головные боли, головокружения); осложнения: головные боли, вялость, рвота, плохой сон или сонливость; *хлоракон* – Chloracon (хибикон – Hibicon) – до 1,2 г 3–4 раза в сутки для взрослых и до 0,5 г 4 раза в сутки детям, почти не дает побочных явлений; *бензонал* – Benzonal – до 0,4 г взрос-лым и до 0,2 г детям; *триметин* – Trimethin (тридион – Tridione, триметадион – Trimethadione) применяется при ма-лых припадках – до 0,3 г 2–3 раза в день взрослым и 0,2 г 2–3 раза в день детям; осложнения: светобоязнь, кожная сыпь, головные боли, сонливость или бессонница, поражения костного мозга.

Широкое распространение при лечении эпилепсии получил препарат *тегретол* – Tegretol (карбамазепин – Carbamazepin, финлепсин – Finlepsin). Он не только обладает противосудорожным действием, но и смягчает в некоторой степени изменения личности, приносимые эпилептической болезнью. Ежедневно больные получают до 6 таблеток (по 200 мг). Детям 1–5 лет назначают 1–2 таблетки, 5–10 лет – 2–3 таблетки, 10–15 лет – 3–5 таблеток в день.

В последние годы успешно используются *натриевые соли вальпроевой кислоты* – *депакин*, *конвулекс*, *дипромол* и др. Применяются комбинация *гексамедина* и *эленiums*.

Также применяется препарат последнего поколения – *ламиктал* (ламотриджин), он предотвращает избыточный выброс возбуждающих аминокислот, в основном глутамата, не снижая при этом другие виды обмена. У детей с 2 лет ус-пешно используют препарат *топамакс*.

Из многочисленных противосудорожных средств не-обходимо отметить также следующие: есть данные об эф-фективности применения при эпилепсии следующих препа-ратов – *метиндион* – по 0,25 г в 1 таблетке; средняя суточная доза 1,5 г; *клоназепам* (антелепсин, Rivotril) – по 0,002 г в 1 таблетке; средняя суточная доза – 4–8 мг/сут.; этосукси-

мид – Ethosuximide (асамид, суксилеп) – по 0,25 г в капсулах; средняя суточная доза – 0,5-1 г; морсуксимид – Morsuximide (морфолеп) – по 0,5 г в 1 таблетке; средняя суточная доза – 0,5-1 г; *мидокалм* – по 0,05 г, средняя суточная доза – до 0,3 г.

При неэффективности того или иного препарата заменять его другим следует очень осторожно (постепенно снижать дозировку применяемого препарата и так же постепенно наращивать дозу следующего препарата), в противном случае можно вызвать обострение болезни.

Для купирования эпилептического статуса (крайне опасное состояние, требующее немедленной медицинской помощи), раньше вводили хлоралгидрат в клизме, высшая разовая доза для взрослых – 2 г, высшая суточная доза – 6 г; для детей до 6 мес. – 0,1 г, от 6 мес. до 2 лет – 0,15 г, 3-4 лет – 0,2 г, 5-6 лет – 0,25 г, 7 лет – 0,3 г, 8-13 лет – 0,3-0,5 г (15-20 мл 6% раствора хлоралгидрата в клизме можно сочетать с 20-30 мл 2% раствора барбитала натрия). Хлоралгидрат противопоказан при диссоциации между пульсом и дыханием.

В настоящее время в качестве средства первой очереди выбора рекомендуется *диазепам* (*седуксен, реллум*) в инъекциях внутривенно (медленно): 10-40 мг (2-8 мл 0,5%) диазепам на 20 мл 40% глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия. За рубежом широко применяют *лоразепам* (внутривенно из расчета 0,07 мг/кг массы тела). Кроме того, с целью дегидратации следует ввести внутривенно 25% сернокислую магнезию либо 40% глюкозу. Одновременно применяются сердечно-сосудистые препараты, кроме *камфоры* (повышает судорожную готовность, обладает судорожным эффектом). Если эпистатус не купирован в течение 30 мин, средством следующей очереди выбора является *фенитоин* (*дифенин*) (Карлов, 2003). Вводится внутривенно 15-18 мг/кг со скоростью не более 50 мг/мин или через назогастральный зонд (обычная доза 1000 мг). Средство третьей очереди вы-

бора – *тиопентал натрия (тиопентон)* 100-250 мг внутривенно в течение 20 с, далее 50 мг – каждые 2-3 мин до прекращения припадков, обычно 3-5 мг/кг в час. Также может быть применен *фенобарбитал натрия* в дозе 20 мг/кг со скоростью не более 100 мг/мин. При эписпадусе младенцев, не связанном с метаболическими расстройствами, фенобарбитал – средство первой очереди выбора. *Гексенал* имеет такие же характеристики и может быть применен аналогично. Последние четыре препарата противопоказаны при порфирии. При затяжном эписпадусе и неэффективности другого лечения рекомендовано введение *вальпроата натрия*, как правило, в виде свечей. В настоящее время наиболее перспективным препаратом для купирования эписпадуса считается растворимая форма вальпроевой кислоты (*депакин* для внутривенного введения – порошок, растворимый в 4 мл 0,9% р-ра натрия хлорида для приготовления 400 мл инфузионного раствора). В случае неэффективности всех указанных мероприятий производят кровопускание, спинномозговую пункцию и – как крайнюю меру – наркоз.

Отдельный припадок не требует медикаментозной помощи. В этом случае необходимо уберечь больного от ушиба и прикуса языка (вставить между зубами шпатель или черенок ложки, обернутый марлей).

Для купирования сумеречных состояний применяется аминазин одновременно с противосудорожными средствами.

Для лечения дисфорий назначаются фенобарбитал, гексамедин, карбамазепин в сочетании с нейролептиками (в первую очередь аминазином). Возможно использование неулептила, производных бутирофенона, антидепрессантов и транквилизаторов.

Для лечения эпилептических психозов используются психотропные средства (нейролептики и антидепрессанты)

При эпилепсии рекомендуется ограничение жидкости (до 1,5 л) и соли, преимущественно молочно-растительная диета с ограничением белков (особенно мяса), замена их жи-

рами, категорическое запрещение крепкого чая, кофе, алкогольных напитков. Больному эпилепсией противопоказано работать около движущихся механизмов, воды, огня и на высоте.

Г л а в а VI

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сосудистые заболевания головного мозга сопровождаются различными психическими нарушениями, особенности которых зависят от формы сосудистой патологии, тяжести и этапа заболевания. Наиболее частыми сердечно-сосудистыми заболеваниями являются атеросклероз, гипертоническая и гипотоническая болезни.

Значительное место среди психических расстройств сосудистого генеза занимают сравнительно неглубокие, непсихотические изменения (неврозоподобные и психопатоподобные). Достаточно редко отмечаются психотические формы сосудистой патологии.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Церебральный атеросклероз может сопровождаться психическими расстройствами и приводить к парциальному (дисмнестическому, частичному, лакунарному) слабоумию.

Клиника психических нарушений весьма полиморфна и зависит от стадии и выраженности патологического процесса. На начальной стадии преобладают неврастеноподобные расстройства, сходные с соответствующими нарушениями при других сосудистых поражениях мозга. Больные при этом жалуются на общую слабость, повышенную раздражи-

тельность, головокружение (возникающее приступообразно, часто при перемене положения тела), шум в ушах (обычно ритмичный), головные боли или ощущение «тяжелой» головы, нарушения сна, повышенную истощаемость, непереносимость шума, жары, забывчивость, слезливость. Снижается концентрация внимания, работоспособность. На фоне рассеянной неврологической симптоматики возникают парестезии.

Значительное место занимают аффективные расстройства. При этом депрессивная симптоматика сопровождается тревогой, тоской, плаксивостью. Особенно характерно недержание аффекта (эмоциональная лабильность, «слабодушие»), когда больные плачут или умиляются по незначительному поводу, причем плач легко переходит в смех, и наоборот. Постепенно у страдающих церебральным атеросклерозом усиливается склонность к тревожным ожиданиям, появляются ипохондрические опасения, а также фобические явления (в частности страх смерти).

Уже на ранних стадиях церебрального атеросклероза происходит заострение отдельных черт личности, шаржирование их (экономность переходит в скупость, недоверчивость – в подозрительность). В процессе болезни, наряду с заострением имевшихся особенностей личности, появляются не свойственные ранее патологические черты характера. При этом наиболее характерным является нарастание эксплозивности.

По мере развития заболевания более отчетливыми становятся нарушения памяти, в первую очередь на текущие события, имена, даты. При так называемой прогрессирующей амнезии события прошлого сохраняются в памяти значительно дольше. Больные с трудом приобретают новые знания. Чтобы компенсировать расстройства памяти, они постоянно прибегают к записным книжкам. Понимание этой своей несостоятельности позволяет им некоторое время маскировать нарушения памяти, делая их незаметными для окружающих.

На первых порах «память подводит» в кризисные моменты: при утомлении, напряжении. Затем нарушения приобретают постоянный характер и касаются уже не только усвоения нового, но и распространяются на прошлое. В ряде случаев нарушения памяти оформляются в типичный синдром Корсакова (фиксационная амнезия, парамнезии, нарушение ориентировки).

Особенно отчетливо при этом заболевании страдает качество мышления. Оно становится негибким, ригидным, обстоятельным, тугоподвижным. При нарастании явлений атеросклероза теряется способность отделять главное от второстепенного, существенное от несущественного, способность к принятию быстрых решений, инициативность. Больным сложно совершать переход от одной деятельности к другой, от работы к отдыху, и наоборот. Переключение внимания на другой объект требует весьма выраженного напряжения.

Постепенно формируется атеросклеротическая деменция, которая относится к парциальному слабоумию. Существенным его признаком является неравномерность поражения психических функций с преобладанием нарушений памяти. Характерно сохранение в той или иной степени критического отношения к своему состоянию.

Относительно редко при церебральном атеросклерозе возникают острые и подострые психозы, чаще в ночное время, в виде делириозного помрачения сознания, с бредом и галлюцинациями. Особенностью этих психозов является их кратковременность и определенный атипизм синдромов нарушенного сознания. При хроническом течении церебрального атеросклероза могут возникать хронические бредовые психозы, чаще с паранойяльным бредом (бредом ревности, изобретательства, эротическим). Возможно появление хронического вербального галлюциноза или галлюцинаторно-параноидного синдрома.

Больной Л., 71 год, пенсионер. В течение последних пяти лет стал отмечать повышенную утомляемость, раздражительность, головные боли, головокружения, шум в ушах, слезливость. Жаловался родственникам на плохую память. Стал забывать текущие события. При поступлении в больницу – многословен, обстоятелен. Подробно, с излишней детализацией рассказывает о своем заболевании. При этом больного совершенно невозможно переключить на другую тему. Настойчиво и упорно возвращается к рассказу о своих достижениях на работе, «пока не стала хромать память». Несколько эйфоричен, в то же время слабодушен. Появляются слезы умиления, когда рассказывает о том, что его наградили за хорошую работу. При упоминании об его самочувствии начинает плакать, но быстро успокаивается, отвлекается, начинает улыбаться, когда получает похвалу.

Отмечает, что последние годы беспокоит плохая память: «Все забываю, все приходится записывать, голова стала худая». При обследовании совершенно не ориентируется в событиях недельной давности, не помнит, что ел утром, неточно ориентирован во времени. В отделении через четыре дня после стационарирования стал говорить, что только вчера работал над сооружением высотного здания в Москве, поставлял стройке бетон и пиломатериалы (больной действительно принимал участие в сооружении высотного здания МГУ в 1952 г.), отдавал распоряжения рабочим, закрывал наряды. В беседе с врачом никак не мог вспомнить имени врача, хотя и помнил, что имя называлось. В отделении забывает свою палату, свое место, не может найти дорогу в комнату отдыха, часто просит больных проводить его в кабинет врача.

Лечение комплексное, длительное. Применяются ноотропы: ноотропил (пирацетам), аминалон (гаммалон), пиридитол (энцефабол), церебролизин, танакан, билобил, глиатилин, витамины, антисклеротические средства (мисклерон, диаспонин, полиспонин и др.). По необходимости назначают транквилизаторы, реже – нейролептики (при атеросклеротических психозах), из анитидепрессантов – коаксил, пиразидол, азафен, ремерон, леривон.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Гипертоническая болезнь – одно из самых распространенных сосудистых заболеваний, чаще отмечаемое в

старшей возрастной группе, но иногда развивающееся и в молодом возрасте. Это заболевание может сопровождаться психическими нарушениями, частота и выраженность которых зависят от стадии гипертонической болезни. В частности, невротоподобная симптоматика более характерна для 1-й (начальной) стадии гипертонической болезни, присоединение психопатоподобной симптоматики более типично для 2-3-й стадии, сравнительно редкое развитие парциального (дисмнестического) слабоумия отмечается в 3-й стадии.

На начальном этапе заболевания пациенты часто жалуются на головные боли, нарушения сна, повышенную раздражительность и утомляемость, снижение работоспособности, слезливость. К этим симптомам могут присоединяться фобические переживания (главным образом, нозофобии), ипохондрическая фиксация на своих ощущениях, сенестопатии. Другими словами, на первых этапах заболевания психические нарушения ограничиваются невротоподобными расстройствами.

При длительном течении заболевания могут появляться психопатоподобные нарушения вследствие заострения прежних характерологических особенностей или появления новых патологических черт характера. Больные становятся трудными в общении, обидчивыми, не терпят возражений, требуют повышенного внимания. Нередко нарастает неуверенность в себе, в своих силах.

Весьма характерно для больных гипертонической болезнью нарушение эмоциональной сферы. Чаще имеет место пониженное настроение, плаксивость, ожидание чего-то плохого, тоска. На этом фоне иногда отмечаются состояния немотивированной тревоги с явлениями агитации и страхами. Психозы при неосложненной гипертонической болезни встречаются редко, чаще они бывают при сочетании гипертонической болезни с церебральным атеросклерозом. Наиболее часто встречаются следующие психопатологические синдромы: параноидный, депрессивный.

В период утяжеления симптоматики основного заболевания на фоне тревоги и тоски могут возникать бредовые идеи преследования и вербальные иллюзии. Возможна также бредовая оценка прошлого (бредовая ретроспекция). В окружающем нередко больные видят угрозу для себя. Они опасаются за свою жизнь и жизнь своих близких. Могут появиться или усилиться сенестопатии, нередко возникает ипохондрический бред.

На фоне ухудшения соматического состояния возможно возникновение тревожной депрессии, усиливающейся к вечеру, сопровождающейся растерянностью. При этом возможны бредовые переживания. Могут возникнуть двигательное возбуждение, ажитированная депрессия, реже – состояния оцепенения. Аффективные приступы обычно непродолжительны, отмечается их пароксизмальность, связанная с колебаниями артериального давления.

При остро возникающих нарушениях мозгового кровообращения могут развиваться синдромы нарушенного сознания, чаще в виде делирия, с аффектом страха, яркими зрительными и слуховыми галлюцинациями, реже возникает онейроидное состояние. При тяжелом нарушении мозгового кровообращения развиваются различные виды оглушения, вплоть до комы. При гипертонической болезни могут возникать эпилептиформные припадки, вслед за которыми иногда развивается сумеречное помрачение сознания. При этом больные могут быть агрессивны, возбуждены.

Больной Н., 65 лет, в течение 15 лет страдает гипертонической болезнью. В течение последних четырех лет стал жаловаться на ухудшение памяти, нарушение настроения, тоскливость, нарушение речи. За последний год дважды были инсульты. Последние месяцы стала нарастать растерянность, не ориентировался во времени и месте, стал забывать свой адрес, постоянно носил с собой записку со своими координатами. Несколько раз задерживался милицией в связи с неправильным поведением. По направлению участкового психиатра стационарируется в психиатрическую больницу. При поступлении выявляет выраженные нарушения памяти, особенно на текущие события, не помнит события недельной давности, не ориентируется во времени. Настроение резко снижено, часто

плачет. Утверждает, что должен умереть, его должны казнить за «грехи молодости». Об этом ему сообщили голоса, которые раздаются из соседнего дома. Голоса носят угрожающий характер. В разговорах больных также слышит угрозы в свой адрес. Считает, что должны убить не только его, но и всю его семью. В отделении несколько раз наступало состояние расстроенного сознания, когда больной с выражением ужаса на лице к чему-то присматривался, прятался под одеяло, кого-то от себя отталкивал, звал на помощь. В таком состоянии набросился на спящего на соседней койке больного, пытался его задушить. Впоследствии рассказал, что видел себя и свою дочь окруженными бандитами, которые «постепенно умертвляли их», подвергали чудовищным пыткам и натравливали на них «дрессированных крокодилов».

Лечение психических нарушений при гипертонической болезни должно быть комплексным и направленным на основное заболевание. При выраженных *неврозоподобных* и *психопатоподобных нарушениях* наряду с гипотензивными средствами назначаются транквилизаторы или мягкие *нейролептики* (эглонил, сонапакс, терален, неулептил). Для лечения гипертонии наряду с другими гипотензивными препаратами употребляется резерпин (серпазил), раунатин, в действии которого удачно сочетается выраженный гипотензивный и слабый нейролептический эффекты.

При тревожно-депрессивном синдроме показано применение тизерцина, аминазина, *при параноидном* – этаперазина или трифтазина (стелазина). Применение антидепрессантов при депрессивном синдроме, развившемся на фоне гипертонической болезни, должно осуществляться с известной осторожностью, так как антидепрессанты могут вызывать повышение артериального давления. Из антидепрессантов целесообразно использовать коаксил, леривон, ремерон, азафен, пиразидол.

При *делирии* назначается, как правило, аминазин в инъекциях. Применение нейролептиков должно сопровождаться контролем артериального давления. На начальных этапах заболевания особенно эффективны препараты из группы ноотропов (ноотропил, аминалон, и др.).

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Гипотоническая болезнь может сопровождаться психическими нарушениями, главным образом астенического круга. Больные испытывают общую слабость, головную боль и головокружение, особенно при переходе из горизонтального положения в вертикальное, шум в ушах, вялость, плохой сон, снижение работоспособности, тоскливое, безрадостное настроение, усиление слабости при изменении барометрического давления и погоды. Могут отмечаться также сенестопатии, гипостезии, гипопатии, ипохондрические переживания, а также навязчивые страхи, касающиеся здоровья. На фоне гипотонии, особенно при ее утяжелении, могут отмечаться эпизодические деперсонализационно-дереализационные явления. Изредка возникают состояния измененного сознания в виде кратковременных эпизодов оглушенности. Аналогичными явлениями могут сопровождаться гипотонические кризы.

Лечение должно быть комплексным и включать средства, нормализующие деятельность центральной и вегетативной нервной системы, оказывающие стимулирующее и тонизирующее действие на сердечно-сосудистую систему. Рекомендуется настойка корня женьшеня (по 15-25 капель 3 раза в день), настойка китайского лимонника (20 капель 3 раза в день до еды), пантокрин (40 капель 2 раза в день). Применяется также кофеин, витаминотерапия, ноотропы, транквилизаторы.

Глава VII

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ПРЕСЕНИЛЬНЫЕ (ИНВОЛЮЦИОННЫЕ) ПСИХОЗЫ

Пресенильные (инволюционные) психозы, которые развиваются в возрасте 45-60 лет, являются спорными в отношении нозологической самостоятельности.

Психозы в пресенильном возрасте протекают обычно в форме депрессии (инволюционная меланхолия), бреда (инволюционный паранойд), кататонического синдрома. В небольшом числе случаев возникает острый и неблагоприятный по прогнозу психоз с двигательным возбуждением, помрачением сознания (злокачественная форма пресенильного психоза).

Инволюционная меланхолия. В картине болезни доминируют депрессивные явления с тоскливостью, тревогой, идеями самообвинения, греховности, иногда бредовыми идеями преследования. Нередко имеют место приступы двигательного возбуждения с тревогой и страхами (тревожно-тоскливое состояние с ажитацией). Больные, как правило, недоступны в отношении своих переживаний и очень опасны в плане суицидальных тенденций.

Больная А., 58 лет. Впервые заболела в возрасте 53 лет, после того как ее тетю отправили в клинику в тяжелом состоянии. Появилась тоска, тревога, возникли идеи самообвинения (упрекала себя, что повинна в болезни тети, которой 75 лет). Перестала спать, выходить на улицу, ничего не делала по дому. Казалось, что «все погребло».

Психический статус. При поступлении находится в ясном сознании, ориентирована. Заторможена. Речь и движения медленные. Голос тихий, ответы правильные. Выражение лица застывшее, жалуется на тоску, тревогу. Винит себя в болезни тети. Говорит, что «в ней все окаменело», «даже плакать не могу». В отделении бездеятельна, апатична. Долго лежит в постели. С большим трудом поднимается. Беспомощна, с трудом умывается. С больными не общается. Постоянно жалуется врачу на задержку мочи и стула, на плохой сон. Считает себя безнадежно больной.

Возникновение различных неприятных ощущений, связанных с инволюционными изменениями в организме, является причиной формирования ипохондрических представлений, ведущих к развитию ипохондрического бреда. Для пресенильных психозов характерен депрессивно-ипохондрический синдром Котара. Больные уверяют, что у них нет сердца, желудка и других органов, все сгнило (нигилистический бред), что они в таком состоянии будут вечно мучиться и никогда не умрут (бред мучительного бессмертия), что они способны причинить вред всему человечеству (бред отрицательного могущества), что все люди умирают от голода и разных болезней, мир гибнет (бред гибели мира). Течение болезни обычно затяжное.

Больная И., 56 лет. Высказывает бредовые идеи, говорит, что врачи с помощью инсулина сделали ее бессмертной и что она никогда не умрет, но будет подвергнута страшным пыткам и мукам: непременно будет тонуть, но не утонет; будет голодать, покроется струпьями; будет гореть и не сгорит. Считает, что все органы у нее перевернуты, кишечник «расположился наоборот». Уверяла, что у нее совершенно нет стула, что она не мочится. Пропали сон, аппетит, пища «как трава». Высказывала мысль, что больные лежат в отделении специально для нее, что они не больные. Часто спрашивает, как окружающие себя чувствуют, так как уверена, что кругом голод и все люди должны погибнуть. Физическое и неврологическое состояние без особенностей.

При курировании больных с инволюционной депрессией важно помнить об упорном стремлении многих из них к самоубийству. Они нуждаются в самом строгом надзоре и должны лечиться обязательно в условиях стационара. Необходимо следить, чтобы больным не попадали предметы, с

помощью которых можно предпринять суицидальную попытку (острые, режущие предметы, веревки, полотенца), чтобы прием лекарств происходил в присутствии медработника (во избежание накопления препаратов). Больные часто отказываются от пищи, в связи с этим нужно следить за их питанием.

Инволюционный параноид. При этом психозе доминируют бредовые идеи. Нередко они появляются после психической травмы. Больные начинают улавливать подозрительные взгляды, слышать в разговоре обидные намеки, вслед за бредовыми идеями отношения появляются бредовые идеи преследования, могут иметь место слуховые галлюцинации. Характерно, что бред обычно связан с окружающими лицами, соседями по квартире, сослуживцами, родными (бред малого размаха, малых форм, обыденных отношений). Типичным является и то, что бред не выходит за рамки возможного, не носит абсурдного характера. Иногда бывает бредовая интерпретация прошлого, что затрудняет установление сроков болезни. Кроме бреда преследования, может иметь место ипохондрический бред, бред ревности и другие виды бреда. Поведение больных соответствует содержанию бреда. То они замкнуты, малодоступны, подозрительны, то активны, склонны к агрессии. Течение болезни обычно длительное. Даже при благополучном течении происходит снижение личности.

Больная К., 58 лет. В 54-летнем возрасте у неё впервые отмечены бредовые идеи преследования, отравления, «воздействия на нее газом» со стороны соседей «с целью завладеть ее комнатой». Неоднократно находилась на стационарном лечении. После выписки первое время была относительно спокойной, затем вновь появилось неправильное поведение, связанное с убежденностью, что «соседи продолжают свою травлю». Замечала, что «они специально подпускают табачный дым и еще какие-то химикаты», которые концентрируются в ее комнате – с целью навредить ей, «довести ее до сумасшествия, загнать в сумасшедший дом» и «завладеть ее комнатой». Ночами не спала, была возбужденной, кричала под дверями соседей, бранила их, мешала их отдыху, вызывала милицию. Вновь стационарирована.

Психическое состояние. Сознание ясное, полностью ориентирована. В начале беседы насторожена, на вопросы отвечает не сразу, затем становится более доступной, подробно рассказывает о конфликтах с соседями. Говорит тихим голосом, на лице страдальческое выражение. Сообщает, что вокруг нее «творится что-то странное». В комнате соседней она слышит подозрительные шорохи: «Когда открывает свою дверь, соседняя внезапно захлопывается». Убеждена, что в ее отсутствие проникают к ней в комнату. Замечала, как пропадали некоторые вещи, затем внезапно появлялись. Соседи «травят ее газами, подпускают табачный дым», в воздухе ощущает «странную примесь», ночью задыхается, ощущает холод, «отовсюду дует». Убеждена, что соседи специально подстраивают все это, чтобы вывести ее из равновесия, «загнать в больницу» и затем, в конце концов, завладеть ее комнатой. Фон настроения снижен. Формальные способности сохранены. С больными мало контактна, поведение формально правильное, считает себя здоровой, критического отношения к своему состоянию нет. Продолжает испытывать обонятельные галлюцинации.

Поздняя кататония. Значительно реже в инволюционном возрасте развивается кататоническая симптоматика. В этих случаях у лиц, психически здоровых, в пресенильном возрасте возникают психические расстройства с кратковременным двигательным и речевым возбуждением, вслед за которым развивается длительный ступор с мутизмом, отказом от пищи и выраженным мышечным напряжением.

Злокачественные пресенильные психозы – сравнительно редкая форма, проявляющаяся в интенсивном тревожном возбуждении, речевой бессвязности, постоянно выраженной растерянности, с периодами онейроидного помрачения сознания и прогрессирующей кахексией. Возбуждение непрерывное в течение многих дней и ночей. Иногда имеют место выраженные нарушения сердечно-сосудистой системы.

Лечение. В зависимости от клиники заболевания лечение будет различным. При инволюционной депрессии применяются антидепрессанты, иногда в сочетании с нейролептиками. Довольно эффективна комбинация amitриптилина с тизерцином, стелазинном.

Особенно важно подчеркнуть, что при синдроме Котара хороший эффект может дать электросудорожная терапия. Для лечения инволюционного параноида и поздней кататонии применяются нейролептики, производные фенотиазина: аминазин, стелазин, тизерцин; производные бутирофенона: галоперидол и др. Учитывая высокий риск побочных явлений, необходимо сразу же назначать корректоры (циклодол и др.), а также кордиамин. В последнее время для лечения пожилых больных с резистентной бредовой и галлюцинаторной симптоматикой применяют клозапин – 50 мг в сут., атипичные нейролептики в низких дозах (рисперидон – 0,5-2 мг в сут., сероквель – 50 мг в сут.). Поскольку опыт использования атипичных нейролептиков в геронтологии незначителен, лечение проводят с осторожностью. Из антидепрессантов принимают коаксил, ремерон и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): золофт, ципрамил; из нейролептиков – клопиксол, имеющий пролонгированные формы, хлорпротиксен. Кроме того, больным назначается общеукрепляющая терапия, витаминотерапия.

К пресенильным заболеваниям также относятся пресенильная деменция альцгеймеровского типа (классическая болезнь Альцгеймера, тип II болезни Альцгеймера, подробнее см. с. 118) и болезнь Пика (см. с. 123).

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СЕНИЛЬНОГО (СТАРЧЕСКОГО) ВОЗРАСТА

Сенильные (старческие) психические расстройства возникают после 65 лет. Обычно они исчерпываются различными явлениями прогрессирующего слабоумия, которое обусловлено гибелью нейронов, атрофией коры головного мозга. Эти явления следует относить к патологии, а не к нормальным возрастным изменениям, не к естественному завершению жизни. Также в старческом возрасте встречаются хронические галлюцинозы (зрительный или слуховой гал-

люциноз Шарля Бонне у лиц с нарушением зрения или слуха соответственно; дерматозойный бред Экбома в сочетании с тактильным галлюцинозом Берса – Конрада), а также острые психозы с делириозной симптоматикой, в случае возникновения которых надо исключать скрытую инфекционную или соматическую патологию (в частности пневмонию или урологические заболевания).

Сенильная деменция альцгеймеровского типа (1-й тип болезни Альцгеймера). Диагностические границы болезни Альцгеймера по Международной классификации болезней 10-го пересмотра расширились за счет присоединения к редко встречающейся «классической» пресенильной деменции (болезни Альцгеймера) сенильной деменции (старческого слабоумия). Это сделано потому, что часть иностранных авторов на основании общности гистопатологических данных придерживается унитарной теории болезни Альцгеймера и старческого слабоумия.

Деменция альцгеймеровского типа – первичная дегенеративная деменция позднего возраста, которая характеризуется малозаметным началом в пресенильном или старческом возрасте, неуклонным прогрессированием расстройств памяти и высших корковых функций вплоть до тотального распада интеллекта, психической деятельности в целом на отдаленных этапах болезни. Нейроморфологическая картина характеризуется атрофией вещества головного мозга, утратой нейронов и синапсов, грануловакуолярной дегенерацией, глиозом, амилоидной ангиопатией, наличием сенильных (амилоидных) бляшек и нейрофибриллярных клубков в нейронах. Два последних признака имеют ключевое диагностическое значение.

В соответствии с МКБ-10 выделяют две формы заболевания:

1) болезнь Альцгеймера с ранним началом – до 65 лет (син.: *тип II болезни Альцгеймера*, пресенильная деменция альцгеймеровского типа). Эта форма соответствует класси-

ческой болезни Альцгеймера и в литературе называется «чистая» (pure) болезнь Альцгеймера; 2) болезнь Альцгеймера с поздним – после 65 лет – началом (син.: *тип I болезни Альцгеймера*, сенильная деменция альцгеймеровского типа).

В обеих формах болезни Альцгеймера выделены следующие клинические варианты: неосложненный и осложненный (с делирием, бредом, депрессией).

Необходимо отметить, что из-за медленного прогрессирования заболевания возраст его начала выявить трудно, а иногда невозможно. Поэтому классификация деменции по клиническим особенностям представляет особый интерес. По степени выраженности слабоумие бывает мягкое, умеренное и тяжелое.

Сенильная деменция альцгеймеровского типа неосложненная (простая апатическая форма старческого слабоумия). Характеризуется постепенным распадом психических функций, симптомами выпадения. Очаговые корковые расстройства редки, могут возникать на отдаленных этапах болезни.

Прежде всего, следует обратить внимание на общие изменения личности. Сужается круг интересов, падает активность, утрачивается отзывчивость, чувство такта. Характер грубеет. Особенно заостряются такие черты, как злобность, подозрительность, сварливость, скупость, ревность. Происходит ослабление активности интеллекта, нарушается способность к психической адаптации – перемена жизненных условий вызывает «катастрофальную реакцию», выражающуюся в бедной переживаниями двигательной оборонительной реакции с растерянностью. Нарастают пассивность, безразличное отношение к окружающему, распад психических функций. Внешний мир перестает быть источником новых переживаний. Беднеет внутренний мир, воспоминания скудные, блеклые. Резко нарушается память. В первую очередь страдает память на время (забываются даты, последовательность событий). Далее на первый план выступает нару-

шение функции запоминания в целом. Распад памяти идет от настоящего к прошлому. В далеко зашедших случаях развивается амнестическая афазия. Лучше всего сохраняется моторная память (умение держаться, мимика, жесты). Утрачивается смысловая память, целенаправленное внимание. Иногда в клинической картине большое место занимают паранезии (псевдореминисценции, конфабуляции) и соответствующие им поступки. Поведение становится неправильным, подчас нелепым, с компонентами извращения влечения. Нарушается ритм сна: сонливость днем и бессонница ночью. В дальнейшем сонливость становится постоянным состоянием, которое прерывается нечленораздельным бормотанием.

При глубоком распаде психики соматическое состояние относительно благополучное.

Больная Л., 77 лет. В возрасте 75 лет стала постепенно терять память: забывала, куда кладет свои вещи, что необходимо сделать в данный момент. Стала конфликтовать с соседями, собирать различные ненужные вещи. Приносила с улицы «детские игрушки», различный хлам из выгребных ям. Могла встать в магазине и просить «пятак». Дома все прятала, связывала в узлы, засовывала продукты в комод. Порой испытывала страхи – боялась, что кто-то войдет. Нередко заходила в чужие квартиры и уверяла жильцов, что пришла к себе домой. У себя в квартире часто открывала газ, не зажигая его, и забывала про это. Порой бывала слишком веселой и напевала романсы. В таком состоянии была стационарирована.

Психический статус. При поступлении сознание ясное, правильно сообщает фамилию, имя, отчество. Дезориентирована во времени и месте. Не может точно определить свой возраст. Не знает, который сейчас год. Ни о себе, ни о своих близких ничего не сообщает. Считает себя здоровой, ни на что не жалуется, благодушна. Напевает песни. Довольна своим положением. Конфабулирует. Считает, что находится в квартире у знакомых, которые выделили ей комнату. Показывает на процедурный кабинет и говорит, что это ее комната. Утверждает, что на обед зажарила курицу и «теперь сидит и дожидается своих». Всем довольна, пассивно подчиняема. Несколько эйфорична. Ничем не занята. Бесцельно бродит по отделению. Ест самостоятельно, но о еде ей необходимо напоминать. Память резко снижена. Забывает мгновенно почти все, что ей скажут. Бреда и галлюцинаций нет. Сон хороший.

Сенильная деменция альцгеймеровского типа с делирием (делириозная форма старческого слабоумия, старческая спутанность, старческий делирий, острая форма пресбиопсии) характеризуется появлением делириозных эпизодов, усиливающихся к вечеру. Делирий беден иллюзиями, галлюцинациями и фантастическими переживаниями. У больных наблюдается иллюзорное восприятие окружающего, бессвязность мышления, суетливость. Иногда делирий приобретает характер профессионального или даже мусситирующего. Эта форма возникает при осложнении сенильного слабоумия соматическими заболеваниями.

Старческое слабоумие с возбуждением (старческое слабоумие, осложненное атеросклерозом; хроническая пресбиопсия, ажитированная форма старческого слабоумия, эйфорически-конфабуляторная форма) – довольно частая форма болезни. Клиника может быть сходной с клиникой при прогрессивном параличе (больные слабоумны, нелепы). Конфабуляции представлены обрывками воспоминаний и фантазий, спроецированных в действительность. Больные эйфоричны, благодушны, находятся в постоянном движении; имеет место конфабуляторная спутанность: они суетятся, собирают вещи, дают различные распоряжения по хозяйству, уверяют, что собираются вступить в брак, окружающих лиц принимают за знакомых и близких. Часто возникают бредовые идеи материального ущерба.

Больная В., 73 лет. *Психическое состояние.* дезориентирована во времени, неправильно называет число, день недели, уверяет, что сейчас ноябрь, но, посмотрев в окно, поправляется, говорит, что, наверное, март. Не может назвать важных дат своей жизни, общеизвестных событий. Память на текущие события также ослаблена, не помнит, когда она поступила в больницу, ела ли она сегодня, не знает, как зовут ее врача. Не может запомнить сообщенные ей даты. Беспомощна, с трудом ходит по отделению, неряшлива. Настроение несколько повышено. Во время беседы при упоминании о сыне, о гибели мужа плачет, однако быстро успокаивается, рассказывает о «предстоящей поездке с мужем на юг». Требуется срочной выписки из больницы, говорит, что ее муж Иван Иванович уже взял билеты и должен приехать за ней в больницу. (В действительно-

сти среди ее знакомых такого лица не было и нет.) Однажды она так уверяла курирующего ее студента в том, что «этот Иван Иванович уже приехал за ней и ждет внизу около лифта, чтобы поговорить о ее выписке», что студент, поверив этим вымыслам, действительно спустился вниз для беседы. Иногда больная просила открыть ей дверь, говорила, что за дверью стоит ее муж, что она только что разговаривала с ним, хотя сама перед этим лежала в постели. Спустя какое-то время больная уже неохотно беседует со студентами, раздражается, когда ее спрашивают об Иване Ивановиче и при этом не верят ее словам. Но если подойти к этой теме осторожно, вновь выявляет наличие парамнезий: охотно рассказывает о подробностях своей жизни с этим человеком и о детях (Ване и Ванине), которые якобы родились от этого брака, но умерли в детском возрасте. Уверяет, что ее муж живет в настоящее время в соседнем подъезде ее дома, называет номер его квартиры. В действительности там живет совсем другая семья.

Реже встречается **сенильная деменция альцгеймеровского типа с депрессией (старческое слабоумие с депрессией)**, при котором изредка отмечаются галлюцинации. Иногда депрессивное состояние сопровождается идеями обвиняния, разорения, материального ущерба (воровства, ограбления), отрицания (синдром Котара).

При неврологическом обследовании больных отмечается снижение реакции зрачков на свет и конвергенцию, ослабление силы мышц, старческое дрожание конечностей, походка типа «малого шага», при конфабуляторной форме – симптомы, характерные для атеросклероза, иногда появляются агностические, афазические, апрактические и экстрапирамидные расстройства.

Болезнь Альцгеймера классическая (пресенильная деменция альцгеймеровского типа) относится к так называемым ранним формам старческого слабоумия. Заболевание, как правило, начинается в пресенильном возрасте (45-65 лет) и протекает по типу простой формы старческого слабоумия, постепенно нарастающего. Больные становятся суеверными, беспомощными, забывают название предметов, перестают узнавать близких, не могут выполнить элементарных действий, судорожно повторяют отдельные слова или слоги. В дальнейшем появляются хватательный, сосатель-

ный, хоботковый рефлекс. Уже на ранних этапах болезни имеют место очаговые расстройства в виде агнозии, апраксии, алексии. Развивается кахексия, значительно снижается сопротивляемость. Больные могут погибнуть от присоединившейся инфекции.

Больная М., 54 лет. С 53 лет отмечает ослабление памяти. Испытывала затруднения на работе (работала машинисткой): пропускала буквы, делала ошибки в тексте. Иногда проезжала свою остановку, дома варила суп в стеклянной банке, забыла последовательность приготовления пищи.

Психический статус. При поступлении находилась в ясном сознании, приветлива, благодушна, вежлива. Сообщает правильные биографические сведения, но не помнит общеизвестных дат и дат своей жизни. Больной себя не считает, но никакого протеста против пребывания в клинике не обнаруживает. В отделении все время лежит, дремлет, ни с кем не общается. На окружающее реагирует слабо. В столовой держит себя беспомощно, не знает, как и что есть. За собой не следит, не причесывается, но умывается. О своей семье и сыне не вспоминает. Речь с элементами эхолалии, словарный запас беден. Беседа с больной чаще всего ведется в форме вопросов и лаконичных ответов на них. На вопрос врача: «Чем отличается девочка от куклы?» – отвечает «Кукла моргает, когда ее наклонят, а девочка моргает всегда».

Постепенно состояние больной ухудшалось. Нарастало слабоумие. Почти во всем перестала обслуживать себя. Стала неопрятна. Часто берет чужие продукты и начинает их есть, но, набив рот пищей, не глотает ее, а держит во рту. Беспомощна, бестолкова, адинамична. На лице периодически возникает гримаса плача. Окружающей обстановки не осмысливает, ко всему безучастна. Продуктивной психотической симптоматики не выявляет.

Весьма сходную клиническую картину со старческим слабоумием имеет такое атрофическое заболевание головного мозга, как болезнь Пика, что и дает основание описать его в этом разделе.

Болезнь Пика. В основе заболевания лежит атрофия отдельных областей коры одного из полушарий головного мозга, в результате чего развивается глубокое слабоумие. В зависимости от локализации атрофического процесса клиника начального периода заболевания различна. При лобно-височной локализации атрофии начало заболевания чаще

имеет симптоматику, напоминающую прогрессирующий паралич (псевдопаралитическая). Больные становятся рассеянными, забывчивыми, неряшливыми, неопрятными, перестают справляться с привычной для них работой, теряют такт, грубеют. В дальнейшем нарастает вялость, безразличие, бездеятельность. На самые разные вопросы дают один и тот же ответ (персеверации, стоячие обороты речи): «Ваше имя, отчество?» – «Нина Васильевна». – «Ваша фамилия?» – «Нина Васильевна». – «Где вы живете?» – «Нина Васильевна» и т. д. То же происходит и в ответ на просьбу что-либо написать. Критического отношения к своему состоянию нет. Больные абсолютно не могут обслуживать себя, не знают, где их постель, утрачивают навыки приема пищи, опрятности. На поздних стадиях у них развиваются симптомы орального автоматизма.

Если атрофия коснулась теменно-височной области, на первый план выступают нарушения гнозиса, праксиса, сенсорная афазия.

Больная К., 42 лет. До заболевания работала врачом. Заболевание развивалось исподволь: дома не могла приготовить обед, подчас не знала, что делать с мясом, куда ставить кастрюлю и т. д. На работе стала допускать грубые ошибки: не могла зашить послеоперационную рану, вместо шелка брала жгут, и наоборот. Была переведена временно на экспериментальную работу, но и тут оказалась беспомощной. На замечания давала реакцию гнева. Приходила на работу неряшливо одетая, непричесанная. Иногда нелепо шутила, громко смеялась. Стала грубой, перестала заботиться о семье, временами совершенно не реагировала на присутствие близких. Работать совсем не могла, но была в полном недоумении, когда ее отстранили от работы. Оставлять ее дома одну становилось невозможно: не выключала газ, оставляла открытым кран с водой, уходила из дома, не закрывая дверь, часто не могла найти дорогу домой. Была стационарирована.

В клинике ее состояние ухудшилось. Не узнавала родственников, персонал. Не могла обслуживать себя. Была вялая, бездеятельная, вставала с постели только по требованию персонала. Могла ходить непричесанная, в одной нижней рубашке по отделению. На лице постоянная, ничего не выражающая улыбка, взгляд безучастный. На все обращенные к ней вопросы давала один и тот же ответ. При просьбе что-либо написать могла

бесконечно писать одно и то же слово или выражение. В дальнейшем совсем перестала говорить. Лежала целыми днями в постели в эмбриональной позе, была неопрятна мочой и калом, ела из рук, поперхивалась. Нарастала кахексия. Больная погибла от присоединившейся инфекции.

Лечение. Больные с сенильными деменциями нуждаются в постоянном надзоре и уходе: ввиду неправильного поведения они представляют опасность как для себя, так и для окружающих (открывают краны с водой, оставляют открытыми газовые горелки, могут устраивать случайные поджоги, уходят из дома, бродяжничают). Лечение осуществляется по 5 основным направлениям (Гаврилова, 2003):

1) заместительная терапия, направленная на преодоление нейротрансмиттерного дефицита (ингибиторы ацетилхолинэстеразы – такрин (когнекс), амиридин, экселон (ривастигмин), нейромидин; ингибиторы МАО – юмекс (сележелин), антидепрессанты из группы СИОЗС – циталопрам; модуляторы глутаматэргической системы – акатинол мнемантин;

2) применение нейропротекторов и нейротрофических факторов: вазоактивные и нейротрофические средства – ницероглин (сермион), церебролизин, новое поколение нейропротекторов – блокаторы кальциевых каналов, антагонисты NMDA-рецепторов, пропентофиллин, антиоксиданты, лазароиды (21-аминостероиды), блокаторы ферментов, стабильные аналоги эндогенных нейротрофинов и факторов роста, полученные методами рекомбинантных ДНК;

3) противовоспалительная терапия (индометацин);

4) психофармакотерапия имеющихся психотических явлений (антидепрессанты из группы СИОЗС – циталопрам, флуоксетин (прозак) снимают не только депрессию, но и агрессивность; бензодиазепины или нейролептики назначают лишь кратковременно в малых дозах – при выраженном возбуждении в комбинации с СИОЗС);

5) когнитивный тренинг (психологическая коррекция) – формирование навыков с опорой на сохранные функции с использованием подсказок, записей, повторов, внешняя помощь в повседневной жизни.

Применение ноотропов (ноотропил, пиритинол) не дало достоверно положительных результатов, более того доказан отрицательный эффект от применения больших доз этих препаратов, так как при их применении возникает истощение нейротрансмиттеров. Также не рекомендуется назначение препаратов с антихолинергическим действием (трициклических антидепрессантов), нейролептиков, бета-блокаторов, бензодиазепинов и седативных гипнотиков, так как они могут вызвать утяжеление деменции и состояние спутанности. Необходим контроль соматического состояния, особенно при возникновении психотических эпизодов, общеукрепляющая терапия.

Глава VIII

АЛКОГОЛИЗМ, НАРКОМАНИИ, ТОКСИКОМАНИИ

АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголизм – хроническое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю и психическими и соматическими последствиями алкогольной интоксикации. Развивается физическая зависимость от алкоголя, выражающаяся в появлении абстинентного синдрома. Кроме того, признаком алкоголизма является утрата количественного, качественного и ситуационного контроля при приеме алкоголя, изменение реакции организма на алкоголь (на ранних этапах рост толерантности (переносимости), а затем наступает снижение толерантности), появление измененных и амнестических форм опьянения (полимпсестов, тотальных амнезий периода опьянения).

При беседе с больным необходимо получить сведения о наследственности и подробно собрать так называемый алкогольный анамнез: с какого возраста злоупотребляет алкоголем, пьет запоями или ежедневно, опохмеляется ли (проявление абстинентного синдрома), количество употребляемого алкоголя, от какой дозы пьянеет, были ли психозы, лечился ли раньше. Больные, как правило, неохотно дают подобные сведения. В этих случаях необходимы объективные данные о больном. Очень важен трудовой и социальный анамнез.

Алкоголизм сопровождается постепенным изменением личности больного – появляется своеобразная алкогольная деградация, характеризующаяся нарушением памяти,

снижением работоспособности, утратой этических чувств, лживостью, грубостью, асоциальным поведением. На фоне алкоголизма могут возникать выраженные психические нарушения. Наиболее часто при алкоголизме возникают следующие психозы: алкогольный делирий (белая горячка); алкогольный галлюциноз (острый, подострый и хронический); алкогольный параноид, чаще в виде бреда ревности; болезнь Корсакова; алкогольный псевдопаралич, внешне напоминающий клинику прогрессирующего паралича; псевдоэнцефалит Гайе – Вернике. Психозы отмечаются лишь у 10% больных алкоголизмом.

Алкогольный делирий (*delirium tremens*), белая горячка – острый алкогольный психоз – развивается, как правило, через несколько дней после массивного употребления алкоголя на фоне абстинентного синдрома. Предрасполагающими факторами являются черепно-мозговая травма, соматические заболевания, ослабленность организма. Белая горячка сопровождается делириозным помрачением сознания, страхами, наплывом образных, зрительных, а также слуховых иллюзий и галлюцинаций, бредовыми идеями преследования.

Эти больные находятся в резком психомоторном возбуждении, имеют место выраженные вегетативные расстройства. Они представляют большую опасность для себя и окружающих, нуждаются в постоянном надзоре и экстренном лечении. Следует также помнить о тяжелом соматическом состоянии, выраженных вегетативных сдвигах, возможном смертельном исходе в результате остро наступающей сердечно-сосудистой недостаточности.

Лечение алкогольного делирия. Выраженные психопатологические расстройства при острых металкогольных психозах, и прежде всего делирии, повлекли за собой использование нейролептиков, однако по мере накопления опыта было установлено, что наряду с положительным эффектом некоторые препараты, в частности аминазин, вызывают ряд ос-

ложнений. В связи с этим использование нейролептиков для лечения алкогольного делирия значительно сократилось. Терапия базируется преимущественно на патогенетических принципах. В последние годы появился опыт применения менее токсичных атипичных нейролептиков нового поколения (рисполепт, зипрекса). Их применение в первые дни лечения наряду с дезинтоксикационной и дегидратационной терапией ускоряет обрыв делириозной симптоматики.

Широко используется инфузионная терапия, особенно при выраженности и тяжести вегетативных, соматических и неврологических нарушений. Инфузионная терапия направлена на ликвидацию метаболических сдвигов, гемодинамических расстройств, нормализацию дыхания, предупреждение патологии почек и печени, отека легких, ликвидацию гипертермии, лечение сопутствующих заболеваний.

Инфузионной терапии предшествует купирование двигательного возбуждения с помощью внутривенного введения одномоментно 10-40 мг седуксена; при отсутствии эффекта можно назначать натрий оксипутират по 2-4 г, растворенный в 20 мл 5% раствора глюкозы, 3-4 раза в сутки внутрь или внутривенно 20% водный раствор. При выраженном возбуждении назначаются аминазин, галоперидол. Инфузионная терапия включает в себя 700-1500 мл/сут. 5% раствора глюкозы в сочетании с инсулином (8-16), для усиления дезинтоксикации гемодез по 400 мг 2-3 раза в сутки или реополиглюкин. Количество вводимой жидкости должно быть равно суточному диурезу. При наличии гипергидратации назначается 50-100 мл гипертонического раствора глюкозы с инсулином, хлорид калия (50-100 мл 3% раствора), раствор концентрированной плазмы в сочетании с диуретиками (фуросемид, маннит, мочевины). Важным в комплексном лечении является обеспечение адекватного кровообращения. При выраженном коллапсе вводится 0,5 мл 0,1% раствора адреналина или 0,5 мл 0,2% раствора норэдреналина внутривенно, глюкокортикоидные гормоны – преднизолон (50-

150 мг/сут. внутривенно), гидрокортизон (75-125 мг/сут. внутримышечно). Гормоны отменяют постепенно в течение трех дней.

Одним из наиболее грозных нарушений сосудистой деятельности является острая левожелудочковая недостаточность. При наличии ее признаков необходимо введение строфантина (0,5-0,7 мл 0,1% раствора внутривенно) или коргликона (1 мл 0,06% раствора в 20 мл 40% раствора глюкозы), глюканата кальция (10 мл 10% раствора внутривенно), эуфиллина (5-10 мл 2,4% раствора внутривенно), 40 мг фуросемида (лазикса) внутривенно. При симптомах поражения печени (увеличение и болезненность печени, телеангиэктазии, эритема ладоней, желтушность кожи и т. д.) применяется концентрированный раствор глюкозы, витамин С, витамины группы В, кокарбоксилаза, метионин, сирепар, гормональные средства, мексидол.

С конца XX века при лечении тяжелых делириев применяют мощную дезинтоксикационную терапию с помощью гемосорбции.

Больной Н., 49 лет, злоупотребляет алкоголем в течение пяти лет, последние два с половиной года опохмеляется. Особенно злоупотреблял алкоголем последние полгода. После небольшого простудного заболевания у него нарушился сон, появились тревога, беспокойство, страх. Вечером, закрыв глаза, стал видеть мух, пауков, «каких-то других мерзких насекомых». В ужасе открывал глаза, и тогда все исчезало. На следующий день чувствовал себя лучше, но к вечеру вновь стал видеть мух и пауков, на этот раз уже и с открытыми глазами, чувствовал, как они ползают по коже, кусают его, через некоторое время с удивлением заметил, что в комнате появились куры и мыши, а затем – черти. Черти набросились на него, он прятался, бегал, кричал, решил повеситься, но не мог сообразить, как это лучше сделать. Слышал голоса сговаривающихся его убить. Испытывал сильный страх, постоянно пытался распутать какие-то нити и проволоку, якобы опутывающие его, не спал всю ночь. При стационарировании был резко возбужден, весь дрожал, был покрыт холодным потом. После инъекции кордиамина и аминазина (внутримышечно по 2 мл 2,5% раствора) крепко уснул. Наутро проснулся в ясном сознании, но был вялым и рассеянным. Никакой психотической симптоматики не обнаруживал, но прошлое помнил достаточно хорошо.

Алкогольный галлюциноз характеризуется наличием упорных слуховых галлюцинаций, могут иметь место вторично возникающие бредовые идеи преследования. Сознание ясное. Острым считается галлюциноз длительностью до 1 месяца, подострым – до 6 месяцев, более полугодом – хроническим. Лечение проводят аминазином, галоперидолом.

Алкогольный бред ревности – обычно стойкий, систематизированный, нередко сопровождается агрессивностью и другими общественно опасными действиями. Лечение – нейролептиками (длительное).

Болезнь Корсакова складывается из амнестического (корсаковского) синдрома и полиневрита. Заболевание начинается с парестезий в дистальных частях рук и ног, затем появляются боли в руках и ногах, болезненность по ходу нервных стволов, атрофия мышц рук и ног, исчезновение сухожильных рефлексов. В лечении значительная роль принадлежит витаминам группы В, РР, С в больших дозах, ноотропам.

Патологическое опьянение – острый психоз, в основе которого лежит внезапно возникающее сумеречное помрачение сознания, бред, устрашающие галлюцинации. Психоз не связан с алкоголизмом, он возникает как патологическая реакция на однократный прием совсем небольшой дозы алкоголя, чаще всего этому предшествуют усталость, недосыпание, эмоциональное напряжение и другие ослабляющие организм воздействия. Внешне больной не производит впечатления пьяного, напротив, движения и действия его четкие, координированные, обращает на себя внимание лишь чрезмерная бледность лица. В состоянии суженного сознания под действием страхов, галлюцинаторных и бредовых переживаний больные могут совершать противоправные действия. Они представляют большую опасность для себя и окружающих. Распознавание патологического опьянения у лица, совершившего опасное действие, дает основание считать его невменяемым в момент совершения преступления.

Купирование острой алкогольной интоксикации.

Рекомендуется применение фенамина (0,01 – 0,02 г на 100 мл воды в клизме), промывание желудка (до 12 – 15 л воды) с добавлением бикарбоната натрия, в качестве слабительного используется сульфат магния, для вызывания рвоты подкожно вводят 0,2 – 0,4 мл 1% раствора апоморфина (апоморфин противопоказан при нарушении сознания). Апоморфин сочетают с подкожным введением кордиамина или 1 мл 10% раствора кофеина. Для ускоренного вытрезвления вводят фенамин (0,01 г), коразол (0,2 г), никотиновую кислоту (0,01 г), внутривенно 10 мл 5% пиридоксина (витамин В₆). При более глубоком опьянении вводят смесь: 15 мл 0,5% раствора бемегрида, 1 мл 1,5% раствора этимизола, 2 мл кордиамина, 2 мл 20% раствора кофеина, 2 мл 10% раствора коразола, 13 мл 40% раствора глюкозы.

Лечение и профилактика алкоголизма.

Организация в стране самостоятельной наркологической службы с развертыванием амбулаторной и стационарной помощи обеспечивает наиболее адекватное лечение алкоголизма. Общими принципами этого лечения являются:

- 1) непрерывность и длительность;
- 2) индивидуальность в зависимости от клинических, личностных и микросоциальных факторов;
- 3) комплексность лечения;
- 4) установка больных на полное воздержание от алкоголя;
- 5) этапность и преемственность лечения.

Первый этап лечения – прерывание злоупотребления алкоголем, купирование абстинентных расстройств, полное обследование больного – 5–10 дней. Второй этап – антиалкогольное лечение с целью выработки отвращения к спиртным напиткам и стойкого подавления патологического влечения к алкоголю – 1–1,5 мес. Третий этап – поддерживающее амбулаторное лечение. Кроме лекарственных средств и психотерапии необходимо воздействие на микросоциальную среду, а также реабилитационные мероприятия.

На первом этапе важную роль играет витаминотерапия: *тиамин* (витамин В₁) – более 100 мг/сут., *пиридоксин* (витамин В₆) – до 20–100 мг/сут. в течение 4 недель, *никотиновая кислота* (витамин РР) – 50–200 мг/сут., длительность применения – до 2–4 нед., аскорбиновая кислота – 5,0 мл р-ра на глюкозе внутривенно в течение 2 недель.

Также важна дезинтоксикационная терапия: *унитиол* – 1 мл 5% раствора на 10 кг массы тела, внутримышечно 1–4 раза в день в течение двух недель; *гипертонические растворы*: глюкоза – до 50–60 мл 40% раствора, мочевины – в виде 30% раствора на 10% раствор глюкозы внутривенно капельно по 60–80 капель в 1 мин. 2 раза в сутки, магния сульфата внутримышечно 5–20 мл 25% раствора; *изотонические растворы*: натрия хлорида 0,9% раствор подкожно и внутривенно капельно по 1–1,5 л/сут.; *низкомолекулярный адсорбент*: гемодез – внутривенно капельно до 500 мл/сут. по 40–50 капель в 1 мин. (за час до внутривенного введения других лекарств или не ранее чем через час после).

Для подавления патологического влечения (тяги) к алкоголю в первые дни лечения используют препараты, вызывающие гипертермию: пирогенал – вводится в течение 5 сут. по схеме 50-75-100-125-150 мкг/сут. Через 2 часа температура тела достигает 38–39°C, нормализуется в течение суток. Обычно в амбулаторной практике из-за риска побочных эффектов используют не более 100 мкг пирогенала в сутки.

Психотропные препараты применяются для купирования вегетативных, аффективных, психопатоподобных и неврозоподобных расстройств, бессонницы и уменьшения патологического влечения к алкоголю. В первые дни абстиненции используются *транквилизаторы* – седуксен, элениум, нитразепам (эуноктин, радедорм), феназепам, грандаксин (купирует вегетативные расстройства), ксанакс. Из *нейролептиков* применяются этаперизин, сонапакс, хлорпротиксен, терален, топрал, неупелтил, тизерцин, галоперидол; из

антидепрессантов – пиразидол, флуоксетин, леривон, паксил, коаксил; *нормотимики*: финлепсин по 50 мг три раза в день; *ноотропил* до 0,8 г два раза в день (утро, день).

Хорошо купирует абстинентные вегетативные, неврологические, психические расстройства пироксан (периферический адrenoблокатор) – по 2-3 таблетки три раза в день, при тяжелом абстинентном синдроме возможно подкожное или внутримышечное введение этого препарата.

На втором и третьем этапах лечения алкоголизма, наряду с нейролептиками, нормотимиками, ноотропами и антидепрессантами, применяют *активное медикаментозное антиалкогольное лечение* с выработкой отвращения к спиртным напиткам и стойким подавлением тяги к алкоголю (условно-рефлекторная и сенсibiliзирующая терапия).

Условно-рефлекторный способ лечения осуществляется с помощью сочетания раздражителей: условного (алкоголь) и безусловного, в результате чего вырабатывается отрицательный условный рефлекс на алкоголь. При этом условный раздражитель должен предшествовать безусловному, т.е. алкоголь надо успеть дать больному до начала рвоты.

Условно-рефлекторная терапия (УРТ). Примерно через месяц после последнего приема спиртного больному назначается одно из средств для выработки условного отрицательного рефлекса на алкоголь (*апоморфин, эметин, гравидин, ликоподий*) в дозе, вызывающей рвотный рефлекс. *Апоморфин* – антагонист дофамина. Оптимальная терапевтическая доза составляет 20–160 мг. *Метронидазол* (трихопол, флагил) вызывает менее выраженные реакции при приеме алкоголя. Применяется по 1–2 г в день в течение 15–25 дней, на курс лечения 30–40 г. *Фуразолидон* – по 0,1–0,2 г 3–4 раза в течение 10 дней. Также применяется 5% отвар травы плауна-баранца по 80-100 мл (на 3–4-й день абстиненции), через 10–15 мин проводится алкогольная провокация (5 мл водки, запах алкоголя), через 15 мин. возникает рвота, тягостные соматические ощущения. С этой же целью применяют таблетки цианамида, темпозила; раствор колме.

Для лечения хронического алкоголизма широко применяется *сенсibiliзирующая терапия* – тетурам (антабус, дисульфирам, аверсан). Введенный в организм (0,5–0,75 г в день), тетурам задерживает нормальный процесс окисления алкоголя на стадии ацетальдегида, являющегося сильным ядом. При алкогольной провокации возникает антабусалкогольная реакция, длящаяся несколько часов (нарушение дыхания, головная боль, падение артериального давления, гипергидроз, похолодание конечностей, сердцебиение, страх смерти). Пролонгированной формой тетурама является препарат эспераль (дисульфирам-депо радотер). Эспераль имплантируется в виде 8–10 стерильных таблеток, как правило, в область ягодичной мышцы или мышцы бедра. Лечение антабусом следует начинать в стационаре после тщательного обследования состояния функции печени, почек, сердца. Антабусалкогольная проба проводится в присутствии врача после того, как больной принял 0,5–0,75 г антабуса. Предлагается выпить 20–30 мл водки, после чего у больного развивается описанная выше реакция. Метод лечения антабусом основан на принципе выработки условного рефлекса и сенсibiliзации организма к алкоголю. В дальнейшем лечение антабусом проводится амбулаторно.

Для подавления тяги к алкоголю, снятия тревоги, вегетативных, соматических проявлений синдрома отмены применяют гомеопатический препарат пропротен-100 (в таблетках, спиртовой раствор не рекомендуется из-за возможного усиления влечения к алкоголю). В последние годы предложено лечение патологического влечения к алкоголю, абстинентных явлений, алкогольной анозогнозии, негативных и продуктивных симптомов алкогольной деградации такими препаратами, как антаксон, налтрексон, налоксон, акампрокат (антагонисты опиоидных рецепторов). Однако необходимо длительное их применение.

Важную роль в комплексном лечении алкоголизма играет психотерапия, гипнотерапия. Применяется также не-

специфическая терапия алкоголизма: аутогемотерапия, оксигенотерапия, гипербарическая оксигенация, краниocereбральная гипотермия, физиотерапия, гемосорбция, энтеросорбция, разгрузочно-диетическая терапия, иглорефлексотерапия, электросон.

НАРКОМАНИИ

Наркомании – заболевания, характеризующиеся патологическим влечением к психоактивным веществам, внесенным в «Перечень наркотических средств РФ», развитием зависимости и толерантности к ним, выраженными медико-социальными последствиями. Веществ, вызывающих привыкание и пристрастие, довольно много, и по мере развития фармакологии «Перечень наркотических средств РФ» значительно расширяется. Чаще встречаются наркомании, связанные с приемом опиума и его дериватов (морфия, опон, пантопон, кодеин), а также веществ, дающих морфиноподобный эффект (промедол, героин). Наркоманию могут вызывать снотворные (производные барбитуровой кислоты – нембутал (этамилал натрия), барбамил (амитал натрия) и небарбитуровые – ноксирон), а также различные стимуляторы (кофеин, фенамин, перветин). Наркотиком является гашиш (анаша, марихуана, банг), получаемый из индийской, американской, чуйской, дикорастущей и других видов конопли. Широкое применение (вначале как стимулятор) нашел препарат ЛСД-25. Он обладает эйфоризирующим эффектом. В момент употребления этого препарата, как и при употреблении других наркотиков, могут развиваться психотические состояния с обильными зрительными иллюзорными и галлюцинаторными переживаниями, иногда бредовыми идеями. Выяснено, что эти расстройства могут приобретать стойкий, реже необратимый характер.

Привыкание к нескольким наркотическим средствам называется полинаркоманией, а к наркотику и психоактив-

ному веществу, не относящемуся к списку наркотиков, осложненной наркоманией.

При наркомании, как и при алкоголизме, в случае лишения наркотиков развивается выраженный абстинентный синдром («ломка»), который включает в себя психические и соматические расстройства. Возникают головные боли, слабость, выраженные вегетативные симптомы, боли в различных частях тела, рвота, поносы, подавленное настроение, раздражительность, плаксивость, выраженная астения с гиперестезией, психопатоподобное поведение, истерические реакции. В таких случаях все помыслы наркоманов сосредоточены только на том, чтобы раздобыть желаемый наркотик, ради этого они идут на все, вплоть до преступления. Депрессивные реакции сопровождаются ажитацией, беспокойством; могут выявляться суицидальные тенденции. Иногда отмечаются иллюзии, галлюцинации на фоне ясного или нарушенного сознания. Это необходимо учитывать при лечении наркомании. У злоупотребляющих наркотиками может развиваться тяжелое отравление (передозировка), сопровождающееся комой.

Лечение наркоманий следует проводить в условиях закрытого отделения. Наркотик нужно отнимать одновременно, постепенно отменяют только барбитураты из-за высокой вероятности развития судорожного синдрома, а также у наркоманов с выраженными соматическими расстройствами (3-я стадия). Для облегчения абстинентного состояния следует назначить инъекции терапевтических доз инсулина, седативные средства, нейролептики (топрал, тиапридал, нозинан, аминазин, галоперидол, этаперазин, азалептин). В тяжелых случаях следует проводить мощную дезинтоксикационную терапию. Вегетативные проявления в первые дни ломки купируют с помощью пироксана, клофелина, капотена, топрала, болевые ощущения – трамалом, ненаркотическими анальгетиками (баралгин). Для профилактики рецидива при опийных наркоманиях в ремиссии назначают блока-

торы (антагонисты) опиоидных рецепторов – налтрексон, антаксон. Эти препараты также используются для диагностики опиоидной интоксикации, и в программах быстрого купирования абстинентного синдрома.

При морфинной коме противоядием является атропин, который вводят подкожно по 0,001 каждые 2 ч (три-четыре раза); дают дышать кислородом. Если инъекции цититона или лобелина действия не оказывают, применяется искусственное дыхание. Необходимо спустить мочу, промыть желудок растворами танина или перманганата калия.

При отравлении барбитуратами необходимо срочно промыть желудок 0,25% раствором перманганата калия, очистить кишечник, спустить мочу. Противоядием является стрихнин, внутривенные инъекции по 0,003 каждые 3-4 ч при коме. Подкожно вводят кислород, внутривенно – глюкозу. При падении артериального давления вводят адреналин.

ТОКСИКОМАНИИ

Токсикомании – это заболевания, характеризующиеся патологическим влечением к систематическому приему психоактивных веществ, не являющихся наркотиками, т. е. не внесенных в «Перечень наркотических средств РФ», с возникновением зависимости, ростом толерантности. При лишении привычного вещества у больного развивается так называемый абстинентный синдром, состоящий из психических и соматических нарушений. Токсикоманию может вызвать ряд психоактивных веществ (транквилизаторы, чаще бензодиазепины – реланиум, лоразепам, нитразепам, феназепам, альпрозолам, клоназепам, реже элениум; антидепрессанты – коаксил, анафранил, прозак, амитриптилин; летучие органические растворители – пары бензина, средства бытовой химии и т.п.; клей «Момент»; антипаркинсонические средства, холинолитики – циклодол, паркопан; атропинсодержащие препараты и растения – дурман, белена; антигис-

таминные препараты – димедрол, пипольфен; никотин; клофелин). Алкоголизм тоже является токсикоманией, но благодаря своей чрезвычайной распространенности всегда рассматривается отдельно. Принципы лечения токсикоманий те же, что и наркоманий.

Г л а в а IX

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Психические нарушения при инфекционных заболеваниях весьма различны. Это связано с природой инфекционного процесса, с особенностями реагирования на инфекцию центральной нервной системы.

Психозы, возникающие в результате общих острых инфекций, относятся к симптоматическим. Психические нарушения имеют место и при так называемых интракраниальных инфекциях, когда инфекция непосредственно поражает мозг. В основе инфекционных психозов лежат разнообразные психопатологические явления, относящиеся к так называемым экзогенным типам реакций (Бонгеффер, 1910): синдромы нарушенного сознания, галлюциноз, астенический и корсаковский синдромы.

Психозы как при общих, так и при интракраниальных инфекциях протекают:

- 1) в форме транзиторных психозов, исчерпывающихся синдромами помрачения сознания: делирий, аменция, оглушение, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение), онейроид;

- 2) в форме затяжных (протрагированных, пролонгированных) психозов, протекающих без нарушения сознания (переходные, промежуточные синдромы), к ним относятся: галлюциноз, галлюцинаторно-параноидное состояние, кататоноформное, депрессивно-параноидное, маниакально-эйфорическое состояние, апатический ступор, конфабулез;

3) в форме необратимых психических расстройств с признаками органического поражения центральной нервной системы – корсаковский, психоорганический синдромы.

Так называемые **транзиторные психозы** – скоропреходящие и не оставляют после себя никаких последствий.

Делирий – самый распространенный тип реагирования центральной нервной системы на инфекцию, особенно в детском и молодом возрасте. Делирий может иметь особенности, зависящие от характера инфекции, возраста больного, состояния центральной нервной системы.

При инфекционном делирии сознание больного нарушено, он не ориентируется в окружающем, на этом фоне возникают обильные зрительные иллюзорные и галлюцинаторные переживания, страхи, идеи преследования. Делирий усиливается к вечеру. Больные видят сцены пожара, гибели, разрушения, страшных катастроф. Поведение и речь обусловлены галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. В формировании галлюцинаторно-бредовых переживаний при инфекционном делирии большую роль играют болезненные ощущения в различных органах (больному кажется, что его четвертуют, ампутуют ногу, простреливают бок и т. д.). В ходе психоза может возникнуть симптом двойника. Больному кажется, что рядом с ним находится его двойник.

Как правило, делирий проходит через несколько дней, причем воспоминания о пережитом частично сохраняются. В неблагоприятных случаях инфекционный делирий протекает с очень глубоким помрачением сознания, с резко выраженным возбуждением, принимающим характер беспорядочного метания (иногда мусситирующий делирий), и заканчивается летально. Прогностически неблагоприятным является сохранение подобного состояния при падении температуры.

Аменция – другой довольно частый вид реагирования на инфекцию, при котором имеет место глубокое помрачение сознания с нарушением ориентировки в окружающем и собственной личности. Обычно развивается в связи с тяжелым

соматическим состоянием. В картину аменции входят: нарушение сознания, резкое психомоторное возбуждение, галлюцинаторные переживания. Аменции свойственна бессвязность мышления (инкогеренция) и растерянность. Возбуждение довольно однообразное, ограниченное пределами постели. Больной беспорядочно мечется из стороны в сторону (яктация), вздрагивает, вытягивается, иногда стремится куда-то бежать и может броситься к окну, испытывает страх, речь бессвязная. Такие больные нуждаются в строгом надзоре и уходе. Они, как правило, отказываются от еды, быстро худеют. Нередко в клинической картине психоза перемешаны элементы делирия и аменции.

Значительно реже к транзиторным психозам относятся *амнестические расстройства в виде кратковременной ретроградной или антероградной амнезии* – на какое-то время из памяти исчезают события, которые предшествовали заболеванию или имели место после острого периода болезни. Инфекционный психоз сменяется астенией, которая определяется как эмоционально гиперстетическая слабость. Этот вариант астении характеризуется раздражительностью, плаксивостью, резкой слабостью, непереносимостью звуков, света и т. д.

Затяжные (протрагированные, пролонгированные) психозы. Ряд общих инфекционных заболеваний при неблагоприятных обстоятельствах может приобретать затяжное и даже хроническое течение. Психические расстройства у больных хроническими инфекционными заболеваниями обычно с самого начала протекают без помрачения сознания в виде так называемых переходных синдромов. Как уже указывалось, эта форма психоза также является обратимой. Заканчиваются они обычно длительной астенией.

Клиническая картина протрагированных инфекционных психозов довольно изменчива. Подавленность с бредовыми идеями отношения, отравления, т. е. депрессивно-бредовое состояние, может смениться маниакально-

эйфорическим с повышенным настроением, говорливостью, назойливостью, суетливостью, переоценкой собственных возможностей и даже идеями величия. В дальнейшем могут появиться идеи преследования, ипохондрический бред, галлюцинаторные переживания, Конфабуляции при переходных психозах встречаются редко. Все психопатологические расстройства при протрагированных психозах сопровождаются выраженным астеническим синдромом с явлениями раздражительной слабости, а также нередко депрессивно-ипохондрическими расстройствами.

Необратимые психические расстройства. В основе этой патологии лежит органическое поражение головного мозга, клиническими проявлениями которого могут быть психоорганический и корсаковский синдромы. Они носят необратимый характер, наиболее часто возникают при интракраниальных инфекциях или при общих инфекциях, сопровождающихся церебральным поражением.

При ряде инфекций психические нарушения имеют некоторые особенности, которые, в свою очередь, могут являться диагностическими. В течение одних инфекций психические нарушения довольно часты, например, при сыпном тифе, малярии, при некоторых – редки или вообще отсутствуют.

В качестве примера приводится описание психических нарушений при малярии и ряде других инфекций.

Наиболее тяжелой формой этого заболевания является *тропическая малярия*. Инфекция, вызываемая *plasmodium falciparum*, сопровождается симптомами, указывающими на поражение мозга. Такие случаи заболевания относятся к церебральной форме малярии. Церебральная форма малярии не имеет резких отличий от обычной формы. При появлении даже слабовыраженных психических расстройств без каких-либо неврологических симптомов принято говорить о церебральной форме. Опасны злокачественные коматозная и апоплексическая разновидности церебральной малярии.

Расстройство сознания развивается постепенно или очень быстро: внешне совершенно здоровый человек внезапно теряет сознание. Иногда в этом случае возникает подозрение на инфаркт или солнечный удар. Более того, не всегда при этом поднимается температура. Смерть может наступить через несколько часов. Нередко коматозному состоянию предшествуют различные симптомы инфекционного заболевания (температура, головная боль, слабость, вялость, мышечные боли, отсутствие аппетита) или же только усиление головной боли. Кома может возникнуть после делирия или сумеречного помрачения сознания, реже – после эпилептических припадков. Судорожный синдром представляет собой существенное проявление церебральной малярии. Важным для диагностики этой формы болезни признаком является ригидность мышц затылка. Клиническую картину могут дополнять такие симптомы, как паралич глазных мышц, другие формы поражения черепно-мозговых нервов, моноплегия, гемиплегия, нарушения координации движений и гиперкинезы.

Прогноз при коматозной форме очень серьезный. Кроме оглушения и делирия при церебральной форме малярии могут возникать сумеречное помрачение сознания и аменция. Малярийные психозы продолжаются несколько дней и даже недель.

Характер психических расстройств при *скарлатине* зависит от формы болезни и ее течения. При легкой форме болезни уже на второй день вслед за возможным кратковременным возбуждением развивается астеническая симптоматика с сонливостью, вялостью, снижением настроения. При среднетяжелой и тяжелой формах скарлатины астения у детей в первые 3-4 дня сочетается с легкой оглушенностью. Больные с трудом понимают смысл вопроса, не могут сосредоточиться, отвечают после паузы, односложно, плохо воспринимают и не запоминают прочитанное, быстро устают. При тяжелых формах скарлатины возможно развитие психо-

зов преимущественно в виде делирия и онейроида. При этом психоз имеет волнообразное течение, с быстрой сменой настроения. У ослабленных, часто болеющих детей при стер-тых атипичных формах скарлатины развитие психоза воз-можно на 4–5-й неделе.

В клинической картине преобладает помрачение соз-нания ближе к онейроиду с периодически усиливающимися галлюцинаторными расстройствами. Галлюцинации имеют фантастическое, сказочное содержание, при этом больные остаются пассивными. Психоз заканчивается астеническим состоянием.

Астенические расстройства после скарлатины явля-ются почвой для формирования у детей невротических реак-ций. *Токсическая и септическая формы скарлатины* могут осложняться органическим поражением головного мозга в виде энцефалитов, менингитов. В этих случаях в отдаленном периоде возможно развитие эпилептиформного синдрома, снижения памяти, интеллекта, изменений личности с нара-станием эксплозивности. При токсической форме скарлатины, сопровождающейся отеком мозга, возможна кома. Септиче-ская форма скарлатины на 3-5-й неделе болезни может ос-ложниться эмболией мозговых сосудов с явлениями гемипле-гии. Исход психических нарушений при скарлатине чаще всего благоприятный. Психическое состояние нормализуется по мере выздоровления. Психические нарушения при скарла-тине следует дифференцировать от психических заболеваний, манифестирующих или обостряющихся на ее фоне, а также органических заболеваний головного мозга, в частно-сти нейроревматизма.

Рожистое воспаление сравнительно редко сопровож-дается развитием психических расстройств. Последние, как и при других острых инфекционных заболеваниях, делятся на острые, так называемые транзиторные психозы, протекаю-щие с нарушением сознания, протрагированные, или проме-жуточные, и, наконец, затяжные необратимые психозы с кар-тиной органической психической патологии.

Клиническая картина психических нарушений зависит от течения инфекции, выраженности общесоматических и местных проявлений, а также локализации очага гнойной инфекции. При остром течении болезни на высоте лихорадки на фоне астенической симптоматики может развиваться транзиторный психоз в виде abortивного, обычно гипнагогического делирия. При вялом или затяжном течении рожистого воспаления может развиться аментивное состояние с резко выраженной спутанностью, возбуждением и бессвязностью речи. Этот синдром возникает, как правило, вслед за кратковременным гипоманиакальным состоянием с эйфорией. При затяжном течении болезни могут возникать психозы без нарушения сознания.

Среди промежуточных, или переходных, синдромов при роже чаще встречаются астенодепрессивный, астеноипохондрический, гипоманиакальный; в случае тяжелого течения инфекции, развития флегмоны возможно кататоноформное состояние.

Прогноз транзиторных и пролонгированных психозов при роже благоприятный. При улучшении общего состояния психопатологическая симптоматика полностью исчезает. После выздоровления некоторое время может сохраняться сменившая психоз эмоционально-гиперестетическая слабость. Необратимые психические расстройства в виде психоорганического и корсаковского амнестических синдромов при роже практически не встречаются.

Инфекционные психические расстройства при роже следует дифференцировать от обострений или манифестаций других психических заболеваний (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.).

Лечение. При инфекционных психозах в первую очередь должно проводиться лечение основного заболевания, дезинтоксикация, седативная терапия; при выраженных психотических состояниях показаны нейролептики: аминазин, нозинан (или тизерцин), галоперидол.

При выраженной астении, а также при необратимых психических нарушениях используются препараты группы ноотропов (ноотропил, аминалон и др.).

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Заболевание СПИД в силу своих особенностей требует изучения специалистами многих биологических и медицинских специальностей, в том числе и психиатрами.

Психические нарушения при СПИДе весьма разнообразны и могут включать в себя весь спектр психических расстройств, в частности развитие психоорганического синдрома и последующей деменции. Вирус СПИДа, как известно, поражает непосредственно клетки центральной нервной системы, что может приводить к появлению психических расстройств задолго до снижения у больного иммунитета. У многих больных СПИДом за несколько месяцев или даже лет до появления основной симптоматики отмечаются апатия, чувство изоляции и одиночества, а также другие психические расстройства, чаще на субклиническом уровне. Уже много позже появляются симптомы собственно СПИДа в виде лихорадки, обильного ночного пота, диареи, лимфаденопатии. Серьезной причиной появления психических расстройств при СПИДе является реакция личности на сам факт заболевания. Она варьирует от адаптивной до выраженной патологической, в формировании которой принимают участие многочисленные факторы.

Психические нарушения в рамках реакции личности на болезнь (тревога, ипохондрические переживания, фобии) часто сочетаются с выраженной апатией, обусловленной органическим поражением мозга.

Из функциональных психических нарушений чаще всего встречаются симптомы тревоги и депрессии, нередко с суицидальными мыслями, выраженная ипохондрия, кратковременные реактивные психозы, включая паранойю и шизофреноформный психоз. Тревога, как правило, сопровождается ажитацией, паникой, анорексией, бессонницей а также

чувством безысходности и гнева, нередко направленного на врачей. Необходимо отметить, что депрессия нередко бывает первым симптомом СПИДа. Хотя суицидальные мысли у этих больных бывают довольно часто, реализуются они главным образом у больных с психопатическими чертами характера. Описаны также больные со сложной психопатологической картиной, требующей дифференциальной диагностики с эндогенными заболеваниями: шизофреноподобными психозами, острыми и параноидными психозами, паранойей, депрессивными психозами, а также стойкими гипоманиакальными или маниакальными состояниями.

Симптоматика при этом весьма разнообразна и включает в себя бред, галлюцинации, параноидную подозрительность, идеи собственной переоценки, вербигерацию, асоциальность, уплощение аффекта. Подобные психотические состояния могут длиться месяцами и непосредственно предшествовать органическому поражению мозга и деменции. Если же психопатологическая симптоматика развивается уже на фоне длительно текущего заболевания, то она чаще всего выражается в органическом поражении центральной нервной системы.

Характерно, что психотическая депрессия чаще развивается у больных, уже имевших в анамнезе аффективные колебания различной степени выраженности. При этом суицидальные попытки чаще совершаются теми больными, кто был свидетелем смерти от СПИДа близких или друзей. Значительно реже при этом заболевании встречается невротическая депрессия.

Весьма характерны для больных и обсессивно-компульсивные расстройства. Они могут возникать вторично, как следствие депрессии, или самостоятельно, как реакция на болезнь. Эти переживания заключаются в многочасовых обследованиях своего тела в поисках специфической сыпи или подозрительных пятен, постоянных мыслях о смерти, самом процессе умирания, навязчивых воспоминаниях о

сексуальных партнерах, от которых могло произойти заражение. Навязчивые опасения касаются также возможности случайного заражения родственников или близких бытовым путем. Описаны также единичные случаи гомо- и венерофобии.

Необходимо отметить, что многие психопатологические симптомы СПИДа похожи на переживания больных раком в терминальной стадии. Это наводит исследователей на мысль об универсальности психопатологического реагирования в условиях тяжелого неизлечимого заболевания.

По мере прогрессирования заболевания примерно в 40% случаев развиваются симптомы органического поражения головного мозга, которые на вскрытии подтверждаются в 80% случаев. Речь обычно идет о диффузной энцефалопатии или подостром энцефалите. При этом у больных постепенно нарастают трудности концентрации внимания, потеря памяти на текущие события. В течение нескольких недель или месяцев у больных постепенно усиливаются симптомы нарастающего слабоумия с психомоторной заторможенностью, нарушением сознания, припадками, мутизмом, недержанием мочи и кала, комой. Компьютерная томография в каждом 10 из 13 случаев выявляет наличие общей церебральной атрофии.

Таким образом, синдром приобретенного иммунодефицита – сложное, малоизученное и пока неизлечимое заболевание – поражает многие органы и системы человека, в том числе и центральную нервную систему, с появлением выраженных неврологических и психических расстройств. Последние значительно отягощают течение основного заболевания и приводят к отчетливой социально-трудовой и психологической дезадаптации.

Глава X

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И НАРУШЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ

Соматические заболевания могут сопровождаться различными психическими нарушениями. Их клиника и особенности зависят от характера соматического заболевания, его стадии, длительности течения, а также от преморбиды больных.

Наиболее часты при соматических заболеваниях невротоподобные расстройства. Ведущим на всем протяжении заболевания является астенический синдром. Больные становятся вялыми, раздражительными, плаксивыми, жалуются на быструю утомляемость, плохой сон, неприятные ощущения в теле, головные боли, физическую слабость, угнетенность.

Раздражают громкие звуки, яркий свет, музыка (гиперестезия). Наиболее часто астенический синдром представлен явлениями раздражительной слабости (бурная реакция на раздражитель и быстрое ее истощение). Нередко на фоне астении у больных возникает чувство страха, тревоги, беспокойства. Характер астенического синдрома зависит от индивидуальных особенностей личности, тяжести соматического состояния, этапа заболевания. Астеническая симптоматика уменьшается по мере улучшения состояния больного.

При соматических заболеваниях с хроническим течением, нарушением обмена, интоксикацией могут развиваться психопатоподобные расстройства в виде типичных измене-

ний характера. Больные становятся мрачными, эксплозивными, по незначительному поводу дают бурную реакцию раздражения, гнева, тяготятся обществом, все окружающее вызывает у них неприязнь. Снижается активность. Больные полностью фиксированы на своем состоянии, требуют к себе постоянного внимания, капризны, подозрительны, появляется назойливость. Довольно типичным является нарастание неуверенности в себе, тревожности, мнительности. Значительное место в клинической картине занимают аффективные расстройства в виде неустойчивости настроения с преобладанием депрессивного фона. У некоторых больных при особо тяжелых соматических состояниях вместо угнетенности с периодами дисфории возникает повышенное настроение с эйфорией, беспечностью, недооценкой тяжести состояния. При этом мышление и деятельность малопродуктивны.

Наряду с неврозо-, психопатоподобными и аффективными явлениями могут иметь место и психозы: депрессия, галлюцинаторно-бредовые переживания, различные синдромы нарушенного сознания. Последние обычно имеют место при хронических соматических заболеваниях с явлениями выраженной интоксикации. Из синдромов нарушенного сознания чаще возникают делирий, аменция, оглушение. Делирий нередко сочетается с онейроидными переживаниями.

Могут возникать различные психосенсорные нарушения (явления деперсонализации и дереализации, нарушение схемы тела).

В случаях тяжелой и длительной интоксикации центральной нервной системы развиваются корсаковский и психоорганический синдромы.

Особого внимания заслуживают психические нарушения при следующих заболеваниях.

При заболеваниях *сердечно-сосудистой системы* наблюдаются изменения настроения, склонность к тоскливости, тревога с резко выраженным страхом. Иногда страхи возникают остро и сопровождаются двигательным беспокой-

ством. Постоянные неприятные ощущения в области сердца, фиксирующие внимание на этом органе, могут приводить к депрессивным и ипохондрическим явлениям. При сердечно-сосудистой недостаточности могут развиваться острые нарушения сознания.

Для заболевания *почек* характерны астенические явления, головные боли, общее недомогание, чувство дурноты, головокружение. При длительном течении заболевания развивается психопатоподобная симптоматика. Выраженные психические нарушения возникают при хронической почечной недостаточности с явлениями декомпенсации, сопровождающимися тяжелой интоксикацией. При уремии нарушается сон (сонливость днем и бессонница ночью), возникают кошмарные сновидения, нарушения сенсорного синтеза, эпиптиформные припадки, делириозные, делириозно-онейроидные и аментивные состояния. Появление такой симптоматики в поздней стадии хронической почечной недостаточности свидетельствует о тяжести состояния и необходимости применения гемодиализа.

Больной Б., 30 лет. В течение 11 лет страдает хронической почечной недостаточностью. Имеет инвалидность I группы. Ежегодно в периоды ухудшения состояния лечился в стационаре или амбулаторно. В больнице «много нервничал», не мог смотреть на страдания больных, просил лечащего врача выписать его. Получив отказ, плакал, не спал, «не мог найти себе места», к вечеру у него остро возник страх смерти, начал считать пульс, казалось, что умирает, был тревожен, пытался куда-то бежать, его с трудом удерживали в постели, молил о помощи. В отделении тревожен, беспокоен, боялся капельных вливаний, внутривенных инъекций, плакал перед гемодиализом, не мог найти себе места. Во время гемодиализа был в большой тревоге, боялся умереть, несколько раз пытался прервать гемотрансфузию, встать с кушетки, испытывал сильное сердцебиение, постоянно звал врача.

Получал транквилизаторы (элениум, седуксен), в период приема лекарств становился немного спокойнее, принимал их не систематически. Однажды в момент усиления страха смерти убежал из клиники, сел в такси, но потом вернулся, просил извинения у персонала, говорил, что его охватил ужас и он видел спасение только в возвращении домой. Просил

врача во время гемодиализа быть около него, немного отвлекался, бесе­дуя с врачом, успокаивался.

Физический статус. Больной пониженного питания. Кожа сухая, бледная, с желтушным оттенком. Лежит в постели с закрытыми глазами. Жалуется на слабость, тошноту, подергивание мышц, некоторое ухудше­ние зрения. Встречает врача приветливо. Охотно беседует. Однако сразу сообщил, что говорить ему трудно, он задыхается, испытывает нехватку воздуха, боится, что у него может остановиться сердце. Тревожен, сует­лив, что-то перебирает руками, считает пульс. Рассказал, что «устал от себя», потому что «заводит» себя мыслями о смерти, о предстоящем ге­модиализе, постоянно ждет чего-то плохого. Становится особенно тре­вожным, когда ему приходят делать инъекции, боится, что умрет, иногда «промелькнет» мысль, что ему могут сделать «смертельный» укол, чтобы прекратить мучения. К своим переживаниям относится критически, ищет помощи. Очень тепло говорит о доме, о матери («я вообще домашний»). На глазах легко появляются слезы.

Больная М., 41 год. *Диагноз:* хроническая почечная недостаточ­ность. Крайне астенизирована, кожные покровы бледные, с желтушно­землистым оттенком. Дыхание шумное. Не может найти удобного поло­жения: то лежит, то полусидит в постели. Из-за тяжелого стоматита со­вершенно не может глотать даже маленькие порции воды. Стонет, просит помочь ей, глаза полужакрыты. Крайне вялая, адинамична. Выражение лица страдальческое. Вначале не отвечала на вопросы, легко раздража­лась, высказывала недовольство беседой: «Разве не видите, что мне пло­хо? Что вам от меня нужно»? Стала несколько мягче после того, как врач начал ей помогать полоскать рот водой и расчесывать волосы, чтобы уменьшить зуд кожи. Речь медленная, тихая. Больная легко истощается, часто закрывает глаза, теряет нить разговора, чтобы получить ответ, при­ходится несколько раз задавать вопрос; пытается занять более удобное положение. Жалуется на сильную слабость, страдает от того, что из-за резкой боли во рту ничего не может проглотить: «Умираю голодной смертью». Настроение подавленное, безучастна ко всему. Рассказала, что в предыдущие дни ощущала себя «на том свете», что она была очень кра­сивой и все люди какого-то необычного вида восторгались ее красотой, ходили за ней толпами, а чтобы сохранить эту красоту, надели ей на лицо железную маску, которая стянула ей голову. Волосы у нее будто бы были длинными, золотистыми, и это тоже вызвало общий восторг и недоуме­ние по поводу того, почему она, такая красавица, вышла замуж за обык­новенного мужчину. А потом она долго плыла по розовому океану, во­круг росли необычайно красивые растения, проплывали какие-то стран­ные животные. Она чувствовала себя очень легкой, совсем невесомой,

словно растворялась в этом розовом океане. Она плыла к солнцу, которое ослепляло ее своими лучами.

Циррозы печени всегда сопровождаются психическими расстройствами, клинические особенности которых зависят от вида цирроза, длительности, этапа заболевания и характера его клинических проявлений (наличие желтухи, асцита, желудочно-кишечного кровотечения). Наиболее типичными психическими нарушениями при циррозах печени являются астения с выраженными вегетативными расстройствами, постепенно нарастающие явления психоорганического синдрома, характерологические сдвиги, а также периодически наступающие нарушения сознания.

Астения может быть первым клиническим проявлением болезни. На более ранних этапах она характеризуется слабостью, повышенной раздражительностью, утомляемостью, снижением настроения. Особенностью астенического синдрома является выраженность массивных вегетативных расстройств в (виде приступов тахикардии, потливости, гиперемии кожных покровов, возникающих чаще при волнении). Типичным являются также нарушение сна, нередко с приступами сонливости днем, парестезии рук и ног с чувством онемения, «ползания мурашек», а также тремор пальцев рук. Возможны остро возникающие болезненные судороги икроножных мышц. Бессонница может быть обусловлена мучительным кожным зудом, усиливающимся в ночное время. Зуд чаще всего возникает на фоне желтухи, а при билиарном циррозе является ранним симптомом болезни еще до развития желтухи.

При наличии повторных кровотечений в случаях цирроза с явлениями портальной гипертензии у больных появляется страх перед возможным кровотечением. При этом больные фиксируют свое внимание на неприятных ощущениях, пытаются, вопреки советам врача, ограничить движения, с тем, чтобы предотвратить кровотечение. При утяжелении состояния на более отдаленных этапах цирроза астения харак-

теризуется адинамией, безразличием к окружающему, сонливостью. У больных могут появиться мысли о плохом к ним отношении окружающих, желании избавиться от них. В процессе болезни постепенно нарастают явления психоорганического синдрома в виде повышения истощаемости, снижения памяти, инертности мышления, обстоятельности, склонности к детализации. На этом фоне при нарастании интоксикации возможны пароксизмальные расстройства в виде вегетативных кризов, нарушений сенсорного синтеза, кратковременных расстройств сознания по типу особых состояний сознания, амбулаторного автоматизма. Об особой тяжести соматического состояния свидетельствует нарастание оглушения вплоть до комы. В процессе болезни происходит не только заострение имеющихся характерологических черт, но и нарастание таких личностных особенностей, как обидчивость, подозрительность, пунктуальность, требование к себе особого внимания, ворчливость, склонность к конфликтам с истерическими формами реагирования (дрожь в теле, «ком в горле», потливость, тахикардия); возможен также патологический аффект.

Психозы при циррозах печени практически не встречаются. Психические нарушения на ранних этапах заболевания следует дифференцировать от невротических расстройств.

Токсическая дистрофия печени является *гепатоцеребральной патологией* и всегда сопровождается психическими нарушениями с развитием комы. Медленное или острое развитие комы зависит от темпа дистрофии печени. При медленном нарастании коматозного состояния различаются продромальный (1-2 нед.), прекоматозный (от нескольких часов до 1-2 дней) периоды и этап глубокой комы. При остром течении комы продромальный период значительно короче (1-4 дня), а коматозное состояние с быстрым переходом в глубокую кому заканчивается летально через 1-3 дня.

Предвестниками токсической дистрофии печени (чаще при острой желтой атрофии печени в результате болезни Боткина) являются кратковременные обморочные состояния, приступы удушья, головокружение, потливость, даже при нахождении больного в постели, а также икота, зевота, тошнота, рвоты, нарушение сна. У одних больных прекоматозный период сопровождается резкой головной болью, бессонницей на фоне оглушения, остро нарастающим двигательным возбуждением с бессвязностью речи, дезориентированностью в окружающем, реже – устрашающими зрительными и слуховыми галлюцинациями, колебаниями настроения, приступами тоски, страха смерти. У других прекоматозное состояние характеризуется, заторможенностью, сонливостью, переходящей в спячку. Подобное состояние может сменяться возбуждением. Больные застывают в неудобной позе или выполняют однообразные движения в пределах постели, повторяют услышанные слова. Речь становится скандированной. В дальнейшем оглушение переходит в сопор и кому, вслед за которой чаще всего наступает смерть.

В клинической картине прекоматозного состояния большое место занимают неврологические расстройства. Возможны эпилептиформные припадки. Очень редко до нарастания явлений оглушения возможно развитие кратковременных делириозных и аментивных состояний, а также депрессии с замедлением движений и речи. В редких случаях токсическая дистрофия печени сменяется постнекротическим циррозом. Причиной психических нарушений является интоксикация.

Психические нарушения при *ревматизме* встречаются чаще всего в форме невротоподобных расстройств, реже – острых и затяжных ревматических психозов, а также кардиогенных психозов. Условно выделяется ревматическая эпилепсия. В процессе болезни формируются интеллектуально-мнестические нарушения и личностные сдвиги. Ведущим и как бы сквозным при ревматизме является астенический

синдром с явлениями раздражительной слабости и истощаемостью. Ревматическая астения сопровождается большой утомляемостью, потерей трудоспособности, непереносимостью яркого света, шума, несдержанностью, аффективными вспышками, нетерпеливостью, эмоциональной лабильностью. При утяжелении состояния появляются сонливость, иногда упорная бессонница, возможны сильные головные боли.

Астеническая симптоматика нарастает постепенно, так что при первом приступе она иногда еще недостаточно выражена. Особенности и длительность астении зависят от течения основного заболевания. Астеническая симптоматика более выражена при ревматической хорее. При тяжелом течении ревматизма астения может сочетаться с особыми истероформными реакциями в виде аффективных приступов с плачем, криком, афонией, ощущением онемения частей тела, изменением сознания по типу истерического сумеречного состояния, пуэрилизмом. Ревматическая астения иногда сопровождается фобиями. Содержание страхов ограничивается преимущественно страхом смерти, боязнью сердечного приступа. Последние сопровождаются тахикардией, затруднением дыхания, потливостью, дрожью в теле, чувством сдавления в груди. При ревматизме возможны ипохондрические расстройства в виде фиксации на своем состоянии, иногда возникает изменение восприятия собственного тела, ощущение чуждости частей тела, лица. Астения при утяжелении соматического состояния сопровождается более выраженными эмоциональными расстройствами в виде приступов эйфории, многоречивостью, нарушением сна, отвлекаемостью, непризнанием своей болезни, суетливостью, а также эпизодическими астенодепрессивными состояниями с вегетативной лабильностью, усиливающимися к вечеру.

Особенности клиники психических нарушений при *туберкулезе* зависят от тяжести процесса, его распространенности и длительности. Ведущее место в клинической кар-

тине занимает астеническая симптоматика. При инфильтративно-пневмонической форме туберкулеза физическая астения преобладает над психической. Физическая слабость, усталость, общее недомогание более выражены по утрам. Отмечаются также вялость, безразличие, сонливость. Обычно через 1,5 месяца после успешного лечения туберкулеза глубина астении уменьшается, и в ее структуре преобладают явления раздражительной слабости, эмоциональной неустойчивости, двигательного беспокойства, нарушения сна, вегетативные расстройства. Астения сочетается с реакциями личности на болезнь в виде тревоги, подавленного настроения. Депрессивное состояние может развиваться остро, сопровождаясь страхом смерти, тревогой, суицидальными мыслями, а в дальнейшем сменяться ипохондрической фиксацией, истерическими реакциями. *Анозогнозия*, игнорирование болезни с нарушением режима, отказ от лечения – симптом, весьма типичный для более тяжелых форм туберкулеза – у больных с инфильтративным туберкулезом встречается нечасто. При фиброзно-кавернозной форме наблюдаются большой полиморфизм психических нарушений, массивность и склонность к хроническому течению.

Особенностью астенического синдрома при резкой интоксикации и обширности поражения легких является нередко сочетание его с эйфорией (астеноэйфорическое состояние) или апатией (астеноапатическое состояние). При наличии эйфории приподнятое настроение, не критичность, говорливость, двигательное беспокойство (чаще в пределах постели) быстро сменяются раздражительностью, гневливостью. При апатическом варианте астении адинамия, речевая и двигательная заторможенность сочетаются со слезливостью, беспокойством, иногда реакциями недовольства, дисфорическим оттенком настроения. При утяжелении соматического состояния, как правило, нарастает глубина астении. В случае эффективности лечения уменьшение астенической симптоматики происходит через месяц.

Особенностью является сочетание беспечности, благодушия с периодами угнетенности, гневливости, раздражительности, конфликтности. Истерические реакции проявляются в виде вегетативных расстройств, «кома в горле». У больных в процессе болезни происходят характерологические сдвиги: снижение активности, сужение круга интересов, появляется склонность к конфликтности, иногда робость, застенчивость, неуверенность в себе.

Психозы при туберкулезе развиваются крайне редко, как правило, только при тяжелом течении фиброзно-кавернозной формы в виде аменции, кататонического ступора, делирия, депрессивного или маниакального синдрома, галлюциноза. Аменция отличается небольшой глубиной нарушения сознания, волнообразным течением. Иногда аментивное состояние может сохраняться 1-2 месяца и предшествует развитию туберкулезного менингита. Делирий при туберкулезе чаще развивается у больных, злоупотребляющих алкоголем, в его структуре преобладают слуховые галлюцинации. Может развиваться маниакальный синдром, особенностью которого является его нередкое сочетание с астенией. Психозы при туберкулезе следует дифференцировать от алкогольного делирия и галлюциноза, а также от приступа шизофрении с преобладанием кататонических расстройств.

Алиментарная дистрофия сопровождается рядом психических расстройств: вялость, апатия, оглушение с безразличием к своему состоянию. Психотические эпизоды, в частности характерные для этого рода патологии галлюцинаторные явления, развиваются не во время адинамии, а в тот период, когда в результате терапии больные начинают физически крепнуть. Преимущественно зрительные галлюцинации имеют весьма определенное содержание – больные видят пищу: огромные буханки хлеба, капусту, фрукты.

Нередко алиментарная недостаточность проявляется *пеллагрой*. При этом заболевании психические нарушения весьма разнообразны. На начальных этапах имеет место неврастеноподобный синдром. В разгар заболевания отмечается затруднение восприятия, замедление процесса счета и нарушение памяти. Нарушения памяти напоминают таковые при корсаковском психозе, однако при пеллагре отсутствуют ложные воспоминания. Для пеллагры также характерны тревога, страх, тоскливость. Пониженное настроение может сопровождаться галлюцинациями и бредом. Больные высказывают идеи самообвинения, испытывают страх смерти, неминуемой беды. В начале болезни могут иметь место бредовые идеи, делириозные переживания.

Клиническая картина психических нарушений при *эклампсии* зависит от стадии заболевания, тяжести, частоты эclamптических приступов в виде судорожных припадков. В предэclamптическом периоде возникают головные боли, чувство тяжести в голове («голова как в угаре»), головокружения, фотопсии в виде блесков, золотого дождя перед глазами, разноцветных кругов. Подавленное настроение сопровождается тревогой, внутренним напряжением, нарастает вялость, адинамия, больным трудно сосредоточиться. Нередко возникают мышечные подергивания. После приступа эclamпсии больные сонливы, имеет место оглушение, а затем на некоторое время сохраняется астеническая симптоматика. Весьма характерной для эclamпсии является амнезия периода, предшествующего приступу.

Психозы при эclamпсии развиваются сравнительно редко (в 2-4% случаев), обычно после нескольких приступов эclamпсии или в период между приступами, реже – при отсутствии приступов. Они возникают у первородящих и исчерпываются преимущественно синдромами нарушенного сознания. Наиболее часто симптоматика психоза приближается к сумеречному помрачению сознания. В начале психоза

могут возникать обильные зрительные галлюцинации сценноподобного характера. Вторая фаза психоза характеризуется, как правило, оглушением с адинамией, акинезией. Психоз продолжается 2-12 дней, реже – несколько недель и заканчивается, как правило, выздоровлением.

Выход из психоза происходит медленно. На несколько недель сохраняется астения, ослабление памяти на текущие события. Характерным является наличие стойкой амнезии периода психоза и родов.

При сравнительно редко возникающих постэкламptических поражениях головного мозга развиваются тяжелые и стойкие психические нарушения в виде амнезии и, возможно, парамнезий, афазии, алексии, аграфии, нередко аффективных расстройств. Восстановление психической деятельности происходит медленно, стойкими являются нарушения памяти, особенно ретроградная амнезия.

Оперативные вмешательства могут также сопровождаться различными психическими нарушениями.

Острые психические нарушения, развивающиеся обычно в раннем *послеоперационном периоде*, находятся в непосредственной связи с произведенной хирургической операцией. Послеоперационные психозы в узком смысле – явление нечастое (встречаются у 0,2-1,6% больных, перенесших полостные операции).

Психозы развиваются на 2-9-е сутки после операции, длятся от нескольких часов до 1-2 недель и заканчиваются полным психическим выздоровлением; иногда возможен летальный исход. На фоне выраженной физической и психической астении с преобладанием явлений раздражительной слабости наиболее часто развиваются такие синдромы нарушенного сознания, как делирий (часто гипнагогический), делириозно-онейроидный, аментивный, оглушение, реже – сумеречное помрачение сознания. Возможны амнестические расстройства, а также судорожный синдром. Прогностически неблагоприятным является аментивный синдром. Сравни-

тельно нечасто синдромы нарушенного сознания сменяют такие синдромы, как кататоноформный, галлюцинаторно-параноидный, маниакальное состояние с эйфорией, депрессивный синдром, нарушения сенсорного синтеза в виде явлений дереализации, переживаний уже виденного (*deja vu*) и никогда не виденного (*jamais vu*), а также расстройств схемы тела. После купирования психоза длительно сохраняется астенический синдром.

Отмечаются некоторые особенности частоты возникновения и клиники послеоперационных психозов в зависимости от характера соматического заболевания и от того, на каком органе производится операция. Так, *при операциях на сердце* послеоперационные психозы встречаются в два раза чаще, чем при других полостных хирургических вмешательствах.

Они развиваются на 2-9-й день, чаще в виде тревожно-депрессивного состояния, реже – в виде синдромов нарушенного сознания – делириозного, делириозно-онейроидного, аментивного. Типичные кардиофобические явления, витальный страх, дереализационные расстройства, слуховые галлюцинации. Психические расстройства сопровождаются преходящей или более стойкой неврологической симптоматикой, иногда нарушениями памяти.

При операциях на желудочно-кишечном тракте чаще возникает острый параноид, реже – синдромы нарушенного сознания.

В раннем послеоперационном периоде *трансплантации почки* чаще развивается атипичный делириозный синдром с преобладанием гипнагогического делирия. Из-за невыраженности психомоторного возбуждения психоз может оставаться нераспознанным. Иногда развивается эйфория с недооценкой тяжести состояния. В раннем послеоперационном периоде возможны также кратковременные дереализационные расстройства, амнестические явления. На фоне массивной гормональной терапии, используемой при трансплан-

тации с целью иммунодепрессии, возможны кататонические переживания, значительные аффективные колебания. На фоне кризов отторжения в раннем послеоперационном периоде возможно состояние, близкое к тревожно-тоскливому с витальным страхом, и эпилептиформные припадки.

Гинекологические операции, в частности удаление матки, иногда сопровождаются психогенной депрессией с суицидальными мыслями. Клинически сходные депрессивные психозы психогенной природы с тоской, мыслями о большой тяжести заболевания либо депрессивно-параноидные явления с идеями отношения могут возникать после операций по поводу *злокачественного новообразования гортани*, после ампутации молочной железы, конечностей и других уродующих операций.

Послеоперационные психозы следует дифференцировать от обострений или манифестации эндогенных психозов, алкогольного делирия.

Различные психические нарушения возникают при *осложненном раневом процессе*. К осложняющим факторам относятся: остро и хронически протекающая раневая инфекция, остеомиелит. Острые раневые психозы развиваются в первые 2-3 недели после ранения на фоне остро протекающей раневой инфекции с нагноительными процессами мягких тканей и костей.

Клиническая картина исчерпывается преимущественно синдромами нарушенного сознания. Психозу предшествует астеническая симптоматика, особенностью которой являются выраженные нарушения сна и гипнагогические галлюцинации. Из синдромов помраченного сознания чаще всего встречается делирий, при этом зрительные галлюцинации отражают содержание пережитых военных событий. В более тяжелых случаях развивается аменция, чаще с двигательным возбуждением, реже – ступором. Возможно также развитие сумеречного помрачения сознания.

Острые раневые психозы длятся несколько дней и заканчиваются неглубокой астенией. Более сложную клиническую картину и затяжное течение аментивный психоз имеет при осложнении инфекционного раневого процесса явлениями остеомиелита. В этих случаях вслед за аменцией могут развиваться галлюцинаторно-параноидный и депрессивно-параноидный синдромы. Психоз, как обычно, заканчивается астенией, которая сопровождается ипохондрическими и истерическими расстройствами.

Затяжные раневые психозы развиваются на фоне хронической раневой инфекции через 2-4 месяца после ранения. Их клиническая картина определяется такими синдромами, как депрессия, депрессивно-параноидный, галлюцинаторно-параноидный синдромы с бредом самообвинения, ипохондрическими расстройствами, апатическим ступором и состояниями с эйфорией и дурашливостью. Помрачения сознания возникают значительно реже, в форме эпизодов. Прогностически неблагоприятными являются апатический ступор, состояние эйфории, а также тревожно-тоскливое состояние с безотчетной тревогой, тоской, страхом, явлениями ажитации и суицидальными попытками. Эти расстройства развиваются на фоне раневого истощения при наличии выраженных дистрофических сдвигов. Затяжные раневые психозы заканчиваются более глубокой астенией с нарастанием в неблагоприятных случаях органического психосиндрома. Наиболее часто раневые психозы возникают при ранениях нижних и верхних конечностей, грудной клетки и челюстно-лицевой области. Кроме того, при осложнениях раневого процесса при ранениях черепа чаще наблюдаются синдромы нарушенного сознания. В клинической картине психических нарушений, развивающихся после *ампутации*, ведущее место занимает ипохондрическая симптоматика.

Психические нарушения, как правило, имеют место и при *эндокринопатиях*.

Базедова болезнь сопровождается повышенной возбудимостью, отмечается выраженная эмоциональная неустойчивость. Наряду с повышенной активностью отмечается значительная истощаемость, непродуктивность мышления. При тяжелых формах заболевания в конечных стадиях могут развиваться галлюцинаторно-бредовые и кататонические расстройства, синдромы нарушенного сознания.

При *микседеме* больные становятся вялыми, бездеятельными, медлительными. У них снижается интерес к окружающему, нарастает апатия, может быть и подавленное настроение. При неблагоприятном течении болезни в остром периоде могут возникать делириозное и сумеречное состояния сознания, кататоноподобная симптоматика, эпилептиформные припадки.

Болезнь Иценко – Кушинга. Для этого заболевания характерны значительные колебания настроения: подавленность, ощущение утраты прежних чувств (явления психической болезненной анестезии), высказывание идей виновности, иногда преследования, сменяются эйфорией, суетливостью. При этом деятельность отличается непродуктивностью. Иногда на первый план выступает апатия.

Лечение психических нарушений при соматических заболеваниях должно проводиться с учетом соматического состояния в комплексе с терапией основного заболевания под постоянным наблюдением терапевта. Для снятия психического напряжения целесообразно применять транквилизаторы в небольших дозах. При упорном нарушении сна хороший эффект может дать прием нозинана (2–8 мг), тизерцина (6,5 мг). При возникновении психозов в случаях без выраженной интоксикации применяются нейролептики. Если имеется значительная интоксикация (заболевания печени, почек), целесообразно применять небольшие дозы производных бутирофенона (галоперидол). Одновременно проводится общеукрепляющая терапия.

Психосоматические заболевания (психосоматозы).

Психосоматическими принято считать расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов, в частности сахарный диабет, гипертоническую болезнь, нейродермит, псориаз и др. Ярким примером развития органического психосоматоза является язвенная болезнь.

Язвенная болезнь – это хроническое, циклически протекающее заболевание с разнообразной клинической картиной и изъязвлением слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки. Заболевание склонно к прогрессированию с вовлечением в патологический процесс других органов пищеварения и развитием осложнений, угрожающих жизни больного.

Наибольший риск развития язвенной болезни, как известно, падает на возраст 30-40 лет. Следует подчеркнуть, что мужчины могут заболеть в молодом возрасте, а у женщин эта патология чаще развивается после наступления менопаузы. В нашей стране городское население страдает язвенной болезнью чаще, чем сельское.

Наличие отчетливо болевого синдрома, тенденция язвенной болезни к многолетнему течению с рецидивами в осенне-весеннее время могут приводить к различным психическим нарушениям из круга пограничных, которые в значительной степени утяжеляют течение язвенного процесса, способствуя его превращению в хронический.

Длительное клиническое и экспериментальное изучение репрезентативной группы больных язвой желудка или двенадцатиперстной кишки показало, что практически во всех случаях при тщательном исследовании можно выявить наличие тех или иных, иногда весьма тонких, пограничных психических расстройств.

Следует отметить (как одну из особенностей работы психиатра в терапевтической клинике), что имеющиеся пси-

хопатологические расстройства больные тщательно скрывают (диссимулируют) или же дают им психологически понятное объяснение. Именно поэтому только беседы психиатра (часто под видом психотерапевта) помогают адекватно идентифицировать и оценивать психические нарушения.

На характер психических нарушений при язвенной болезни оказывают влияние многие факторы: преморбидные особенности личности, информированность больного о заболевании, внезапность или постепенность развития язвы, наличие или отсутствие предшествующего гастрита, тип первичной реакции на болезнь, внутренняя картина болезни.

Во всех случаях язвенной болезни ее началу предшествует острая или хроническая психотравмирующая ситуация, причем часто конфликты носят принципиально неразрешимый характер.

Длительность психотравмирующей ситуации, предшествовавшей язвенной болезни, варьирует от нескольких недель до нескольких лет. Факт ее наличия подтверждается также данными психологического исследования. Оказывается, что основной патогенный конфликт локализуется у мужчин в сфере производственных отношений (несоответствие занимаемой должности, неумение правильно построить трудовой процесс, конфликт с начальством или сотрудниками, длительная эмоциональная перегрузка, продолжительные или частые командировки). У женщин кульминацией конфликта является сфера внутрисемейных отношений (различные варианты семейной дисгармонии).

Как уже указывалось, в формировании психических нарушений большое место занимают преморбидные особенности личности.

Клиническая картина психических нарушений у язвенных больных по своей структуре весьма определена. Это, как правило, тревожные, мнительные, ранимые личности, достаточно эмоциональные, но не умеющие расслабиться, они постоянно как бы зажаты, жестко контролируют свои

поступки, но не умеют вербализовать свои проблемы, в частности эмоциональные. Любые малозначимые события они принимают слишком близко к сердцу, легко впадают в панику, постоянно нуждаются в опеке и руководстве извне, зависимы от более сильных личностей.

Исследование показало, что облигатной чертой больных язвенной болезнью является повышенная тревожность, почти в два раза превышающая соответствующие показатели нормы. Именно эта тревожность в совокупности с интенсивным психосоциальным фактором определяет в дальнейшем формирование психопатологических расстройств. Высокие показатели тревожности сочетаются с усилением таких черт, как склонность к фобиям, навязчивостям и депрессиям.

Изучение системы взаимоотношений в микросоциальных группах позволило установить, что у пациентов с язвенной болезнью преобладает интрапунитивная (самообвиняющая) форма реагирования. Преобладание реакций самообвинения во многом определяется тревожно-депрессивным радикалом личности. Интрапунитивный способ реагирования в стрессовых условиях стимулирует процесс соматизации аффекта, т. е. превращение психического (психологического) в соматическое.

При *остром возникновении язвенной болезни* с отчетливым болевым синдромом (додиагностический этап) психические нарушения выражаются в чрезвычайной тревоге, реакциях паники, тревожной депрессии с явлениями некоторого моторного возбуждения. Больные кричат от боли, для ее купирования постоянно выискивают разнообразные позы. В это время чрезмерная раздражительность нередко проявляется в элементах brutality по отношению к наиболее близким родственникам. У больных на фоне болевого синдрома довольно быстро конструируется схема своего тяжелого, «а может быть, и смертельного заболевания», на первых порах нозологически не оформленного. В первый период пациенты переживают состояние дистресса, сопровождающегося массивными вегетативно-сосудистыми нарушениями (повыше-

ние артериального давления, ускорение или замедление пульса, холодный пот на лбу).

Страх перед возможной смертью сопровождается отчетливыми невротическими (истерическими) симптомами (ком в горле, онемение конечностей, шепотная речь, рыдания, прощания с родственниками). Однако истерическая симптоматика резко меняется у больных после авторитетного заявления врача о наличии у больного «только язвы». Со временем у больных дезактуализируется «внезапный» страх смерти.

В психическом состоянии по-прежнему доминирует тревожность, а также депрессия без отчетливого двигательного и идеаторного компонентов. Здесь же могут формироваться нестойкие канцерофобические переживания, существование которых питается наличием болевого синдрома, а также рассказами соседей по палате или отделению о возможности перерождения язвы в злокачественную опухоль.

В целом острый период психических нарушений заканчивается формированием более или менее стойкого депрессивного фона нередко с эпизодами дисфории. С известной долей условности можно считать, что психические нарушения в остром периоде ограничиваются главным образом психогенными расстройствами.

Подострое начало язвенной болезни. Многие больные задолго до официально поставленного диагноза подозревали у себя язвенную болезнь, основываясь на наличии подобной патологии у близких родственников или знакомых.

Ведущей в клинической картине психических расстройств на данном этапе заболевания является разнообразная астеническая симптоматика, главным образом гиперстенического типа. Больные жалуются на повышенную раздражительность, слабость, пониженную работоспособность, быструю утомляемость, чрезмерную потливость, одышку, ноющие боли в области желудка, а также частые головные боли, снижение либидо и потенции, плохой сон или бессон-

ницу. Настроение у них постоянно снижено, хотя полной депрессивной триады не выявляется.

У некоторых больных отмечается ипохондрическая фиксация на деятельности желудочно-кишечного тракта, они тщательно анализируют пищу, ищут в стуле проявления скрытого кровотечения.

Характерно наличие у них разнообразной симптоматики поражения вегетативной нервной системы. В дальнейшем на фоне постоянно сниженного настроения и тревожности, особенно при частых обострениях и малой курабельности язвенного очага, появляются навязчивые страхи возможного перерождения язвы в рак (канцерофобия). При появлении последних значительно усиливаются аффективные нарушения (депрессия, нередко с элементами агитации, ситуационная и «свободно плавающая тревожность», страх смерти), что, собственно, и вынуждает больных обращаться к психиатрам.

Как уже указывалось, с формированием ипохондрической фиксации на деятельности пищеварительной системы больные переходят на щадящий образ жизни, уклоняются от «вредных для них» видов деятельности, требуют облегченных условий труда при прежней заработной плате, каких-то льгот, улучшения жилищных условий, т. е. у них формируется «рентное» поведение. Если их требования не удовлетворяются, они дают бурные гневливые реакции с криком, бранью, плачем, упреками в адрес окружающих, «не щадящих тяжело больного человека».

Часто повторяющиеся подобные психопатические реакции становятся своеобразными генераторами формирующегося патохарактерологического развития личности.

Таким образом, при подостром начале язвенного процесса отмечается совокупность психогенных, невротоподобных и психопатоподобных нарушений.

Отмеченные выше варианты нервно-психических расстройств при язвенной болезни весьма переменчивы и зави-

сят, как уже указывалось, от многих факторов. Наличие этих уже сформировавшихся расстройств делает больных весьма уязвимыми к психотравмирующим моментам более низкого порядка. При этом новые психогенные воздействия проявляются в виде: 1) обострения собственно язвенного процесса (открытие старых или формирование новых язвенных очагов); 2) интенсификации имеющейся психопатологической симптоматики, в основном за счет усиления астенических, депрессивных и канцерофобических переживаний; 3) появления симптомов иного психосоматического заболевания (транзиторная гипертония, психогенная импотенция, нейродермиты и т. д.).

Таким образом, хроническое течение язвенной болезни может приводить к формированию различной нервно-психической патологии из круга пограничной, знание и своевременное выявление которой необходимо как для адекватной терапии основного заболевания, так и для профилактики вторичных (на фоне язвы) психосоматических реакций и расстройств.

При лечении психических нарушений у больных язвенной болезнью с успехом применяются транквилизаторы (феназепам, тазепам), трициклические антидепрессанты, обладающие также антихолинергическими свойствами (азафен, амитриптилин), некоторые нейролептики (эглонил).

Глава XI

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ТРАВМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Травматическое поражение головного мозга является довольно распространенной патологией. Психические нарушения при травмах мозга носят полиморфный характер и зависят от характера поражения, возможных осложнений и стадии. Выделяют следующие стадии последствий черепно-мозговой травмы: *начальную* (наступает сразу после получения травмы), *острую* (длительностью до 6 недель), *позднюю и отдаленную*.

В начальной стадии на первом плане стоят общемозговые симптомы и нарушение сознания в виде сопора или комы. Характерен при этом внешний вид больного, выраженная бледность лица, влажность кожных покровов. Отмечается расстройство сердечной деятельности центрального генеза: тахикардия со слабым наполнением пульса, реже – аритмия или брадикардия. Зрачки обычно расширены, реакция на свет отсутствует. При более легких поражениях эти симптомы могут наблюдаться частично или вообще не проявляться.

При травматическом поражении стволовой части мозга развиваются явления бульбарного паралича (нарушение дыхания, кровообращения, глотания).

В острой стадии происходит постепенное восстановление сознания, однако периоды ясного сознания могут сменяться его нарушением (вслед за обнубиляцией сознание проясняется, а затем развивается вновь легкое оглушение). Как правило, на этом этапе отмечается ретро-, антеро- или

ретроантероградная амнезия. Могут возникать различные психотические состояния: делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания с психомоторным возбуждением, острый галлюциноз. В ряде случаев картина психоза в остром периоде принимает форму аменции с характерной спутанностью, инкогерентностью мышления, галлюцинациями и последующей амнезией. Реже на этом этапе могут встречаться такие синдромы, как кататоноподобный, маниакальный или депрессивный. Необходимо учитывать, что при наличии тяжелой черепно-мозговой травмы возможно развитие *мории* – состояния, близкого к эйфории с благодушием, беспечностью, с непониманием тяжести болезни (анозогнозия). Это может привести к врачебной ошибке в плане недооценки тяжести состояния больного и к его гибели. В остром периоде выявляется и определенная неврологическая симптоматика: параличи, парезы, афазии, апраксия. Иногда отмечаются и эпилептиформные припадки.

В поздней стадии вышеуказанная симптоматика регрессирует, и на первый план выступают симптомы астении с истощаемостью, аффективной неустойчивостью и вегетативными расстройствами, возможны также мнестические нарушения.

Особого внимания заслуживают психические нарушения в *отдаленном периоде* черепно-мозговой травмы, которые могут быть определены как травматическая болезнь. К этим нарушениям относятся *травматическая астения (церебрастения)*, *травматическая энцефалопатия* и иногда как *последствие – травматическая эпилепсия*, а также *травматическое слабоумие*.

Травматическая астения (церебрастения). Клинически эта форма травматической болезни выражается в головных болях, головокружениях, ощущении тяжести в голове, резкой утомляемости, снижении работоспособности, наличии выраженных вегетативных и вестибулярных расстройств, нарушении внимания, снижении сна и аппетита,

повышении потливости. Больные обычно плохо переносят жару, изменение барометрического давления, езду на транспорте. Вся эта симптоматика усиливается при утомлении больного, а также при воздействии дополнительных вредных факторов – травм, инфекций, интоксикаций, соматических заболеваний и может значительно уменьшаться после отдыха или, в более тяжелых случаях, адекватной терапии. Явления травматической астении иногда сочетаются с психопатоподобными расстройствами в виде эксплозивности, сутяжничества, ипохондрических идей, реже идей отношения.

Травматическая энцефалопатия – более тяжелая форма болезни. Клиническая картина этой формы травматической болезни выражается теми же, но более выраженными и стойкими психическими нарушениями, что и травматическая астения, но обязательно включает в себя разнообразные очаговые неврологические расстройства, которые развиваются в результате деструкции мозговой ткани при черепно-мозговой травме (контузия или ранение вещества мозга). Могут при травматической энцефалопатии отмечаться и эпилептиформные припадки. Часто наблюдаются эпизодические состояния нарушения сознания по типу сумеречных и аментивных с психомоторным возбуждением и последующей амнезией. Иногда отмечаются отчетливые приступы аффективных нарушений в виде тоски, страхов, дисфории, тревоги, которые могут сопровождаться агрессивными или суицидальными действиями. В целом для больных характерны более отчетливые нарушения памяти, некоторое снижение интеллекта, а также психопатоподобное поведение (психоорганический синдром).

Выделяют три типа изменений личности при травматической энцефалопатии: эксплозивный – с взрывчатостью, резкой раздражительностью, грубостью, склонностью к агрессии; эйфорический – с повышенным фоном настроения и снижением критики и апатический – с вялостью, апатичностью.

Больная Ш., 28 лет, инженер. В детстве развивалась правильно, хорошо училась в школе и институте. Замужем. В возрасте 20 лет во время занятий альпинизмом получила черепно-мозговую травму, сорвалась со скалы. Около месяца находилась в больнице. После выписки из больницы состояние было удовлетворительным, продолжала учиться в институте, бросила занятия альпинизмом. Спустя три года, уже после окончания института, стала испытывать постоянные головные боли, «укачивало» в транспорте, тошнило, особенно плохо себя чувствовала в душном помещении, в жаркую погоду. От маленькой рюмки алкоголя усиливались головные боли. Отмечались периоды очень плохого настроения, возникающего без всякой на то причины, тогда могла накричать на сотрудников, оскорбить их, вытолкать из своего кабинета. В дальнейшем сообщила, что ей стоит большого труда не наброситься с кулаками на «обидчика», особенно на тех, кто курит (так как стала плохо переносить запах табачного дыма). Однажды на работе «как бы отключилась», несколько секунд сидела, уставившись на собеседника, на вопросы не отвечала. После выхода из этого состояния ничего не могла понять, не помнила, о чем велась беседа. Малые припадки стали повторяться с частотой 1 раз в два-три месяца. Однажды дома (на глазах мужа) внезапно упала на пол, билась в судорогах, отмечалось непроизвольное мочеиспускание, после прекращения судорог «крепко спала» 4 часа, после чего жаловалась на сильную слабость, головную боль, разбитость во всем теле. Была стационарирована в психиатрическую больницу.

Физическое состояние. Без особой патологии.

Неврологическое состояние. Правая глазная щель уже левой, нистагм при крайних отведениях. Снижение рефлексов в верхних конечностях. Стойкий красный дермографизм. Гипергидроз ладоней. Тремор пальцев вытянутых рук.

Психическое состояние. Вступает в контакт охотно, подробно с излишней детализацией рассказывает о своих занятиях альпинизмом, о том, как сорвалась со скалы. Детали падения не помнит, очнулась уже в альплагере. Отмечает у себя повышенную раздражительность, «даже злобу», часто бывает такое плохое настроение, что «жить не хочется». О своих припадках знает со слов окружающих. Считает себя больной, пунктуально выполняет все назначения врача. Отмечает у себя значительное ухудшение памяти, (что подтверждается объективно при выполнении методики «Заучивание 10 слов»). Интересы сохранены, хотя «прежнего увлечения жизнью нет».

Травматическая эпилепсия чаще встречается при ранениях черепа и проявляется в виде повторяющихся эпилептических припадков. Судорожные приступы могут быть

генерализованного и джексоновского типа. В отличие от припадков, при эпилептической болезни они обычно начинаются без предвестников и ауры. При травматической эпилепсии могут отмечаться также психические эквиваленты (сумеречное помрачение сознания, дисфории) и формироваться изменения личности по эпилептическому типу. Наряду с пароксизмальными расстройствами имеют место все клинические проявления травматической энцефалопатии.

Больной М., 50 лет. Инвалид II группы. В прошлом старший научный сотрудник, кандидат физико-математических наук. Около 10 лет назад подвергся нападению со стороны преступников, которые ударили его по голове тяжелым предметом. Получил черепно-мозговую травму. Семь дней был в состоянии комы. Вскоре после выписки из Института скорой помощи у больного начались развернутые судорожные припадки, которые повторялись почти каждый день. Постоянно лечился у невропатологов и психиатров, в результате лечения припадки хотя и не прошли полностью, но стали относительно редкими (с частотой один раз в 2 месяца). Одновременно часто отмечались дисфории, во время которых он избивал жену и сына. Чтобы снять состояние «тоски и злобы», стал прибегать к употреблению алкоголя, который, по словам больного, «делал его добрее». Резко ухудшилась память, не мог вспомнить основных положений своей диссертации, во время чтения (особенно специальной литературы) ничего запомнить не может, хотя перечитывает текст десятки раз. В отделении ничем не занят, не читает, изредка смотрит телепередачи. В беседе крайне обстоятелен, вязок, с трудом переключается с одной темы на другую. Все вопросы врача записывает в тетрадь, на следующий день дает развернутые ответы с массой ненужных деталей. Периодически отмечается состояние тоскливо злобного настроения. Жалуется на плохую память. Интеллект снижен.

Травматическое слабоумие формируется на фоне травматической энцефалопатии. При этом наряду с выраженной астенией, неврологической симптоматикой, вегетативными расстройствами, личностными изменениями (эксплозивный, апатический, эйфорический тип) выявляется значительное снижение интеллекта с грубым нарушением памяти и мышления (конкретность, обстоятельность, инертность) при отсутствии критического отношения к своему состоянию.

Больной Х., 33 лет. В возрасте 30 лет попал в авиакатастрофу. Отмечалось множественное повреждение костей и тканей черепа. Около месяца находился без сознания. Лечился в госпитале в течение года. После выписки больному была оформлена инвалидность I группы. Спустя два месяца был стационарирован в психиатрическую больницу.

Неврологическое состояние. Асимметрия лица, выпадение коленных рефлексов, резко снижены ахилловы рефлексы. Правосторонняя гемиплегия.

Психическое состояние. Контакту практически не доступен из-за моторной афазии. Вместо речи выдает какой-то неотчетливый набор звуков, пытается дать ответы на вопросы в письменном виде, однако писать не может из-за отчетливого гиперкинеза. В отделении ничем не занят, постоянно сидит в постели, ничем не интересуется, не может найти дорогу в столовую. В постели неопрятен. В туалет самостоятельно не ходит. Не узнает сотрудников по работе, родителей, жену.

Лечение зависит от стадии заболевания, тяжести, выраженности психических нарушений, вегетативных и неврологических расстройств. В лечении заболевания важное место занимает дегидратационная терапия (25% раствор магнeзии с 40% раствором глюкозы внутривенно), а также другие дегидратационные средства. Широко используются ноотропные препараты (ноотропил, аминалон).

Значительные психопатоподобные расстройства требуют применения транквилизаторов, а в особо тяжелых случаях – нейролептиков. В случае развития эпилептиформных припадков используются противосудорожные средства.

Наряду с этим периодически проводится общеукрепляющая терапия.

Глава XII

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – эндогенное хроническое психическое заболевание, начинающееся, как правило, в молодом возрасте. Для шизофрении характерно «расщепление», распад единства психики (гр. schizo – разделяю, расщепляю; phren – душа, ум, рассудок). Начало болезни в зависимости от формы и типа течения может быть постепенным, подострым и острым. Клиническая картина отличается большим полиморфизмом. Основными диагностическими критериями являются особенности течения процесса и совершенно особый характер изменений личности – своеобразный дефект психики (негативная симптоматика), нарастающий по мере прогрессирования заболевания. При этом особенно страдают мышление, эмоции, волевые процессы.

На ранних этапах заболевания могут иметь место наплывы мыслей – ментизмы (одновременное возникновение множества мыслей, которые путаются и в которых трудно разобраться), остановка, обрывы мыслей (так называемые шперрунги), параллельные мысли. Непродуктивность мышления в дальнейшем выражается в резонерстве (склонность к пустым, бесплодным рассуждениям), появляются символика в мышлении, паралогичность, склонность к неологизмам (образование новых слов, смысл которых окружающим непонятен) и, наконец, разорванность речи.

В эмоциональной сфере, прежде всего, следует отметить нарастание замкнутости, отгороженности от окружающего мира (так называемый аутизм), имеет место холодность, безразличие к близким, парадоксальность эмоцио-

нальных реакций (например, вспышки гнева в ответ на проявление заботы со стороны родных), неадекватность их (бурная реакция по поводу того, что в отделении дали тапочки не того цвета, и полное равнодушие к известию о болезни близкого человека), амбивалентность (одновременное возникновение двух противоположных чувств). Постепенно утрачиваются прежние интересы, нарастает эмоциональная опустошенность (эмоциональная тупость). При шизофрении наблюдается также снижение побуждений, падение психической активности. Постепенно у больного отчетливо выявляется пассивность, бездеятельность, отсутствие волевых импульсов.

При неблагоприятном варианте течения заболевания формируется апатико-абулический синдром, который лежит в основе шизофренического слабоумия.

Продуктивная (психотическая), симптоматика крайне разнообразна и зависит от формы заболевания. Относительно форм шизофрении единой точки зрения не существует. Обычно выделяют простую, гебефреническую, кататоническую, параноидную, циркулярную формы болезни, причем первые три и частично параноидная (юношеская) относятся к так называемым ядерным, злокачественным формам шизофрении, при которых сравнительно быстро развивается апатическое слабоумие (шизофренический дефект).

Выраженность дефекта при шизофрении зависит от типа течения заболевания. В настоящее время используется систематика типов течения заболевания, разработанная сотрудниками НИЦПЗ РАМН.

Систематика типов течения шизофрении (А.В. Снежневский, 1983)

Непрерывнотекущая шизофрения

- Злокачественная
- Прогрессирующая (бредовой вариант, галлюцинаторный вариант)
- Малопрогрессирующая (вялотекущая)

Приступообразно-прогрессирующая шизофрения

- Злокачественная
- Прогрессирующая (шизоаффективная)
- Малопрогрессирующая (вялотекущая)

Рекуррентная шизофрения

Непрерывнотекущая шизофрения характеризуется безремиссионным течением, при этом злокачественные (ядерные) формы (простая, кататоническая, гебефреническая и юношеская параноидная) сопровождаются быстрым развитием апатического слабоумия; меньшую прогрессирующую (степень нарастания негативной симптоматики) имеет непрерывная параноидная форма шизофрении, начинающаяся в зрелом возрасте. Наиболее благоприятной в отношении нарастания шизофренических изменений личности является вялотекущая шизофрения.

Приступообразно-прогрессирующая (шубообразная) шизофрения характеризуется непрерывным, вялым течением, на фоне которого развиваются острые аффективные, аффективно-бредовые и бредовые приступы, после каждого из которых углубляются шизофренические изменения личности и в то же время длительно сохраняется относительно высокий уровень трудоспособности. При этом варианте болезнь протекает с ремиссиями – полным исчезновением или ослаблением продуктивной психопатологической симптоматики.

Рекуррентное (периодическое) течение – наиболее благоприятный вариант шизофрении, при котором после острых аффективных или аффективно-бредовых приступов наступают ремиссии хорошего качества, с полным исчезновением продуктивной психопатологической симптоматики и незначительным изменением личности.

Как уже было сказано, деление шизофрении на формы довольно условно, ибо в процессе болезни одни синдромы могут сменяться другими.

Простая форма относится к так называемой ядерной, или злокачественной, шизофрении. Начинаясь постепенно в пубертатном или юношеском возрасте, процесс затем приобретает непрерывное течение и сравнительно быстро приводит к шизофреническому дефекту. При этой форме часто не представляется возможным установить точные сроки начала заболевания. Подросток или юноша постепенно становится вялым, утрачивает прежние интересы, оставляет занятия в школе, перестает общаться с товарищами. Происходит снижение его психической активности, появляется грубость в отношении близких. Больной, ранее тепло и заботливо относившийся к матери и отцу, начинает упрекать их в плохом к себе отношении, дает реакцию раздражения на любые замечания родных или проявления заботы о нем, вплоть до агрессии, становится совершенно безучастным к событиям, происходящим вокруг него (в семье, школе), холодным, эгоистичным.

В этот же период подросток может уходить из дома, бесцельно бродить по улицам, иногда попадать в дурные компании, начинает курить, злоупотреблять спиртными напитками. Картина заболевания может напоминать утрированный пубертатный криз, однако выраженность и углубление изменений личности заставляют заподозрить начало процесса. Одновременно у больного могут появляться не свойственные ему ранее интересы. Не имея запаса знаний, он начинает заниматься различными сложными вопросами, на-

пример философскими проблемами, вопросами происхождения Вселенной, сложными проблемами астрономии и т. д. (так называемая «метафизическая интоксикация»). У него появляется склонность к рассуждениям, бесконечному пустому самоанализу, возникают наплывы и обрывы мыслей. Могут иметь место нестойкие слуховые галлюцинации, фрагментарные бредовые идеи отношения, преследования, ипохондрические переживания. Все более выявляются эмоционально-волевые расстройства.

Больные совершенно перестают чем-либо заниматься, могут целыми днями лежать в постели, накрывшись с головой одеялом, становятся неряшливыми, не моются, перестают обслуживать себя. При относительной сохранности формальных способностей такие больные нередко становятся глубокими инвалидами ввиду выраженных эмоционально-волевых расстройств и своеобразных нарушений мышления (шизофреническое, или апатическое слабоумие). В отдельных случаях дефект нарастает медленнее, не происходит глубокого распада психики.

Гебефреническая форма также относится к неблагоприятной юношеской ядерной шизофрении, имеет непрерывно-прогредиентное течение и сравнительно быстро приводит к слабоумию. Она может начинаться так же, как и простая форма. При этом ведущими в клинической картине наряду с изменениями личности являются нелепость поведения и высказываний, склонность к гримасничанью, дурашливость. Иногда в настроении превалирует пустая непродуктивная эйфория, но возможно и преобладание злобности и гневливости. Периодически могут возникать приступы двигательного возбуждения, сопровождаемые речевой бессвязностью, выкриками неологизмов, кривляньем, неадекватным смехом, кувырканьем, внезапным нападением на окружающих, швырянием предметов, стремлением рвать одежду. Такие больные цинично бранятся, танцуют, кружатся на месте, разрушают все попавшееся под руку, выявляют негативист-

ские тенденции. Заболевание часто приводит к нарастанию апатического слабоумия.

Больной Т., 33 лет. Наследственность отягощена. Раннее развитие правильное. В школе учился хорошо. С 19 лет начал обнаруживать странности в поведении: гримасничал, выкрикивал отдельные слова, неадекватно смеялся, дома однообразно подпрыгивал на одном месте, как-то странно наклонял корпус вперед, ходил босиком, иногда шел боком, скрывая лицо. Во время еды издавал странные звуки, плевался, движения были порывистыми, внезапно вскакивал, сообщал матери, что должен побегать. Периодами отказывался от еды, был агрессивен к матери, не брал от нее пищу. Иногда к чему-то прислушивался, улыбался, что-то отвечал. Был стационарирован в психиатрическую больницу. Поведение характеризовалось чертами дурашливости, манерности, гримасничанья, иногда импульсивности. Мог часами лежать в постели, был неопрятен, онанировал на глазах у персонала, гримасничал, неадекватно смеялся, громко пел, высовывал язык, жестикулировал, неожиданно вскакивал с постели, бросался к окну, а затем вновь ложился.

Кататоническая форма начинается, как правило, несколько позже, чем две предыдущие, в возрасте 20-25 лет. Она имеет непрерывно-прогредиентное течение и неблагоприятный исход. Начало может быть постепенным или острым. При остром начале среди полного здоровья может развиваться кататоническое возбуждение или ступорозное состояние, которые являются ведущими в клинической картине. При кататонической форме шизофрении имеет место *люцидная* кататония (на фоне ясного сознания). Это очень важно учитывать, так как сочетание кататонического синдрома с *онейроидным* (кататано-онейроидный приступ) свидетельствует о благоприятном течении шизофрении (*периодическом*). Кататоническая симптоматика может присоединяться к процессу, протекающему с параноидными переживаниями (*вторичная кататония*), в этих случаях она свидетельствует об утяжелении болезни. Кататоническая форма обычно заканчивается апатическим слабоумием.

Больной О., 34 лет. Отец страдает шизофренией. Рос и развивался правильно. Был в меру общителен, подвижен. С семи лет пошел в школу. Учился хорошо. Странности в поведении впервые были отмечены

в 17-летнем возрасте. Без всякой внешней причины стал вялым, появилось равнодушие к близким, полностью угасли прежние интересы. Перестал посещать школу, не выходил из дома. Мог часами лежать в постели, укрывшись с головой одеялом, иногда отказывался от еды. Был груб с родителями.

Через год был помещен в больницу. Постоянно лежал в постели, был недоступен контакту, отказывался от еды, кормили его с рук. Пытался затянуться полотенцем. В дальнейшем в течение нескольких месяцев совершенно не вставал с постели, с трудом удавалось накормить через зонд питательной смесью. Иногда ночью сам съедал продукты, оставленные ему на прикроватном столике. Был безучастен к окружающему, неопрятен в постели. В процессе лечения состояние несколько улучшилось. Стало возможным накормить больного с ложки. Вставал с постели, выполнял отдельные просьбы, односложно отвечал на вопросы. Оставался вялым, бездеятельным, малодоступным. Иногда играл с больными в шахматы. Вскоре состояние вновь ухудшилось. Почти не выписывается из больницы. Большую часть времени проводит в постели. Периодически отказывается от еды. Крайне неряшлив. Ходит босиком, на замечания почти не реагирует. Полностью отгорожен от внешнего мира. Несколько оживляется только при упоминании о сигаретах.

Параноидная форма чаще начинается в зрелом возрасте, но может возникнуть и в юношеском. Превалирующей симптоматикой являются различные бредовые идеи, формирующиеся остро или постепенно. Наиболее часто встречаются разнообразные бредовые идеи преследования (бред отношения, отравления, особого значения, воздействия, собственно преследования), но бред может быть и другого содержания (бред изобретательства, ревности, высокого происхождения, любовный, ипохондрический, физического недостатка). Бред нередко сопровождается различными галлюцинациями, чаще всего слуховыми. При параноидной форме нередко формируется синдром Кандинского – Клерамбо. При длительном течении болезни довольно характерно появление парафренного синдрома.

Больной С., 21 год. Наследственностьотягощена – тетка по линии отца страдает шизофренией, характер отца тяжелый, с семьей не живет. Мать здорова. Больной в раннем детстве рос и развивался правильно, хорошо учился, много читал, любил рисовать. В классе имел товарищей, однако близких друзей у него не было. Очень привязан к матери, тепло и

заботливо относился к ней, делился своими мыслями. В восьмом классе стал хуже учиться, с трудом усваивал материал, так как ему трудно было сосредоточиться, при чтении ловил себя на том, что думает совершенно о постороннем. Временами в голове возникало сразу много мыслей, в которых невозможно было разобраться. Говорил матери, что «трудно додумать мысли до конца», «они куда-то исчезают, обрываются». Стал вялым, угрюмым. Утром с трудом поднимался с постели. Перестал общаться с товарищами, после школы много лежал, ничего не читал, не занимался рисованием.

Окончив восьмой класс, отказался учиться дальше. После долгих уговоров согласился пойти работать, но работа совершенно не интересовала его. Стал грубым с матерью, раздражался, если мать пыталась проявить заботу о нем (заставить поесть, помыться), иногда был агрессивен по отношению к ней. Стал плохо спать. Вскоре перестал выходить на улицу, так как на него якобы «плохо смотрят окружающие», смеются над ним, говорят о нем. Целыми днями лежал в постели, отвернувшись к стене, ни с кем не разговаривал. Однажды, находясь один в комнате, услышал мужской голос, говорящий ему, что он плохой, что ему нельзя жить на свете. В дальнейшем голоса стали слышаться довольно часто. Пытался спорить с ними, оправдываться. Наряду с обвинениями в его адрес «голоса» утверждали, что мать его плохая женщина, что это она сделала его несчастным, из-за нее он мучается, поэтому ему нужно убить себя и ее.

Больной понял, что попал под действие гипноза со стороны какой-то группы людей, и выход только один – умереть. Пытался повеситься. В дальнейшем почти не поднимался с постели, не отвечал на вопросы, мог подолгу неподвижно сидеть, устремив взгляд в одну точку, к чему-то прислушивался, иногда что-то шептал. Настроение было подавленным. Постоянно внутри головы слышал «разговоры неприятного содержания». Нередко не мог понять, чьи голоса и голоса ли это или чьи-то мысли. Постепенно понял, что вся его психическая деятельность не принадлежит ему, он весь во власти гипноза. Мысли его известны окружающим, не успеет он подумать, как их уже «озвучивают», ему вкладывают чужие мысли, отнимают его собственные, управляют его движениями, помимо его воли заставляют двигать руками, поворачивать голову, с помощью гипноза создают ему плохое или хорошее настроение. Вскоре больной пришел к выводу, что люди, действующие на него гипнозом, узнали, что он необыкновенный человек, что в ближайшее время он должен разгадать загадки Вселенной, проникнуть в суть всех физических законов, выяснить причину движения и т. д. В таком состоянии был стационарирован в психиатрическую больницу.

При поступлении: избыточного питания, бледен, физический статус без особенностей. Со стороны нервной системы патологии не обнаружено.

Психическое состояние. Сознание ясное, больной формально вступает в контакт, правильно отвечает на вопросы, сообщает анамнестические сведения. Вял, медлителен. Речь тихая, монотонная. Больным себя не считает. Уверен, что мать без всяких оснований поместила его в больницу. Рассказывает о том, что слышит внутри головы «не определенные голоса, а скорее мысли», они ругают его, обвиняют его мать в недостойном поведении. Уверен, что в отделении окружающие все о нем знают, следят за ним, плохо к нему относятся. Сообщил, что в настоящее время «решает вопросы о законах Вселенной», читать для этого ему не нужно, необходимые знания он приобрел в школе и книги его не интересуют, «достаточно подольше подумать». О матери говорит с раздражением, не хочет видеться с ней. Пребыванием в больнице не тяготится. Много времени проводит в постели. Ничем не занимается. Отмечает, что у него «пропали все интересы», нет никаких желаний. Просит подольше не выписывать его. С больными не общается. Безразличен ко всему, что происходит в отделении. Получает лечение стелазинном, галоперидолом, нозинамом, инсулином, но существенных улучшений в его состоянии не наступает.

При анализе истории заболевания следует обратить внимание, что больной происходит из наследственно отягощенной семьи. Болезнь началась постепенно в юношеском возрасте с нарастания негативных расстройств, в дальнейшем на фоне депрессии сформировался параноидный синдром Кандинского – Клерамбо, кроме того, имеют место идеи величия. Речь идет о юношеской параноидной форме шизофрении, текущей злокачественно, с неуклонным нарастанием шизофренических изменений личности.

Циркулярная форма наряду с кататоно-онейроидной относится к *рекуррентной (периодической)* шизофрении. Болезнь в таких случаях протекает приступообразно, изменения личности, характерные для шизофрении, нарастают сравнительно медленно, у больных достаточно высокий уровень социально-трудовой адаптации, приступы носят депрессивный или маниакальный характер. Эту форму шизофрении не следует смешивать с маниакально-депрессивным психозом. Основным дифференциальным критерием является характер межприступного периода. Если при маниакально-депрессивном психозе в межприступные периоды человек

практически здоров, то при шизофрении после каждого приступа углубляются характерные для этого заболевания изменения личности.

К *особым формам шизофрении* относится **фебрильная**, или **гипертоксическая**, форма. В этих случаях заболевание начинается довольно остро, клиническая картина характеризуется кататоно-онейроидным состоянием, причем резкое психомоторное возбуждение с бредом, галлюцинациями, страхом сопровождается тяжелой интоксикацией, значительным повышением температуры, соматическими нарушениями. До того как для лечения шизофрении стали широко применять нейролептики, подобные состояния нередко имели летальный исход (смертельная кататония). Обычно после купирования острого состояния наступает стойкая, хорошего качества ремиссия, больные удерживаются в жизни.

За последние годы (что связано, по-видимому, с широким применением в психиатрической практике нейролептиков) клиника шизофрении нередко носит стертый характер, часто приходится встречаться с так называемыми *вялыми, медленнотекущими формами*. Несмотря на непрерывность течения, дефект нарастает довольно медленно. Такие больные обычно лечатся амбулаторно и нуждаются в постоянном внимании. При этих формах болезни в клинической картине преобладают невротоподобные, психопатоподобные или паранойяльные расстройства, аффективная неустойчивость.

Лечение шизофрении проводится дифференцированно, с учетом особенностей клиники и течения заболевания. В настоящее время наиболее активно применяется *психотерапия*, в частности такие препараты, как аминазин (хлорпромазин, ларгактил), в среднем до 300-600 мг в сутки; нозинан (левомепромазин, тизерцин), 150-200 мг; стелазин (терфлюзин, трифтазин), 50-70 мг в сутки; мажептил, 50-70 мг в сутки; галоперидол, 10-17 мг в сутки, и другие

психотропные препараты, указанные в главе по психофармакологии (клопиксол, рисполепт, зипрекса, сероквель в таблетках, инъекциях, пролонгированные формы).

Дозировка нейролептиков и длительность лечения зависят от состояния больного. После курса лечения рекомендуется длительно проводить *поддерживающую терапию* (давать для приема небольшие дозы того же препарата), необходимую для того, чтобы закрепить ремиссию, предотвратить обострение процесса. Поддерживающую терапию (так же как и основную) следует проводить, контролируя состав крови и мочи. При ухудшении можно несколько увеличить дозу лекарства, а при длительной хорошей ремиссии – уменьшить. Во избежание развития нейролептического синдрома при психофармакотерапии назначаются «корректоры» – антипаркинсонические средства: циклодол, акинетон, трифен, тремблекс и т. д. В некоторых случаях показаны и другие методы активной терапии – инсулин, электросудорожная терапия, пиротерапия.

Инсулинотерапия показана при остром психотическом состоянии и при отсутствии выраженных изменений личности. Существует ряд противопоказаний, связанных с соматическим неблагополучием (эндокринная патология, тяжелые заболевания паренхиматозных органов, сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания). Прежде чем начать инсулинотерапию, необходимо провести больному сахарную нагрузку (в норме в течение двух часов количество сахара в крови возвращается к исходной величине). Инсулин вводят натощак. Начав с 4 ЕД и увеличивая ежедневную дозу на 2-4 ЕД, доходят до определенной дозы, способной в течение трех часов вызвать коматозное состояние (так называемая шоковая доза). Курс лечения состоит из 25-30 гипогликемических ком. В коматозном состоянии пациента держат не более 30 мин, после чего выводят из комы с помощью 20-30 мл 40% глюкозы внутривенно, затем дают богатый калориями завтрак. Если больной будет плохо накорм-

лен, у него может развиваться повторный шок (это происходит нередко к вечеру, ночью; купируется обычным способом). Для проведения инсулинотерапии отводится отдельная палата. Важно, чтобы персонал был хорошо обучен, знал особенности ухода за больными и меры борьбы с осложнениями. Повторение курса инсулинотерапии возможно не ранее чем через шесть месяцев.

В клиническую практику внедрена методика внутривенного капельного введения инсулина для ограничения курса лечения быстрым достижением гипогликемической комы (практически с первой инъекции).

При наличии клинических показаний и отсутствии противопоказаний со стороны соматического состояния возможно проведение *электросудорожной терапии*. Основным показанием к применению электросудорожной терапии являются затяжные депрессии. Лечение проводится в стационаре, где можно оказать необходимую неотложную помощь. Битемпорально больному накладываются электроды и пропускается ток 80-120 В с экспозицией 0,3-0,8 с, вслед за чем развивается эпилептический припадок с полной амнезией имевшего место состояния. На курс рекомендуется не более 10 сеансов. Во время сеанса возможны осложнения в виде переломов трубчатых костей, позвонков, вывиха нижней челюсти с целью предотвращения побочных явлений используются миорелаксанты (дистилин, листенон).

Наряду с медикаментозной терапией необходимо проводить психотерапию и трудотерапию, что является важным звеном в комплексном лечении шизофренического процесса и помогает осуществить социальную реадaptацию больного.

Глава XIII

АФФЕКТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ, ЦИКЛОТИМИЯ, ДИСТИМИЯ)

К числу эндогенных заболеваний относится маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз), характеризующийся периодичностью течения в виде чередования маниакальных и депрессивных фаз, между которыми устанавливаются интермиссии – периоды полного выздоровления. Независимо от длительности болезни в интермиссиях отсутствуют какие-либо психические нарушения, изменения личности. Заболевание чаще отмечается у женщин.

Психические нарушения при маниакально-депрессивном психозе (МДП) сочетаются с соматовегетативными. В частности, при депрессии весьма типичной является *триада Протопопова*, включающая в себя *тахикардию, расширение зрачков, склонность к запорам*.

Маниакальная фаза характеризуется *триадой* симптомов: *повышением настроения, ускорением ассоциативного процесса и повышением двигательной активности* (маниакальная триада). Больные весьма оживлены, постоянно улыбаются и смеются, чрезвычайно довольны собой и всеми. Окружающее воспринимается ими как бы через розовые очки. Все происходящее вокруг вызывает чувство радости, ничто не может испортить этого состояния, даже постигшее тяжелое несчастье. Больные склонны преувеличивать свои способности и возможности. На короткое время у них могут даже возникать бредовые идеи величия, богатства, изобретательства, которые отличаются нестойкостью и высказывают-

ся как бы в шутку. Свое прекрасное настроение больные пытаются отразить и в оформлении своей внешности – прибегают к яркой, бросающейся в глаза одежде, обилию украшений, злоупотребляют косметикой.

Ускорение ассоциативного процесса сопровождается речевым возбуждением, вплоть до *вихря мыслей* (*fuga idearum*). Больные много и громко говорят, при этом из-за слишком быстрого наплыва мыслей не всегда успевают их словесно оформить. От постоянного говорения голос становится охрипшим. Ассоциации за счет большой отвлекаемости весьма поверхностны, возможна гипермнезия. Не успев закончить одну фразу, больные тут же начинают другую, в результате чего продуктивность интеллектуальной деятельности при выраженном маниакальном синдроме снижается.

Двигательное возбуждение даже в самых тяжелых случаях всегда целенаправленное, а не хаотическое, бессмысленное, как это отмечается при кататоническом синдроме. Тем не менее двигательная активность характеризуется незаконченностью действий. Взявшись за выполнение какого-либо дела, больные, тут же бросают его, чтобы заняться новым. Везде, где бы ни оказывались, они создают вокруг себя шум и беспорядок, во все вмешиваются, всех поучают, всем дают указания и чрезвычайно утомляют этим окружающих, при этом эйфория может сменяться гневливостью. Несмотря на повышенный аппетит, больные значительно теряют в весе. Они становятся сексуально расторможенными, циничными.

Депрессивная фаза также характеризуется *триадой* симптомов: *пониженным настроением, замедлением ассоциативных процессов и двигательной заторможенностью* (депрессивная триада). Подавленность может сочетаться с тревогой, тоской, сопровождающейся нередко физическим ощущением боли в груди, тяжестью в области сердца (так называемая предсердечная тоска). Никакие события, даже самые приятные, не радуют больного. Депрессивный больной имеет характерный внешний облик; запавшие тоскливые глаза, опущенные углы рта, скорбное лицо, сгорбленная по-

за. Депрессивное настроение нередко сопровождается мыслями о самоубийстве. Возможность суицида возрастает на начальных этапах выхода больного из состояния депрессии. Известны случаи расширенных самоубийств (т.н. альтруистический суицид), когда депрессивный больной, прежде чем убить себя, склоняет к самоубийству своих близких или же убивает их сам, будучи абсолютно уверенным в том, что без его поддержки они не смогут жить, так как их ожидает трагическая участь.

Будущее, настоящее и прошлое представляются мрачными. Допущенные в прошлом ошибки и промахи разрастаются в сознании больных в преступления чудовищной значимости. У больных возникает уверенность в том, что они должны понести наказание за свою «преступную жизнь». Именно поэтому они отказываются от пищи, лечения, любой помощи, так как считают, что они недостойны элементарного человеческого внимания. При этом возможно возникновение бредовых идей самообвинения, самоуничужения, греховности. Часто отмечается изменение восприятия себя и окружающего, т. е. дереализация и деперсонализация (соматопсихическая, аутопсихическая). При тяжелой депрессии у больных появляется ощущение, что у них «все онемело», они стали совершенно бесчувственными к наиболее близким ранее людям, появляется тяжело переносимое ощущение своей эмоциональной измененности (болезненная психическая нечувствительность – *anaesthesia psychica dolorosa*).

При депрессии, как уже отмечалось, происходит замедление ассоциативного процесса, мысли текут медленно, речь тихая, больные обычно говорят мало, односложно, с трудом отвечают на вопросы.

Иногда больные испытывают чувство пустоты в голове. Активное сосредоточение внимания на чем-либо оказывается сложным. С особенностями течения ассоциаций связано и своеобразное расстройство чувства знакомости: больной воспринимает хорошо знакомое как впервые увиденное, не узнает своего дома, улицы, на которой он живет, и т. д. Двигательная заторможенность выражается в вялости, мед-

лительности, неловкости при движениях. Больные стремятся постоянно находиться в кровати, им трудно что-либо делать, обслуживать себя. В тяжелых случаях может наступить полное мышечное оцепенение с отсутствием движений и речи (депрессивный ступор). Выраженная степень двигательной заторможенности, как правило, исключает возможность реализации суицидальных тенденций.

Резко снижена при депрессии и волевая активность. Характерна неуверенность в себе, нерешительность, невозможность принять решение. Желания, побуждения, влечения угнетены: исчезает аппетит, подавляется сексуальное чувство. Для депрессии при МДП характерны суточные колебания: усиление депрессии, как правило, по утрам, относительное ослабление ее – по вечерам. В рамках депрессивных состояний может отмечаться также состояние ажитированной депрессии – депрессии с двигательным возбуждением. Ажитация может достигать значительной силы, тогда больные мечутся по палате, бьются головой о стену, пытаются совершить суицидальные действия. Высшим проявлением ажитированной депрессии является так называемый депрессивный взрыв (*raptus melancholicus*), при котором больной может совершить самоубийство самым невероятным по своей тяжести способом (например, сунуть голову в кипящий котел).

При МДП возможно развитие так называемых маскированных (скрытых или соматизированных) депрессий, когда на первый план выступают соматические жалобы – гастралгии, кардиалгии, головные боли, в то время как типичные признаки депрессии менее выражены и ограничиваются некоторой угнетенностью, снижением работоспособности. Подобные состояния необходимо дифференцировать прежде всего от соматических заболеваний.

Больная Ш., 47 лет, фрезеровщица. Стационарируется в психиатрическую больницу 4-й раз. Родители больной являлись кровными родственниками. Больная родилась в срок, развивалась правильно. Окончила 7 классов и техническое училище. С 17 лет работает на заводе. С 16 лет у больной стали возникать отчетливые колебания настроения, чаще по типу вялых депрессий небольшой продолжительности. Эти состояния проходили без врачебной помощи. Впервые стационарирована в психиатриче-

скую больницу в возрасте 23 лет. Была тоскливой, подавленной, не могла ходить на работу, «из рук все валилось», обвиняла себя в том, что цех, где она работала, систематически не выполняет план, считала себя недостойной, порочной, гадкой. Пыталась повеситься. Лечилась в течение двух месяцев антидепрессантами. На третий месяц состояние значительно улучшилось, и больная была выписана из больницы. Дома продолжала принимать поддерживающие дозы антидепрессантов. Состояние вскоре изменилось – появилась радость, «как будто впервые поняла красоту мира», всему умилялась, все радовало душу, на работе по собственной инициативе пыталась работать по две смены, вмешивалась в работу других работниц, «дарила налево и направо рационализаторские предложения», раздумывала над планом реконструкции всего завода, мало спала. В таком состоянии была вновь стационарирована в психиатрическую больницу. После лечения состояние было удовлетворительным в течение 15 лет. Очередной приступ болезни в виде маниакального возбуждения с последующим переходом в депрессию развился в возрасте 38 лет. Настоящее обострение – спустя 11 лет после последнего обострения болезни. Нарушился сон, снизилось настроение, «на сердце лежала тоска, давила как камень», все вокруг казалось серым или мрачным. Чего-то постоянно опасалась. Считала себя преступницей, так как плохо относилась к мужу, иногда наказывала детей. Дома ничем не могла заниматься, постоянно лежала в постели, сначала много плакала, при этом слезы приносили минутное успокоение, а затем способность плакать пропала. Целыми днями неподвижно лежала в постели, отвернувшись к стенке. Совершенно ничего не ела. В таком состоянии была стационарирована в психиатрическую больницу.

При поступлении: тосклива, выражение лица печальное, опущены уголки рта, говорит еле слышным голосом, отвечает после долгой паузы односложно, чаще по типу «да, нет». Не отрицает наличие мыслей о самоубийстве, хотя активно их не высказывает. При упоминании имен детей на глазах появляются слезы. Считает себя плохой матерью, плохой женой, плохим человеком. Жалуется на пустоту в голове, плохую память. Совершенно не верит в выздоровление. В отделении держится обособленно, постоянно находится в постели, отказывается от еды и лекарств, не выходит на прогулку.

Циклотимии и дистимии относятся к аффективным заболеваниям непсихотического уровня.

Циклотимия – стойкие беспричинно возникающие состояния патологически измененного настроения с чередованием периодов гипомании и неглубокой депрессии, протекающие в виде отдельных или сдвоенных фаз.

В отечественной классификации рассматривается как легкий вариант МДП. К циклотимии относят и личностные девиации циклоидного круга.

Дистимия – хронические (не менее 2 лет) депрессии непсихотического уровня.

Лечение. Основой современного лечения МДП, циклотимии и дистимии является психофармакотерапия. При маниакальном синдроме назначают различные нейролептики (аминазин до 300 мг в сутки, галоперидол – до 8-20 мг в сутки, неупелтил, стелазин и др.). Возможно также применение транквилизаторов (седуксен внутривенно 2-4 мл). Применение нейролептиков также показано при ажитированной депрессии и раптоидном состоянии в сочетании с антидепрессантами. При депрессивной фазе показаны психоаналептические антидепрессанты, которые в связи с их стимулирующим действием следует назначать утром и днем, поскольку они нарушают сон. Наибольший терапевтический эффект оказывает мелипрамин (имизин). Дозировки увеличивают постепенно, от 25 мг до 200-300 мг в сутки. Целесообразно сочетание антидепрессантов с нейролептиками (например, мелипрамин утром и днем, нозинан – на ночь). Достаточно широко используется амитриптилин (триптизол), антидепрессанты нового поколения из группы СИОЗС (золофт, паксил, феварин, ципрамил). К назначению препаратов антидепрессивного действия из группы ингибиторов МАО прибегают только в исключительных случаях в связи с их несовместимостью с рядом медикаментов и пищевых продуктов. Для лечения депрессий можно также применять электросудорожную терапию. Для лечения и профилактики обострений маниакально-депрессивного психоза в настоящее время используют нормотимики – финлепсин, ламиктал, соли лития под контролем его концентрации в крови, которая должна поддерживаться на уровне 0,6-0,7 ммоль/л.

Глава XIV

ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

К психогениям относятся заболевания, вызываемые острой или хронической психической травмой. При воздействии сильной психической травмы развиваются реактивные психозы. Меньшее по силе, но длительное психогенное воздействие вызывает неврозы. Психогенные заболевания носят функциональный характер и полностью обратимы. Однако при особенно значимых для личности и хронических психотравмирующих обстоятельствах реактивные состояния и неврозы могут приобретать затяжное течение. В формировании психогений, особенно неврозов, значительная роль принадлежит преморбидным особенностям личности и характеру психической травмы.

РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Реактивные психозы (психогенные психозы, реактивные состояния) представляют собой патологическую реакцию психотического уровня на одномоментные сильные психические травмы.

Выделяют следующие клинические формы реактивных психозов:

- 1) аффективно-шоковые психогенные реакции (реактивный ступор, реактивное возбуждение);
- 2) истерические психозы (псевдодеменция, пуэрилизм, истерическое сумеречное состояние сознания);
- 3) реактивная (психогенная) депрессия;

4) реактивное (психогенное) бредообразование (реактивный параноид, психогенное паранойальное бредообразование, индуцированный бред);

5) ятрогении.

Критериями диагностики реактивных психозов являются следующие признаки: непосредственная связь во времени возникновения психоза с психотравмирующей ситуацией; отражение событий психотравмирующей ситуации в содержании симптоматики реактивных психозов; возможность выхода из психоза при устранении психотравмирующей ситуации.

Аффективно-шоковые психогенные реакции возникают в результате очень сильной психической травмы (катастрофа, массовая гибель людей, бомбежка и т. д.).

Реактивный ступор (эмоциогенный паралич, эмоциогенный шок) проявляется в невозможности двигаться, тронуться с места («от ужаса остолбенел»), адекватно реагировать на ситуацию, как правило, угрожающую жизни, говорить. По выходе из психоза больной обычно не помнит происходящего с ним (амнезия). Иногда может возникнуть так называемый эмоциональный паралич, в результате которого прежде всего страдает эмоциональная сфера. Больной как бы не может какое-то время эмоционально реагировать на все, что происходит вокруг. Продолжительность реактивного ступора от нескольких минут до нескольких часов.

Больная М., стала свидетелем дорожной катастрофы, в которой потеряла своего единственного сына. Увидев тело сына, в ужасе замерла, застыла на месте с устремленным в одну точку взором, мешала врачам «скорой помощи». Через 2 часа пришла в себя в приемном отделении больницы, но не могла понять, как там оказалась. С плачем стала рассказывать о гибели сына. Промежуток времени в 2 часа полностью амнезировала.

Реактивное возбуждение развивается остро вслед за катастрофической ситуацией и характеризуется хаотическим психомоторным возбуждением, паникой, бесцельной двигательной активностью. Ориентировка может быть нарушена.

Как и ступор, реактивное возбуждение может сопровождаться нарушением сознания. У больных наступает амнезия пережитого. Длительность реактивного возбуждения, как правило, ограничивается несколькими минутами.

Истерические психозы, как и все реактивные состояния, возникают после острой психической травмы, чаще на фоне органической неполноценности головного мозга. К ним относятся: *псевдодеменция, пугэризм, истерическое сумеречное помрачение сознания*. Эти психозы часто наблюдаются в судебно-психиатрической практике (так называемые тюремные психозы), а также в военное время.

Псевдодеменция – как бы внезапное поглупение, характеризующееся мнимой утратой простейших знаний и умений. На самые элементарные вопросы больные дают неправильные ответы (миморечь), но обычно в плане задаваемого вопроса; не могут выполнять элементарные инструкции, долго считают, например, сколько у них пальцев на руках, при этом лицо выражает недоумение. Для псевдодеменции характерны явная нелепость ответов, грубейшие ошибки. У больных постоянно «глупая улыбка», широко раскрытые глаза. Они не могут себя обслуживать, без посторонней помощи не могут одеться, поесть, с трудом передвигаются, иногда начинают вести себя как животные: бегают на четвереньках, пытаются лакать пищу из тарелки (*синдром одичания*).

Различают две формы псевдодеменции – *депрессивную* и *ажитированную*. Больные либо вялы, заторможены, либо беспокойны, суетливы, непоседливы, выражены явления миморечи и мимодействия. Псевдодеменция, возникшая в условиях тюремного заключения, называется синдромом Ганзера (по имени автора).

Больной К. совершил правонарушение. В процессе следствия стал вести себя необычно, перестал отвечать на вопросы или давал совершенно неадекватные ответы, при этом широко улыбался, внимательно всматривался в лицо собеседника, как бы пытаясь что-то понять. Утверждает, что у него 17 пальцев на руках и ногах и несколько пар глаз. При упоминании правонарушения начинает громко стонать, плачет, а затем вновь неуверенно улыбается или надолго замолкает.

Пуэрилизм (руег – мальчик), как и псевдодеменция, развивается в ситуации, угрожающей больному. Это состояние выражается в появлении у больного детскости в поведении: больной начинает говорить детским голосом, подпрыгивает, хлопает в ладоши, играет в куклы или детские машинки, просит взять его «на ручки», выпрашивает конфеты, окружающих называет дядями и тетями. При невыполнении его просьбы демонстративно обижается, надувает губы, топает ногами, громко плачет, размазывая следы по всему лицу. Нередко пуэрилизм сочетается с псевдодеменцией.

Больная Н. педиатр, после смерти маленького пациента была родителями последнего привлечена к суду. В процессе следствия неожиданно стала вести себя неадекватно, не отвечала на вопросы, хихикала, распевала детские песенки, стала говорить детским голосом, не выговаривая при этом букву Р, собирала бумажки, шила из них платья для кукол, сделанных из хлеба, играла в «классики», прыгала через веревку, просила привести к ней маму, окружающих называла «злюками и вредниками».

Истерическое сумеречное состояние сознания возникает в условиях тяжелой психотравмирующей ситуации (потеря близких), характеризуется яркими образными представлениями, галлюцинациями, бредовыми идеями, содержание которых связано с психотравмирующей ситуацией. Больной как бы вновь переживает эту ситуацию, но чаще в благоприятном для больного варианте (женщина, получившая известие о смерти мужа, накрывает стол, чтобы встретить его, уверяя всех, что он сейчас вернется), реже – вновь переживаются в мельчайших деталях трагические события. Длительность психоза от нескольких часов до нескольких недель. Больной оторван от реальной действительности яркими образами психотравмирующей ситуации, при этом высказывания и поведение больного характеризуются эмоциональной насыщенностью. При данном виде истерического психоза также имеет место амнезия.

Больная М., потерявшая единственного ребенка, долго не давала его хоронить, пеленала трупик, купала его, пыталась накормить, разговаривала с ним, баюкала его, никак не могла понять, почему окружающие считают его умершим.

Реактивная (психогенная) депрессия является наиболее частой формой реактивных психозов (составляет около 40% всех психогений). В отличие от естественной человеческой реакции на тяжелое горе (подавленность, тоскливость), реактивная депрессия характеризуется степенью выраженности депрессивных явлений, доминированием их над всеми другими переживаниями.

Клиническая картина заболевания представлена так называемой депрессивной триадой (см. «Эмоциональные синдромы», с. 44). Состояние характеризуется подавленностью, чувством безнадежности, слезливостью, вегетативными расстройствами, снижением аппетита, двигательной и идеаторной заторможенностью. Могут возникать сверхценные идеи самообвинения, суицидальные мысли. Больные полностью фиксированы на психотравмирующей ситуации, односложно отвечают на вопросы, говорят тихим голосом только о случившемся. Обычно сидят в депрессивной позе, ссутулившись, опустив голову на грудь. При очень глубокой депрессии больной не может плакать. Его мысли постоянно возвращаются к имевшему место печальному событию. Возможно возникновение галлюцинаций, также отражающих психотравмирующую ситуацию (слышит голос умершего, его шаги). Содержание сновидений при поверхностном сне включает в себя травмирующие события. Больные требуют самого строгого контроля, так как им присущи суицидальные мысли, нередко отказ от еды. Длительность реактивной депрессии обычно не превышает 2-3 месяцев, однако возможны и затяжные психогенные депрессивные реакции. Выход из реактивной депрессии обычно постепенный.

Реактивное (психогенное) бредообразование включает реактивный паранойд, психогенное паранойяльное бредообразование и индуцированный бред.

Реактивный параноид возникает в ситуации реальной угрозы для личности (реальная угроза преследования, возможность обвинения в неблагоприятных поступках). Он выражается в убежденности больного в том, что к нему плохо относятся, его преследуют, его телефонные разговоры прослушивают и т. д. Больной слышит угрозу в свой адрес, о нем переговариваются, он испытывает галлюцинаторные и иллюзорные переживания. В содержании бредовых идей (отношения, преследования) и расстройств восприятия обязательно отражается психотравмирующая ситуация. Поведение больного определяется бредовой оценкой окружающего. В формировании реактивного параноида важная роль принадлежит личностным особенностям больного. Болезнь обычно продолжается несколько месяцев, однако возможно и затяжное течение.

К разновидностям этой патологии относится так называемый *железнодорожный параноид*. В необычных условиях длительной дороги, окружения чужих людей, недосыпания, нерегулярного питания, иногда алкоголизации у больных появляется тревога, мысли, что за ними наблюдают, следят, о них говорят, соседи по купе или вагону ведут себя подозрительно: переглядываются, перешептываются за спиной больного, хотят забрать его вещи. Больные могут слышать голоса угрожающего характера, нередко в страхе выпрыгивают на ходу из вагона поезда или же покидают вагон на ближайшей остановке и садятся на первый попавшийся поезд, чтобы избежать «преследователей».

Иногда исходным моментом для развития реактивного параноида становится изоляция от окружающих, в частности, у людей с резко пониженным слухом (*бред преследования тугоухих*) или у людей, которые находятся среди говорящих на ином языке (*бред преследования при иноязычном окружении*).

Больной К., 35 лет, стационарирован по путевке дежурного психиатра, осмотревшего больного в аэропорту. Больной в течение 5 дней не

мог купить билет на самолет, ночевал в зале ожидания, недосыпал, нерегулярно питался, очень много курил, часто пил кофе, находился в постоянном тревожном состоянии, так как летел на похороны сестры. На 5-й день пребывания в аэропорту, когда у больного уже был билет на руках и до отлета самолета осталось 10 часов, обратил внимание на то, что к нему приглядывается группа мужчин, говорящих на непонятном языке. Видел, как они несколько раз прошли мимо кресла, на котором он сидел. Через час встретил их в буфете, они подсели за его столик и стали задавать «нейтральные» вопросы. Понял, что его хотят ограбить. В страхе покинул буфет, проходя через зал ожидания, услышал голос: «Не торопись, милый». Через некоторое время тот же голос сказал: «Попался, голубчик». Когда вновь увидел недалеко от себя «группу преследователей», окончательно понял, что он стал жертвой преследования, его хотят ограбить и убить. Обратился в отделение милиции с просьбой защитить его от «преследователей».

Психогенное паранойяльное бредообразование чаще всего отмечается у психопатических личностей со склонностью к образованию сверхценных идей, хотя может быть и у психически здоровых с особым складом личности (акцентуированный характер). В условиях усиления психотравмирующей ситуации (измена близкого человека, несправедливое отношение и др.) сверхценная идея может сменяться паранойяльным бредом. Чаще встречается психогенный паранойяльный бред ревности, любовный, изобретательства, сутяжный. Важно отметить, что в клинической картине заболевания никогда не бывает расстройств восприятия (иллюзий, галлюцинаций). Бред отличается относительной правдоподобностью, отсутствием нелепости фабулы и большой аффективной заряженностью.

Индукцированный бред (наведенный) развивается у человека, близко контактирующего с душевнобольным, высказывающим бредовые идеи. Условиями формирования индуцированного бреда являются:

- 1) тесное общение, постоянный контакт с больным;
- 2) высокая авторитетность больного «индуктора» для индуцируемого;

3) повышенная внушаемость, невысокий интеллект, низкий образовательный уровень «индуцируемого» – разделяющего бредовые идеи больного;

4) постепенное развитие и правдоподобность содержания бредовых идей у больного-«индуктора».

Бредовые идеи могут быть любого содержания, но чаще – преследования.

Иногда индуцированный бред возникает у нескольких людей, тесно контактирующих с больным, чаще у членов семьи. Возможно массовое индуцированное помешательство.

Индуцированный бред необходимо дифференцировать от конформного бреда, когда тесно контактирующие между собой двое психически больных высказывают бред одного содержания.

Индуцированный бред очень непрочен и при изоляции от больного быстро и бесследно исчезает.

Больной Х., 56 лет. В возрасте 54 лет стал чувствовать, что соседи по площадке стали к нему относиться подозрительно, разговаривали о нем с «намекками», за что-то осуждали его. Вскоре один из соседей зашел к больному в квартиру и «как-то по-особому» осмотрел ее. Больной понял, что сосед хочет занять его квартиру, а его куда-то выселить или отравить. Слышал, как сосед что-то сверлил в стенке, через некоторое время почувствовал на кухне особый запах, понял, что сосед через стену пропускает ядовитый газ. Поделится своими опасениями с женой, которая поначалу не обратила на это никакого внимания, однако после настойчивого убеждения со стороны больного также стала чувствовать, что сосед пытается избавиться от них и завладеть квартирой. Чувствовала на кухне особый запах, поэтому, несмотря на морозы, постоянно держала на кухне открытым окно, чтобы «газ выветривался». Многократно обращалась в милицию с жалобами на соседа, несколько раз врвалась к нему в квартиру, чтобы «застать на месте преступления». В связи с неправильным поведением больной и его жена были осмотрены психиатром и стационарированы в разные отделения психиатрической больницы. Спустя месяц жена больного перестала высказывать бредовые идеи, с критикой оценивала пережитое, в то время как больной оставался абсолютно убежденным в том, что его хотят отравить или выжить из квартиры.

Ятрогении (iatros – врач + гр. genes – порождаемый, возникающий) – это различные психогенные реакции, вы-

званные неправильным обращением врача с больным. Психогенные реакции, вызванные врачом, могут носить характер ипохондрического бреда, навязчивых страхов, сверхценных идей, реактивной депрессии. Ятрогении чаще всего возникают у тревожно-мнительных, сенситивных личностей или у лиц, астенизированных вследствие соматического или инфекционного заболевания.

Подобные болезненные состояния, вызванные неправильным поведением младшего или среднего медицинского персонала, носят название соррогений.

Больной Т., 16 лет. В возрасте 15 лет во время школьной диспансеризации рентгенолог сказал больному, что у него типичное каплевидное сердце. Больной «пережил состояние ужаса», так как решил, что каплевидное сердце, как капля, в любой момент может оторваться. Резко снизилось настроение, перестал вставать с постели, опасался, что любое движение может спровоцировать «отрыв сердца». Постоянно прислушивался к ощущениям со стороны сердца; чувствовал, что оно «бьется из последних сил», был абсолютно убежден в том, что умрет от «отрыва сердца».

Лечение. При острых психогенных реакциях для купирования психоза применяют нейролептики внутримышечно (аминазин до 150 мг, стелазин 10-20 мг, галоперидол 1,5-3 мг 2-3 раза в день), а также транквилизаторы (например, седуксен внутримышечно или внутривенно). Для снятия реактивной депрессии используют различные антидепрессанты (амитриптилин, лудиомил, пиразидол, мелипрамин). Для лечения истерических психозов эффективны нейролептики (аминазин, стелазин, меллерил, хлорпротиксен, неупелтил) или транквилизаторы (феназепам, лоразепам, седуксен).

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (НЕВРОЗЫ)

Неврозы являются наиболее распространенной психогенной патологией. В последние десятилетия число больных с невротическими расстройствами увеличивается, особенно это относится к экономически развитым странам. Неврозы развиваются в результате воздействия длительной психиче-

ской травмы, нередко на фоне переутомления, недосыпания, перенесенного соматического заболевания. Они, в отличие от реактивных психозов, не приводят к нарушениям отражательно-познавательной деятельности, грубым изменениям психических функций, но нарушают адаптацию больных к жизненной ситуации. Являясь функциональной патологией, невроты при адекватной своевременной терапии, как правило, полностью излечиваются.

Выделяют следующие виды невротозов: неврастения, истерический невротоз и невротоз навязчивых состояний.

Неврастения (астенический невротоз, невротоз истощения). В клинической картине этого заболевания ведущее место занимает астенический синдром. Больные обычно жалуются на общее плохое самочувствие, упадок физических сил, отсутствие бодрости, разбитость, слабость, непереносимость обычных нагрузок, выраженное снижение работоспособности.

Отмечаются явления раздражительной слабости: быстрая и бурная эмоциональная реакция в условиях травмирующей ситуации, но в то же время ее кратковременность и наступающая за ней резкая слабость. Одним из постоянных симптомов неврастении являются головные боли. Они весьма изменчивы и многообразны (давление, стягивание, покалывание в области лба или затылка, ощущение «несвежей головы», «обруч невротика или «каска невротика») и имеют тенденцию к усилению при умственной нагрузке или изменении барометрического давления. Типичным для этого заболевания является нарушение цикла «сон-бодрствование» (сонливость днем, бессонница или тревожный сон ночью). Значительно снижена активность концентрации внимания, что приводит к низкой работоспособности. Весьма характерна для больных выраженная лабильность эмоций, а также отчетливые соматовегетативные расстройства. Нередко наблюдаются расстройства терморегуляции (длительный субфебрилитет), эндокринной системы (дисменорея), сексуальные нарушения.

Симптомы неврастения чаще нарастают постепенно. В легких случаях проявления неврастения преходящие, эпизодические. Однако возможно и протрагированное, затяжное течение этого невроза.

Истерический невроз чаще развивается у женщин с психопатическими (истерическими) чертами характера, признаками психического инфантилизма (несамостоятельность суждений, повышенная внушаемость, эгоцентризм, эмоциональная незрелость, аффективная лабильность, легкая возбудимость, повышенная впечатлительность).

Клинические проявления невроза весьма разнообразны. Выделяют четыре основных вида истерических реакций: двигательные, сенсорные, вегетативные и психические.

Двигательные расстройства выражаются в виде параличей, парезов, гиперкинезов, контрактур, истерических припадков, явлений астазии-абазии (невозможность ходить при отсутствии органической патологии двигательного аппарата). В отличие от органических, истерические гиперкинезы зависят от эмоционального состояния, видоизменяются по механизму подражания, сочетаются с необычными позами и другими истерическими симптомами (ком в горле и др.), временно исчезают или ослабляются при переключении внимания или под влиянием психотерапии.

Истерические припадки отличаются от эпилептических своей демонстративностью, возникают в условиях психотравмирующих ситуаций, как правило, в присутствии зрителей, не сопровождаются глубоким нарушением сознания и последующей амнезией, при них нарушена закономерность смены тонических и клонических фаз, они длятся значительно дольше эпилептических, больные помнят о случившемся.

Сенсорные нарушения проявляются расстройствами чувствительности в виде анестезии, гипостезии, гиперстезии и болевыми ощущениями в различных частях тела. Нарушения кожной чувствительности чаще всего локализуются в области конечностей по ампутационному типу в виде чулок

или перчаток, но не соответствуют зонам иннервации. Истерические алгии локализуются в различных частях тела: головные боли (в виде обруча, стягивающего лоб и виски), боли в спине, суставах, конечностях, в области живота. Такие боли нередко становятся причиной ошибочных хирургических диагнозов и даже полостных операций (синдром Мюнхгаузена). Сенсорные нарушения могут проявляться в виде истерической слепоты, истерической глухоты.

Вегетативные нарушения при истерическом неврозе весьма полиморфны, красочны и затрагивают многие системы и органы человека. Наиболее часто отмечаются нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта: истерическая рвота, тошнота, отсутствие аппетита (анорексия), гастралгии, метеоризм, истерические запоры и поносы, истерическая одышка, боли в сердце, сердцебиение. Описаны также мнимая беременность, викарные кровотечения. При истерическом неврозе возникает необходимость дифференцировать приступ с астматическим, стенокардическим, гипертоническим кризом. Весьма типично чувство кома в горле (*globus hystericus*).

Психические нарушения истерического генеза многообразны и изменчивы. Для них характерна яркость, театральность, нарочитость, оттенок инфантилизма. В рамках этих нарушений описывают истерические амнезии (вплоть до тотальной), истерические иллюзии, галлюцинации, редко встречающиеся, но описываемые в литературе состояния мнимой смерти. Истерический невроз, как уже отмечалось, приходится дифференцировать с соматической и неврологической патологией.

Больная М., 26 лет, доставлена в психиатрическую больницу на носилках, так как не могла ходить, стоять. Из анамнеза известно, что в семье больной длительная психотравмирующая ситуация (больная вышла замуж за нелюбимого человека), последнее время ее состояние резко ухудшилось: ничего не могла есть, не было аппетита, не могла глотать пищу, особенно твердую, иногда на фоне неприятностей отмечалась рвота, подчас неукротимая. Перестала вставать с постели, особенно в при-

сутствии мужа, в его отсутствие могла встать, поесть. Муж выносил больную на прогулку на руках. Постоянно беспокоило наличие кома в горле, судорожные подергивания в конечностях, особенно после волнений. В больнице в процессе соответствующего лечения (фармакотерапия и психотерапия) вся симптоматика исчезла уже через месяц. Однако когда спустя месяц больную навесил муж, то при виде его у больной вновь возникла астазия-абазия, ком в горле, появились дисфагические явления, анорексия.

Невроз навязчивых состояний. Наряду с симптоматикой, характерной для других видов неврозов, астеническими и вегетативными расстройствами, клиническая картина этого вида невроза характеризуется наличием фобий (навязчивых страхов) и – значительно реже – других навязчивых явлений (действий, воспоминаний, влечений). Для всех навязчивостей характерным является постоянство, повторяемость, невозможность освободиться от этих нарушений усилием воли, ощущение их чуждости, осознание их неправильности, болезненности, иными словами, критическое отношение к ним.

Содержание фобий весьма разнообразно (страх заболеть тяжелым заболеванием, страх высоты, толпы, широких площадей, замкнутых пространств, страх за близких, страх сойти с ума, страх смерти, страх загрязнения и т. д.). Навязчивые страхи сопровождаются, как правило, выраженными вегетативными расстройствами и очень тягостны для больных.

Клиническая картина невроза может включать в себя ритуалы – защитные действия (так, например, чтобы оградить себя от опасности, больной должен несколько раз дотронуться до стола или особым образом раскладывать вещи на столе).

Невроз навязчивых состояний при правильном лечении может заканчиваться через несколько месяцев полным выздоровлением, но может иногда приобретать и затяжное течение с постепенным утяжелением симптоматики.

В динамике невроза условно выделены три стадии: на первой – страх возникает только в ситуации, которой больной боится, на второй – при мысли о возможности оказаться в ней, на третьей – условным раздражителем является слово, каким-либо образом связанное с фобией (при кардиофобии – «сердце», при клаустрофобии – «каюта» и т. д.). При затяжном течении невроза навязчивых состояний, так же как и при других затяжных неврозах, помимо утяжеления основной симптоматики возможно развитие депрессивных расстройств, истерических форм реагирования. Затяжные неврозы необходимо дифференцировать с вялотекущей шизофренией.

Лечение больных неврозами должно быть направлено в первую очередь на устранение психогенного воздействия, способствующего возникновению невроза. При невозможности снятия психотравмирующей ситуации рекомендуется путем различных психотерапевтических методов изменить позицию больного и его отношение к этой ситуации. Важное место в комплексном лечении неврозов занимает общеукрепляющая терапия, физиопроцедуры, витаминотерапия. Широкое применение для лечения астенических состояний приобрели в последние десятилетия ноотропные препараты (ноотропил, аминалон). Очень многие невротические симптомы хорошо купируются применением различных транквилизаторов (феназепам, либриум, валиум, тазепам) или малых доз некоторых нейролептиков (аминазин, неулептил). Большое значение при лечении больных следует отводить и различным вариантам психотерапии в чистом виде или в комбинации с медикаментозной терапией, диетотерапией, музыкотерапией, библиотерапией. Чаще всего используют суггестивную психотерапию (при истерическом неврозе), рациональную психотерапию (при неврозе навязчивых состояний), аутогенную тренировку (при всех видах неврозов).

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)

ПТСР возникает как отставленная (развивающаяся не сразу, а через несколько недель после стресса) затяжная реакция на стрессовые события или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера (военные действия, природные катаклизмы, пребывание в концлагере, пытки, изнасилование, жестокое обращение и т. д.). Диагноз ПТСР ставится, если между психической травмой и возникновением расстройств прошло не более 6 месяцев. В развитии ПТСР выделяют ранний (острый), подострый и отдаленный этапы.

Существенное место в клинической картине занимают психогенные расстройства в виде астении с повышенной раздражительностью, страхами, нарушениями сна, снижением работоспособности, настроения с преобладанием депрессии с явлениями деперсонализации и дереализации, больные с трудом контактируют с окружающими, не интересуются проблемами родных, не соблюдают субординацию на работе, не справляются с заданиями, в результате многие из них теряют семью и работу. Характерно повторное переживание психотравмирующей ситуации во сне, наличие мучительных мыслей о случившемся, стремление избегать всего напоминающего травму, снижение памяти на события, предшествующие травме. У больных выявляются вегетативные, иммунные, нейроэндокринные, соматические расстройства. В процессе болезни происходит усложнение клинической картины от астенических и психовегетативных к аффективным, психопатоподобным (асоциальным, эксплозивным, истерическим) расстройствам, часто усугубляемым употреблением алкоголя и наркотиков и тяжелой невротоподобной симптоматикой.

Определенное значение в развитии ПТСР имеют преморбидные особенности личности, астенические расстрой-

ства. В некоторых случаях состояние может принять хроническое течение с возможностью перехода в устойчивое изменение личности.

Лечение зависит от этапа ПТСР, большое значение имеет психотерапия. Применяют антидепрессанты, транквилизаторы, при необходимости нейролептики.

Необходимо учитывать, что больные избегают всех упоминаний о психотравме и поэтому обычно неохотно обращаются к врачам.

Глава XV

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИИ)

Психопатия клинически проявляется в патологических чертах характера, дисгармонии личности, эмоциональной и волевой деятельности, нарушении адаптации личности в обществе. Дисгармоничность, неуравновешенность личности определяют особенности психической деятельности на протяжении всей жизни. Интеллект больных существенно не страдает.

Для постановки диагноза психопатии ориентируются обычно на критерии, обоснованные в трудах П.Б. Ганнушкина:

- 1) выраженность патологических черт характера до такой степени, что это приводит к дезадаптации больного в социальном окружении;
- 2) тотальность психопатических особенностей личности, т. е. патология не каких-то отдельных черт, а всего психического склада;
- 3) относительно малая обратимость патологических черт характера, их стабильность.

Общепризнанной классификации психопатий до настоящего времени нет. Однако в отечественной психиатрии выделяют следующие разновидности психопатий: возбудимые, тормозимые (астенические и психастенические), истерические, паранойяльные, шизоидные, неустойчивые и др.

Прежде чем останавливаться на описании клиники психопатий, следует упомянуть о понятии акцентуации характера, акцентуации личности, что представляет собой уси-

ление отдельных черт характера, некоторое отличие их от общепринятых норм, но вместе с тем не может рассматриваться как болезнь. При неблагоприятно сложившейся для личности ситуации, затрагивающей именно эти ее стороны, могут возникать патологические реакции. Различают следующие варианты акцентуации черт личности: гипертимные личности, отличающиеся большой активностью, оптимизмом, отсутствием порой должного серьезного отношения к определенной ситуации; педантичные – излишне пунктуальные; возбудимые – склонные к необдуманным поступкам для достижения возникших желаний; аффективно-лабильные (циклотимические); дистимические – склонные к критической оценке окружающего, мрачные; экстравертированные – слишком общительные, легко попадающие под влияние окружающих; интровертированные – замкнутые, склонные к самоанализу; демонстративные – нуждающиеся во внимании окружающих, и ряд других вариантов.

Психопатиям возбудимого круга свойственна необыкновенно сильная эмоциональная возбудимость, проявляющаяся приступами гнева, ярости, аффективными разрядами по любому, даже незначительному поводу, при этом больные могут совершать необдуманные, порой опасные действия. Агрессия их чаще направлена вовне, на обидчиков или близких, реже – на себя (последнее выражается в нанесении себе порезов, повреждений, иногда – попыткой к самоубийству).

Характерно, что эмоциональные реакции не соответствуют силе раздражителя. По мере угасания аффективных вспышек у больных появляются элементы критического отношения к своим поступкам, хотя, как правило, они считают себя во всем правыми, пытаются как-то сгладить впечатление от неправильности своего поведения, дают обещания впредь «вести себя хорошо». Однако намерения не выполняются, и новая аффективная вспышка по незначительному поводу приводит вновь к конфликту с окружающими. У не-

которых личностей кроме вышеуказанных особенностей характера отмечаются также выраженная вязкость, обстоятельность мышления, мелочный педантизм, злобность, мстительность, периоды дисфории. Этот вариант возбудимой психопатии некоторые авторы определяют как *эпилептоидную* психопатию.

Для всех психопатических личностей возбудимого круга независимо от возраста весьма характерны периодически возникающие дисфории (периоды беспричинного тоскливо-злобного настроения), во время которых они могут прибегать к употреблению алкоголя (дипсомания), наркотиков. Дети в этом состоянии часто совершают побеги из дома (дромомания, вагобандаж).

Психопатические личности очень трудны в обществе, доставляют много неприятностей окружающим и себе, в связи с чем не удерживаются в коллективе, часто меняют места работы.

Больной К., 25 лет, разнорабочий. Воспитывался в трудной семье. Отец больного – конфликтный, грубый, необузданный, весьма раздражительный человек, часто злоупотреблявший алкоголем. Постоянно наказывал сына, избивал его и других членов семьи, особенно в состоянии опьянения. Уже с 7 лет больной стал копировать поведение отца, если не исполняли его «приказов», налетал с кулаками, жестоко избивал сверстников в школе, во дворе, среди сверстников слыл «атаманом», требовал полного подчинения себе, в противном случае прибегал к физическим расправам. С трудом учился в школе, не подчинялся режиму, во время урока начинал свистеть, громко разговаривал или же демонстративно уходил из класса, сильно хлопнув дверью. Особенно «изводил учительниц». Во дворе хвастался, что он всех учителей «держит в кулаке». После окончания 7 классов учился в техническом училище, получил профессию станочника. Работать по специальности, однако, не мог, постоянно конфликтовал с коллегами по работе, пытался доказать свою «правоту», как правило, кулаками. Решением бригады был исключен из коллектива. Работал разнорабочим. Подолгу на работе не удерживался, часто менял места. Периодически у больного наступали периоды особой злобности: тогда он устраивал жестокие драки, разбивал мебель. Однажды в таком состоянии нанес себе случайно ножевое ранение, сразу же настроение резко изменилось в лучшую сторону. Больной отметил это и в дальнейшем, когда «наваливалась тяжесть», наносил себе поверхностные

порезы на левом предплечье. Стал выпивать. Однажды во время алкогольного опьянения совершил суицидальную попытку.

Психопатии тормозимого круга делятся на астенические и психастенические.

Астенический вариант. Для этого вида психопатии характерны повышенная утомляемость, сочетающаяся с чрезмерной чувствительностью и впечатлительностью, застенчивость, повышенное чувство робости, неуверенности, чувство неполноценности, которые усиливаются в обстановке, требующей принятия решения. Больные очень исполнительны, ответственны, при выполнении работы легко утомляемы, избегают перегрузок. При встрече даже с небольшой трудностью они впадают в отчаяние, у них нарушается настроение. Характерен постоянный самоанализ, самобичевание, убежденность в своей несостоятельности, никчемности, малодушии, слабохарактерности. Особенно резко их состояние ухудшается в ситуации наибольшего напряжения (экзамены и пр.). К длительному психическому напряжению, усидчивой работе они не способны именно из-за повышенной утомляемости. Под влиянием неблагоприятных условий они легко дают психогенные реакции, происходит декомпенсация психопатических черт характера. В то же время в щадящих психотерапевтических условиях доброжелательного к ним отношения со стороны коллектива больные продуктивно работают.

Психастенический вариант. Страдающие психастенической психопатией отличаются крайней нерешительностью, тревожностью, мнительностью. Эти черты усиливаются в ситуации выбора, необходимости принятия решения. От астенического варианта их отличает склонность к мучительным сомнениям (тревожно-мнительные личности) и к болезненному мудрствованию (умственная жвачка), склонность к гипертрофированному самоанализу и потеря чувства реального, невозможность принять решение. При этом события, почерпнутые из книг или кинофильмов, для больных бо-

лее значимы, чем события реальной жизни. Именно поэтому такие больные нередко живут в мире грез, мечтаний. В условиях сложных жизненных ситуаций (стихийные бедствия, войны) страдающие психастенией могут проявить черты мужества, собранности. В коллективе, где с ними считаются, их понимают, больные успешно работают, очень ответственны и исполнительны.

Под влиянием длительных астенизирующих факторов внешней среды (психогении, интоксикации, тяжелые соматические заболевания) может легко наступить декомпенсация в виде еще большего заострения тревожно-мнительных черт характера, развития невроза.

Психопатии истерического круга. Основной чертой характера этих больных является эгоцентризм, постоянное стремление быть в центре внимания. Желание в любой ситуации играть главную роль и занимать ведущее положение нередко сопровождается склонностью ко лжи, самооговорам, демонстративным попыткам к самоубийству и к возможному появлению истерических реакций (припадки, обмороки, афонии, мутизм, явления астазии-абазии, глухота, рвота, расстройства дыхания и пр.).

В основе поведения больных лежат прежде всего эмоции, при этом они отличаются яркостью, театральностью, бурностью проявлений (любовь всегда «безграничная», «вечная», ненависть «жгучая», «на всю жизнь»). Удовлетворению желаний истерических личностей, по их мнению, должны быть подчинены интересы близких и знакомых. Они с восторгом подхватывают все новые начинания, идеи, однако, будучи неспособными к длительному волевому напряжению, быстро «остывают», «разочаровываются», особенно если их начинания не подкрепляются восторгом и обожанием со стороны окружающих.

Несмотря на претензии на необычность, в сущности это люди, не имеющие достоинств, заслуживающих особого внимания, они представляют для окружающих интерес толь-

ко при первой встрече, а в дальнейшем утомляют постоянным желанием быть в центре внимания без должных на то оснований. С целью привлечь к себе внимание больные прибегают к экстравагантной одежде, излишней косметике, нередко ведут себя вызывающе. Увлекаясь, истерическая личность теряет границу между фантазией и реальностью, выдуманное принимается за действительное, и больной сам начинает искренне этому верить (*псевдология – фантастика*). Если больному не удастся быть в центре внимания, то в одних случаях он может фиксироваться на состоянии своего здоровья и этим привлекать внимание близких; в других случаях, не встречая внимания, у больных ипохондрическая симптоматика не столь выражена, а на первый план выступают обидчивость, капризность, придирчивость. Они нередко начинают играть роль отрицательного лидера в коллективе, где не могут утвердиться. В обществе они обычно трудны, малоуправляемы. Мышление истерической личности всегда подчинено эмоциям, это же можно сказать и о всем поведении в целом. Характерна весьма повышенная внушаемость и самовнушаемость больных. Под влиянием неблагоприятных условий у них может развиваться истерический невроз с разнообразными истерическими реакциями.

Больная К., 28 лет. Воспитывалась единственным ребенком в семье уже немолодых родителей. С детства привыкла «командовать» (поначалу это была игра в капитаны, где капитаном была больная, а матросами родители, дедушка и две бабушки), все ее требования немедленно исполнялись, ни в чем не видела отказа. У нее всегда были самые лучшие игрушки, самые красивые куклы. В 6-летнем возрасте после бурной ссоры с подругой пыталась броситься под машину. Хорошо училась в школе, в первые годы была «надеждой всей школы». Предпочитала всегда мужскую компанию, где была «верховодом». В 16 лет стала свидетельницей измены любимого человека, сразу же появилась неукротимая рвота, потеряла зрение. Спустя некоторое время зрение восстановилось, однако рвота появлялась, как только вспоминала случившееся. «Назло» этому человеку вскоре вышла замуж за другого. Семейная жизнь не сложилась, мужа не любила, при виде его больную стало тошнить, появлялись боли в сердце, избегала близости с ним. Постепенно тошноты усилились, появилась рвотная реакция, снизился аппетит, ничего не могла

есть, особенно в присутствии мужа. Многократно без успеха лечилась у терапевтов. Однажды после того, как с ней грубо обошелся гинеколог, потеряла способность ходить, «ноги отнялись». В таком состоянии на носилках больная поступила в санаторное отделение психиатрической больницы. При поступлении – весьма истощена, астенизирована, ходить не может, постоянная рвота даже при виде пищи. Считает себя неизлечимой, погибающей, на лице при этом обилие косметики, старается постоянно находиться «в изящных позах». С врачом приветлива, но пытается диктовать свою волю, грубо кричит на няnek и медсестер. На тумбочке – томик стихов Бодлера, которые больная всегда «читает» во время врачебного обхода.

Паранойяльные психопатии. Основная черта страдающих этим вариантом психопатии – склонность к образованию сверхценных идей (собственной значимости, изобретательства, ревности, сутяжничества и др.). Находясь полностью под властью этой идеи, больной направляет на реализацию ее все свои силы. При этом все факты, опровергающие правильность этой идеи или не подтверждающие ее, отбрасываются или не принимаются во внимание. Попытки разубедить паранойяльного больного приводят к усилению его убежденности в правильности его идей и необходимости реализации намеченных действий. Больные обычно подозрительны, застревают на мелочах, обидах, склонны к мести. Мышление паранойяльных личностей характеризуется инертностью, обстоятельностью. Они весьма склонны к конфликтам, сутяжничеству.

Неустойчивый тип психопатии. Основное свойство личности при этом варианте психопатии – слабость волевой деятельности, внушаемость, беззащитность перед неблагоприятным влиянием окружающей среды, невозможность заниматься одним видом деятельности. «Неустойчивые» личности без колебания меняют решения и установки, места работы и профессии, не доводят до конца ни одного дела. Они живут одним днем, никогда не задумываются о будущем. Движущим механизмом их жизни является жажда новых впечатлений и развлечений. Они легко примыкают к асоциальным компаниям, злоупотребляют алкоголем, прибегают к

наркотикам. Подчиняясь дурному влиянию, могут совершать общественно опасные действия (мелкое мошенничество, кражи, хулиганские поступки).

Шизоидная психопатия характеризуется патологической замкнутостью, необщительностью, что скрывает от окружающих нередко богатый внутренний мир. Они могут быть легко ранимы, робки, застенчивы, тревожно-мнительны. Шизоидную психопатию следует дифференцировать с шизофренией.

Лечение. Медикаментозная терапия при психопатиях осуществляется главным образом при декомпенсациях патологических черт характера. Вне декомпенсаций больные психопатией в стационаровании не нуждаются. У психопатических личностей возбудимого круга, отличающихся взрывчатостью, брутальностью аффекта, расстройствами влечений, склонностью к эксплозивности, а также при истерическом варианте хороший эффект дают нейролептики в небольших дозах (аминазин, стелазин, меллерил, неуплептил) или сочетание нейролептиков и транквилизаторов. При декомпенсации паранойяльной психопатии показаны стелазин, галоперидол. При психопатиях тормозимого круга показаны главным образом транквилизаторы. Важную роль в профилактике и лечении этой патологии играют воспитательные меры.

Глава XVI

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ И БУЛИМИЯ

Нервная анорексия (*anorexia nervosa*) занимает особое место в ряду пограничных психических заболеваний. Она развивается чаще у девушек в пубертатном и юношеском возрасте и выражается в сознательном отказе от еды с целью похудения, нарастающих вторичных соматоэндокринных сдвигах вплоть до кахексии и развития аменореи. Отказ от еды чаще связан с недовольством своей внешностью и, в частности, избыточной полнотой (дисморфомания). Больные длительное время тщательно скрывают истинную причину похудения и безуспешно лечатся у различных врачей – терапевтов, гастроэнтерологов, эндокринологов, гинекологов, невропатологов. Под наблюдением психиатров они оказываются, как правило, на стадии кахексии и по витальным показаниям стационарируются в психиатрическую больницу, где и получают необходимое лечение.

В динамике синдрома выделяют четыре стадии: 1) инициальную, 2) активной коррекции, 3) кахексию, 4) редукцию синдрома.

Инициальная стадия нервной анорексии имеет свои особенности. Больные выражают недовольство преимущественно избыточной полнотой либо всей фигуры, либо отдельных частей тела («толстый живот», «круглые щеки», «толстые бедра»). Больным не нравится их фигура, поскольку она не соответствует их идеалу, иногда же они стремятся к похуданию с целью подражания кому-либо из ближайшего окружения. В отличие от типичного синдрома дисморфомании менее выражены идеи отношения и депрессия.

На *стадии активной коррекции* больные прибегают к различным способам похудения. Это прежде всего ограничение количества пищи, исключение из пищевого рациона отдельных продуктов, строгая диета, специальные физические упражнения (до полного изнурения), прием больших доз слабительных средств, применение клизм, искусственное вызывание рвоты с целью освобождения желудка от только что съеденной пищи, иногда в большом количестве, в связи с возможными приступами булимии (сильное чувство голода с невозможностью насыщения). На этой стадии наступает аменорея, приобретающая стойкий характер.

На *стадии кахексии* имеется клиническая картина алиментарной дистрофии: снижение массы тела более чем на 50%, отсутствие подкожно-жировой клетчатки, сухость и бледность кожных покровов, акроцианоз, зябкость, ломкость ногтей, выпадение волос, разрушение зубов, брадикардия, снижение артериального давления, патология со стороны желудочно-кишечного тракта, возможны голодные отеки и т.д.

На более ранних стадиях нервной анорексии, несмотря на похудание, больные очень подвижны, активны, деятельны, в то время как на стадии кахексии наступает адинамия, потеря трудоспособности. В связи с отсутствием критики к состоянию больные продолжают голодать, несмотря на крайне низкий вес. В процессе лечения по мере повышения веса тела вновь усиливаются мысли об избыточной полноте, страх перед едой. При правильном лечении больные в течение 2-3 мес. набирают вес до крайней границы нормы, однако менструации восстанавливаются несколько позже – через 8 мес. – 1 год.

Необходимо учитывать, что синдром нервной анорексии может быть и начальным проявлением шизофренического процесса, в связи с чем уже на ранних стадиях необходима правильная диагностика.

Дифференциально-диагностическим критерием синдрома нервной анорексии при шизофрении является бредо-

вой характер идей излишней полноты, возможность ограничения в еде по бредовым мотивам иного содержания (пища плохо переваривается, прием жирной пищи вызывает угри на лице), а также характер коррекции «дефекта» внешности в виде быстрой замены ограничения в еде и активных физических упражнений искусственным вызыванием рвоты и приемом больших доз слабительных средств. При шизофрении, в отличие от пограничной патологии, рвоты не сопровождаются тягостными вегетативными реакциями и приобретают характер патологии влечений. По мере прогрессирования заболевания рвотам предшествуют периоды неутолимого голода, в связи с чем больные могут употреблять огромные количества иногда малосъедобной пищи (ведро воды с мукой и сахаром). Одновременно у больных нарастают характерные для шизофрении изменения личности. Возможно появление навязчивостей, сенестопатий.

Больная С., 26 лет. С детства была несколько повышенного питания. В 10 лет после длительного разглядывания себя в зеркале решила, что полновата, однако похудеть не пыталась. С 12 лет появилось недовольство «слишком полными бедрами и ягодицами». В 14 лет для коррекции фигуры непродолжительное время занималась шейпингом. С 14 до 18 лет начала исключать из пищевого рациона мучное и сладкое, но значительного снижения массы тела не происходило. К окончанию школы вес был 65 кг при росте 160 см. В течение года работала библиотекарем. В этот период отмечалось резкое ухудшение настроения с появлением немотивированной тревоги, заниженной самооценки. По поводу депрессии лечилась у психиатра. После лечения уехала в Ленинград, где поступила в ЛГУ. В Ленинграде больная испытывала значительные материальные трудности, плохо питалась, похудела на 10 кг (до 55 кг). Друг больной хвалил ее фигуру. В течение 2 лет пребывала в повышенном настроении с ощущением физической легкости, повышенной работоспособности, казалось, что «все в жизни легко и замечательно», спала 4-5 часов в сутки, была очень активна, легко и хорошо училась, похудела еще на 5 кг. Считала себя похожей на фотомодель. Усилила ограничения в еде, в течение года питалась исключительно морской капустой, сохранялся вес 48 кг. Вместе с тем на фоне нерегулярного питания нарушился стул, появилась тенденция к запорам, для борьбы с которыми больная начала ежедневно принимать большие дозы слабительных.

С 20 лет начались эпизодические, 2-3 раза в месяц, переживания с последующим вызыванием рвот с целью уменьшения чувства тяжести в эпигастральной области и из-за страха прибавки массы тела. Для борьбы с появившимся и нарастающим на фоне ограничений в еде стойким усиленным чувством голода 2-3 раза в неделю начала принимать алкогольные напитки (до 100 мл водки). На протяжении 2 лет сохранялось тревожно-тоскливое настроение, конфликты с матерью, появилась раздражительность, чувство утраты физической активности, быстрая утомляемость. Больная продолжала ограничивать себя в еде, «боялась излишней полноты» бедер, ягодиц, присоединилось недовольство «полными плечами», продолжала злоупотреблять слабительными, 2-3 раза в неделю передала и вызывала рвоты. Менструации стали нерегулярными. Скрывала свое состояние от матери и окружающих, продолжала принимать спиртные напитки, одновременно с этим хорошо успевала в институте, обслуживала себя и мать. Отношения с однокурсниками не складывались из-за неуживчивости, высокомерного отношения к ним со стороны больной. Вес больной в этот период был 45 кг. Находясь на учебной практике в пионерском лагере, с целью понравиться коллеге практически прекратила прием пищи, похудела за 10 дней до 37 кг, не реагировала на обеспокоенность сотрудников ее истощением. Испытывала чувство подъема сил, «прилива энергии», была «счастлива», активно и продуктивно работала, практически не спала, была в центре внимания и испытывала от этого удовольствие. Своим внешним видом была довольна, равнодушно отнеслась к наступлению аменореи. Однако по возвращении домой снова снизилось настроение, больная испытывала «упадок сил», все раздражало. В течение нескольких месяцев нормально питалась, однако вес восстанавливался медленно, сохранялся значительный дефицит массы тела, а при достижении веса более 45 кг больная возобновила ограничения в еде, так как считала себя ожиревшей. Продолжала учиться «по инерции», замкнулась в себе. Депрессия сохранялась на протяжении нескольких лет. Нарастала частота переживаний и рвот. Начались «голодные» обмороки, больная была напугана своим состоянием, сама обратилась за помощью на кафедру психиатрии РУДН.

Соматически: резко пониженного питания. Вес 34 кг при росте 160 см. Подкожно-жировая клетчатка отсутствует. Кожные покровы землистого цвета, сухие, гипертрихоз. Кожа кистей рук со следами трещин, шелушащаяся. На указательном пальце правой руки мозоль от зубов из-за постоянного вызывания рвот. Слюнные железы увеличены в размере и болезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД 80/40 мм. рт. ст., постоянная брадикардия, пульс – 56 ударов в 1 мин. Живот мягкий, впавший, безболезненный при пальпации. Мочепуспускание не нарушено. Стул – со склонностью к запорам. Аменорея на протяжении 4 лет.

Неврологически: снижение конвергенции, легкая асимметрия лица. Сухожильные рефлексы угнетены. Выраженный тремор кистей рук. Сколиоз грудного отдела позвоночника. Гипестезия нижних конечностей. Лицо пастозно. Шаткость в позе Ромберга. М-эхо: признаки внутричерепной гипертензии.

Психическое состояние: при поступлении в сознании, ориентирована. Беседует формально, на вопросы отвечает раздраженно. Напряжена, держится высокомерно, без чувства дистанции, несколько демонстративна. Требуется к себе повышенного внимания, особых условий в отделении. Фон настроения снижен, эмоционально лабильна. Говорит, что ей нравится быть худой, не собирается весить более 45 кг. Просит помочь в преодолении приступов перееданий с последующим вызыванием рвот. После проведения разъяснительной психотерапевтической беседы дала согласие на лечение, стала угодливой, стремилась вызвать к себе жалость. Но при неудовлетворении ее требований легко озлоблялась, скандалила, конфликтовала с другими пациентками, демонстративно избегала общения с некоторыми соседками по палате, жалобами и лестью пыталась настроить лечащего врача против них. В первое время ограничивала себя в еде из-за страхов переедания и прибавкой веса. Постепенно пищевое поведение нормализовалось, настроение выровнялось. Восстановление массы тела в процессе лечения сопровождалось вегетативными и сомато-эндокринными нарушениями: отмечались частые профузные ночные поты, тахикардия, пастозность лица, отеки конечностей, болезненные парестезии по всему телу, «скручивающие» боли в области суставов и мышц конечностей. Больная часто жаловалась на головные боли, головокружения, нарушения сна, боли и распирание в области пищевода и желудка после еды, мучительные запоры. За время лечения в стационаре прибавила в весе 11 кг. Дома соблюдала режим питания, прибавила в весе до 52 кг. На фоне лечения отмечалось улучшение состояния, была восстановлена нормальная масса тела, стала значительно мягче, спокойнее, нормализовалось настроение. Появилась достаточная критика к болезни. Постепенно были снижены дозы лекарственных препаратов вплоть до полной их отмены.

Лечение должно быть комплексным. На стадии кахексии на первом месте стоит общеукрепляющая терапия, частое дробное питание, налаживание деятельности желудочно-кишечного тракта. Одновременно с целью снятия страха перед едой назначаются небольшие дозы нейролептиков (этаперазин, аминазин). По выходе из кахексии важно удержать вес, преодолеть страх прибавки веса. На этом этапе также

используются транквилизаторы и небольшие дозы нейролептиков. Важное место в комплексном лечении занимает психотерапия, преимущественно рациональная. Необходимо применение также семейной психотерапии. Успех лечения в большой степени зависит от правильного поведения родственников больных, что требует от врача специальной работы с ними.

Г л а в а XVII

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ

Современный этап биологической терапии психических заболеваний характеризуется широким использованием (начиная с 1952 г.) психофармакологических средств, количество которых имеет постоянную тенденцию к расширению. Все психофармакологические средства делятся на следующие группы: нейролептики, транквилизаторы; антидепрессанты (психоаналептики); нормотимики; психостимуляторы; ноотропы; психодизлептики, противосудорожные, или антиконвульсанты.

Психотропные средства могут применяться только тогда, когда спектр их психотропной активности соответствует клинической картине заболевания. Наиболее широкий спектр психотропной активности имеют нейролептики. Они могут быть эффективны при различных психопатологических синдромах. При назначении того или иного нейролептического препарата учитывается как его общий психотропный эффект, так и избирательное действие в отношении психопатологической симптоматики.

НЕЙРОЛЕПТИКИ

(психолептики, антипсихотики)

Нейролептики – антипсихотические седативные препараты, в зависимости от химического строения выделяют:

- 1) фенотиазиновые с различными боковыми цепями:
 - а) алифатической (аминазин, левомепромазин, промазин),

- б) пиперидиновой (сонапакс, неупелтил, пипортил),
- в) пиперазиновой (трифтазин, этаперазин, фторфеназин, тиопроперазин);
- 2) бутирофеноны (галоперидол, триседил);
- 3) тиоксантены (хлорпротиксен – труксал, тиотиксен – наван, клопиксол, флюанксол);
- 4) клозапины (клозапин – лепонекс – азалептин);
- 5) бензамиды (эглонил, солиан, тиапридал);
- 6) карболины (карбидин);
- 7) дифенилбутилпиперидины (флушпирилен – ИМАП, пимозид – ОРАП);
- 8) производные раувольфии (резерпин);
- 9) атипичные нейролептики (зипрекса, рисполепт, сероквель, зелдокс, абилифай).

Существуют препараты пролонгированного действия (постепенное и равномерное поступление препаратов в кровь): галоперидол-деканоат – 1 раз в 1-2 нед., флуфеназин-деканоат – 1 инъекция в 2-3 нед. (модитен-депо, лиоген-депо), флушпирилен (ИМАП), пимозид (ОРАП) – 1 раз в сутки, меллерил-ретард, пенфлуридол, хлорфлуперидол, спироперидол, рисполепт-конста – 1 раз в 2 недели, клопиксол-акуфаз – 1 раз в 3 дня, клопиксол-депо – 1 раз в 10 дней.

Показанием к применению нейролептиков являются: психомоторное возбуждение, психическая напряженность, бред, галлюцинации и другая психопатологическая симптоматика.

Нейролептики отличаются не только степенью антипсихотического влияния, но и избирательностью (селективностью) действия. Учитывается также степень генерализации болезненного процесса и наличие продуктивных или негативных расстройств.

Доза препарата и длительность лечения определяются состоянием больного. Начинать лечение тем или иным препаратом нужно с самой маленькой дозы, постепенно наращивая ее до необходимой. Лечение нейролептиками предшест-

вует тщательное клиническое и лабораторное обследование больного (анализ мочи, крови, функциональные пробы печени, сахарная нагрузка и др.). Противопоказанием к применению препаратов являются хронические заболевания паренхиматозных органов с нарушением их функции, аллергические реакции, выраженная сердечно-сосудистая недостаточность.

При приеме нейролептиков различают сопутствующие побочные эффекты и осложнения. *Побочные явления* – неопасные кратковременные признаки, выражающиеся преимущественно различными неприятными ощущениями, которые проходят в процессе терапии самостоятельно либо при отмене препарата или назначении корректора. *Осложнения* – явления, угрожающие здоровью, а иногда и жизни. Осложнения связаны с химическим составом препарата, дозировками, фармакокинетикой, индивидуальными особенностями (наследственность, пол, возраст и др.), состоянием организма в момент терапии (заболевания, авитаминоз, эндокринопатии и др.).

В зависимости от особенностей спектра фармакологической активности препарата возможно общетоксическое побочное действие (неврологические, психические, соматовегетативные расстройства); нарушения в результате местного раздражения – инфильтраты, диспепсии; осложнения, непосредственно не связанные с фармакологическим действием препарата, а обусловленные различными косвенными механизмами (гипостатическая пневмония, тромбоэмболия); аллергические реакции (дерматиты, гепатиты); психические и неврологические нарушения, связанные с изменением иммунной реактивности или наличием повышенной чувствительности мозговых структур к отдельным психотропным средствам.

Выделяют ранние побочные действия и осложнения – в первые дни начала приема препарата, поздние – в процессе терапии и отдаленные – по окончании терапии, а также предсказуемые – часто развивающиеся и непредсказуемые. По-

бочные эффекты отмечаются, как правило, при использовании средних и высоких доз нейролептиков.

Уже в первые дни лечения наблюдается изменение эмоциональности, появляются вялость, сонливость, повышенная утомляемость. Однако вскоре эти явления исчезают. Наиболее типичным осложнением лечения нейролептиками является нейролептический синдром, который включает в себя, как уже было сказано, психические и неврологические, а также соматовегетативные расстройства.

Из неврологических признаков нейролептического синдрома наиболее часто встречаются явления паркинсонизма в различной степени выраженности (от едва уловимого гипокинеза до полной неподвижности), акатизии (внутреннее беспокойство, неусидчивость), тасикинезии (непреодолимая потребность двигаться). Больные скованны, заторможены, походка мелкая, шаркающая, тонус мускулатуры повышен. Отмечается тремор рук, обильное слюнотечение, амимия. Речь становится монотонной. Могут возникать различные гиперкинезы, тонические судороги мышц глазных яблок, языка, шеи, лица, круговой мышцы рта (оральный синдром Кулленкампа – Гарнова). Двигательные нарушения могут сопровождаться вегетативными реакциями: потливостью, сердцебиением, побледнением или покраснением кожных покровов. При первых же проявлениях паркинсонического синдрома следует применять корректоры (циклодол – трифенидил – паркопан – ромпаркин, акинетон, РК-Merz (ПК-Мерц), тремблекс и др.).

К побочным явлениям относятся сосудистая гипотония, склонность к коллапсам. В этих случаях следует назначать больному для профилактики кордиамин, а в случае коллапса – кофеин. Особо следует обратить внимание на возникновение ортостатических коллапсов – обморочных состояний при резком изменении положения. После приема нейролептиков во избежание ортостатических коллапсов больные должны в течение 1,5-2 ч находиться в постели. Лекарства

следует принимать после еды и запивать молоком или обволакивающей жидкостью, так как нейролептики раздражающе действуют на слизистую пищеварительного тракта. Нейролептики вызывают сухость слизистой оболочки полости рта.

В результате применения нейролептиков у больных могут возникать кожные реакции: зуд, эритема, экзема. Эти явления носят аллергический характер. При выраженных аллергических состояниях следует применять десенсибилизаторы и отменить препарат с последующей заменой.

В редких случаях могут развиваться изменения и со стороны крови чаще – агранулоцитоз.

Длительное применение нейролептиков обычно сопровождается увеличением массы тела, что связано с эндокринными сдвигами. Могут также иметь место отеки, преходящие (обратимые) нарушения зрения и другие расстройства. Одним из серьезных осложнений, требующих немедленной отмены препарата, является токсический гепатит с желтухой.

При длительном применении аминазина в больших дозах может развиваться депрессия, апатическое состояние («психоаффективная индифферентность»). В этих случаях необходимо отменить препарат.

Наиболее опасным осложнением лечения нейролептиками является злокачественный нейролептический синдром (ЗНС), который представляет собой остро протекающую интоксикацию обычными дозами нейролептиков в связи с быстро возникающей их непереносимостью. Клиническая картина ЗНС характеризуется гипертермией, нарастающими нарушениями сознания, повышением мышечного тонуса, дискинезиями, выраженными вегетативными нарушениями, изменением сосудистого тонуса (подъем или снижение артериального давления), тахикардией, глазодвигательными расстройствами, угнетением глотания, нарушением дыхания. Неотложная помощь при ЗНС начинается с немедленной отмены нейролептиков, назначения ноотропных препаратов с целью нормализации центральной регуляции и ограничения

повреждающего действия гипоксии на мозг, а также назначения глюкозы; кроме того, проводятся лечебные мероприятия, направленные на улучшение функции дыхания, гемодинамики, водного баланса и других показателей.

При лечении нейролептиками в условиях их одновременной отмены развивается так называемый «синдром отмены», сопровождающийся вегетативными, неврологическими и психическими нарушениями с возможностью развития делириозных состояний, появлением болей в суставах и мышцах, тошноты, рвоты, неустойчивого стула, тремора и понижения мышечного тонуса. Это свидетельствует о необходимости постепенного снижения дозы нейролептиков при их отмене.

Краткая характеристика отдельных нейролептиков

Производные фенотиазина

Алифатические производные фенотиазинового ряда

- Хлорпромазин – *Chlorpromazine** (аминазин, ларгактил) – выпускают в ампулах 2,5% – 2 мл (25 мг вещества в 1 мл), в драже по 25, 50, 100 мг, ларгактил выпускают в свечах, каплях, в виде суспензии. Средняя суточная доза – 300 мг. Препарат, вводимый в инъекциях, примерно в два с лишним раза действеннее препарата, принимаемого внутрь. Это необходимо учитывать при переводе больного с инъекционного введения на прием внутрь. Аминазин обладает большой антипсихотической активностью и показан при выраженном психомоторном возбуждении, аффективной напряженности, тревоге, страхе, галлюцинаторно-бредовой симптоматике.

* В данном издании при описании лекарственных препаратов используется наиболее широко распространенное международное запатентованное название на английском языке.

- Промазин – *Promazine* (пропазин) – выпускается по 25 мг в таблетках. Был синтезирован сразу же после аминазина, имеет более мягкое антипсихотическое действие, средняя суточная доза – 500 мг.

- Левомепромазин – *Levomepromazine* (тизерцин, нозинан) – выпускается в ампулах (25 мг вещества в 1 мл) и в драже по 25 мг. Имеет довольно широкий спектр действия – обладает сильным антипсихотическим действием, легким антидепрессивным, даже в небольших дозах оказывает снотворный эффект (6,5-12,5 мг). Средняя суточная доза – 100-150 мг.

- Алимемазин – *Alimemazine* (терален, метилпромазин) – выпускается в таблетках по 5 мг, в растворе для детей. Обладает седативным и легким активизирующим действием. Показан при неразвернутых бредовых, астеноипохондрических, депрессивно-ипохондрических состояниях, используется у детей при навязчивых страхах. Применяется в дозах 10-25 мг, средняя суточная доза – до 200 мг и более.

Пиперидиновые производные фенотиазинового ряда

- Тиоридазин – *Thioridazine* (сонапакс, меллерил) – выпускается в таблетках по 10, 25 мг. Обнаруживает сочетание легкого нейролептического и психоаналептического эффекта. Показан при тревоге, страхах, ипохондрических расстройствах, навязчивостях. Применяется в дозе от 10-30 мг до 300 мг в сутки.

- Меллерил-ретард и сонапакс-ретард – препараты пролонгированного действия по 200 мг в таблетках.

- Перициазин – *Periciazine* (неулептил) – выпускается в капсулах по 10 мг и в каплях по 1 мг в капле. *Корректор поведения*, показан при психопатических и психопатоподобных состояниях. Применяется в дозировке от 3-10 мг (при пограничных состояниях) до 30-40 мг/сут.

- Пипотиазин – *Pipotiazine* (пипортил) – ампулы по 10 мг, драже по 10 мг, капли 4%. Форма с пролонгированным

действием пипортил-ретард в 1 мл содержит 25 мг вещества. Имеет антипсихотическое действие; снимает психомоторное возбуждение.

Пиперазиновые производные фенотиазинового ряда

- Трифлуоперазин – *Trifluoperazine* (трифтазин – *Trif-tazine*, стелазин, терфлюзин) – выпускается в ампулах, драже по 1, 5 и 10 мг. Обладает антипсихотическим и легким активирующим действием. Широко используется для лечения бредовых и галлюцинаторно-бредовых состояний. Экстрапирамидные побочные явления вызываются часто и достаточно выражены. Средняя суточная доза – 30-40 мг в сутки.

- Фторфеназин – *Phthorphenazine* (модитен, флюфеназин, лиоген, миренил, проликсен) – выпускается в таблетках по 1-4 мг, а также в виде раствора, содержащего 5 мг в 1 мл. Интерес к этому препарату возрос в связи с появлением препаратов пролонгированного действия – модитена-депо, флюфеназина-энантана и флюфеназина-деканоата. После однократной инъекции, начиная с 0,5 до 1 мл 0,25% раствора, высокая концентрация вещества в организме сохраняется в течение 2-3 нед., что дает особые преимущества при проведении внебольничной, так называемой поддерживающей терапии.

- Тиопроперазин – *Thiopropazine* (мажептил) – выпускается в ампулах, драже по 1 или 10 мг. Обладает большой антипсихотической активностью, показан при *кататоно-гебефренной симптоматике*. Применяется в дозе от 1-5 мг в сутки в среднем до 60-80 мг в сутки. Препарат может вызвать тяжелый нейролептический синдром, гиперкинезы.

- Перфеназин – *Perphenazine* (этаперазин, трилафон) – выпускается в таблетках, покрытых оболочкой, по 4, 6 и 10 мг. Показан при психотических синдромах с заторможенностью и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Применяется в дозе от 5-10 мг в сутки, в среднем до 50-60 мг в сутки, высшая суточная доза – до 100 мг.

Производные бутирофенона

- Галоперидол – *Haloperidol* (синорм, серенсе) – ампулы – 5 мг в 1 мл, капли – 0,1 мг в 1 капле, драже по 0,5, 1,5, 3 и 5 мг. Был первым представителем этого химического класса. Сходен по свойствам антипсихотической активности с трифтазином по силе общего и направленного действия. Избирательное антипсихотическое влияние направлено на галлюцинации и бред. Препарат, так же как и пиперазиновые фенотиазины, способен быстро обрывать психоз. Галоперидол может вызывать выраженный нейролептический синдром. Начальная доза – 1,5 мг. Суточная доза – до 12-17 мг.

- Трифлуперидол – *Trifluoperidol* (триседил, триперидол, трисел) – таблетки по 0,5 мг. Обладает антипсихотическим действием, избирательно действует на бред и галлюцинации. Показания к применению те же, что и у галоперидола. Суточная доза – 2-6 мг.

Тиоксантеновые производные

- Хлорпротиксен – *Chlorprothixene* (труксал) – таблетки по 15, 25 и 50 мг. По психотропным свойствам сходен с левомепромазином, обладает выраженным седативным действием. Показан при психомоторном возбуждении, тревожных и тревожно-депрессивных состояниях. Средняя суточная доза – 100-200 мг.

- Зуклопентиксол – *Zuclopenthixol* (клопиксол) – таблетки по 2, 10, 25 мг. Суточная доза – 10-50 мг. Внутримышечно 50-150 мг. Существуют пролонгированные формы клопиксол-акуфаз (зуклопентиксол ацетат) и клопиксол-депо. Препарат эффективен при бредовых и галлюцинаторных расстройствах, психомоторном возбуждении, при выраженных обсессивно-фобических расстройствах.

- Флупентиксол – *Flupentixol* (флюанксол) – таблетки по 0,5, 1 и 5 мг. Обладает активирующим, анксиолитическим и антидепрессивным действием. В дозе менее 3 мг применяется для лечения депрессий легкой и средней степени с тревогой, астенией и отсутствием инициативы, при психосоматических заболеваниях. В дозе 3 мг и более назначается для лечения психозов с преобладанием галлюцинаций, бреда, апатией. Средняя суточная доза – 3-15 мг, может назначаться 1 раз в день. Максимальная суточная доза – 40 мг.

Производные клозапина (дибензодиазепина)

- Клозапин – *Clozapine* (азалептин, лепонекс) – таблетки по 25 и 100 мг. Нейролептик седативного действия, имеет широкий спектр действия, по структуре близок к *атипичным нейролептикам нового поколения*. Показан при различных видах психомоторного возбуждения, галлюцинаторно-бредовых состояниях, нейролептический синдром обычно не выражен. Суточная доза – от 25 до 200 мг. Применяется при резистентных состояниях. Высок риск агранулоцитоза, поэтому при его применении необходимо регулярно контролировать показатели крови.

Производные других химических групп

Производные бензамидов

- Сульпирид – *Sulpiride* (догматил, эглонил) – таблетки по 200 мг, капсулы по 50 мг, ампулы по 2 мл – 100 мг. Сульпирид лишь с оговоркой можно отнести к нейролептическим препаратам. Сочетает свойства легких нейролептиков и тимоаналептиков, применяется при состояниях с вялостью, заторможенностью, ипохондрическими расстройствами. Средняя суточная доза – 200–300 мг.

- Тиаприд – *Tiapride* (тиапридал, топрал) – выпускается в таблетках по 100 мг, а также в ампулах по 2 мл – 100 мг.

Показал хорошие результаты при лечении абстинентных синдромов, поскольку хорошо купирует вегетативные и болевые синдромы, а также психопатоподобное поведение.

- Амисульприд – *Amisulpride* (солиан) – таблетки по 100, 200 и 400 мг. Применяется при лечении психозов и неврозов. Средняя суточная доза – 800 мг. По некоторым классификациям препарат относят к атипичским нейролептикам.

Дифенилбутилпиперидины

- ОРАП (оральный антипсихотик; пимозид) – таблетки по 1 и 4 мг. Обладает длительным равномерным действием в виде антипсихотической активности со стимулирующими свойствами. Назначается один раз в сутки утром, суточная доза – 2 мг.

- ИМАП (интрамаскулярный антипсихотик, флушпирилен) – ампулы по 2 мл – 4 мг в 1 амп. (2 мг/мл). По спектру психофармакологического действия сходен с галоперидолом. Показан при полиморфной субпсихотической симптоматике, используется для лечения шизофрении. Относится к препаратам с пролонгированным действием. Вводится в инъекциях 1 раз в неделю в дозе 1-3 мг.

Атипичные нейролептики

Все вышеперечисленные препараты (первого поколения) вызывали развитие побочных экстрапирамидных симптомов, из-за выраженного антагонизма к D₂ дофаминовым рецепторам. Их называют типичными нейролептиками. В последние годы появилась новая группа препаратов – антипсихотиков, которые в меньшей степени вызывают экстрапирамидные расстройства, в целом имеют более благоприятный профиль побочных симптомов. Большинство этих так называемых атипичных нейролептиков имеет высокое сродство к серотониновым рецепторам 5-HT_{2A}, чем и определяется меньшая частота экстрапирамидных симптомов при их применении. Считается, что эти препараты эффективны

в отношении негативной симптоматики при шизофрении. К этой группе относятся зипрекса, рисполепт, сероквель, зелдокс, абилифай, и др.

- Оланзапин – *Olanzapine* (зипрекса) – таблетки по 2,5; 5; 7,5; 10 мг, инъекции – 10 мг в 1 мл. Обладает выраженным анксиолитическим и антипсихотическим действием, сравнимым с галоперидолом. Препарат хорошо зарекомендовал себя в связи с положительным действием на аффективные (как маниакальные, так и депрессивные) нарушения. Основным побочным свойством препарата является прибавка в весе, он способен индуцировать метаболические нарушения, приводящие к возникновению ожирения.

- Рисперидон – *Risperidone* (рисполепт, рисполюкс, ритансерин) – таблетки по 1; 2; 3; 4 мг; инъекции – 1 мг в 1 мл. Также выпускается в каплях и лингвальных таблетках по 2 мг. Имеется пролонгированная форма – рисполепт-конста (в/м, 1 раз в 2 нед.). Имеет выраженное антипсихотическое действие, аналогичное таковому галоперидола. Наиболее эффективен при психотическом возбуждении за счёт присутствующего ему седативного эффекта. Не обладает антагонизмом к холинорецепторам. Из атипичных антипсихотиков в наибольшей мере способен вызывать нейролептическую депрессию. В большей мере, чем классические антипсихотики, повышает пролактин, чаще других препаратов этого класса вызывает экстрапирамидную симптоматику и поздние дискинезии.

- Палиперидон – *Paliperidone* (инвега, ксеплион) – атипичный антипсихотический препарат. Таблетки пролонгированного действия по 3, 6, 9 и 12 мг для приема 1 раз в сутки. Является активным метаболитом рисперидона. Отсутствие печеночного метаболизма сводит к минимуму риск нежелательных лекарственных взаимодействий с препаратами, метаболизирующимися в печени. Обладает более выраженным, по сравнению с рисперидоном, седативным потенциалом. Ксеплион (пролонг) выпускают в инъекциях 75 и 100 мг.

- Сертиндол – *Sertindole* (сердолект) – таблетки по 4, 12, 16 и 20 мг. Принимают внутрь 1 раз/сут. Препарату свойственна умеренная антипсихотическая активность, низкий риск развития экстрапирамидных расстройств, гиперпролактинемии и антихолинергических эффектов. Сертиндол может вызывать серьезные сердечно-сосудистые осложнения, в связи с чем при терапии этим препаратом необходим регулярный контроль ЭКГ. Для сертиндола характерно отсутствие седативного эффекта, что ограничивает его применение при лечении острых состояний с психомоторным возбуждением, но становится преимуществом при применении его в длительной терапии.

- Кветиапин – *Quetiapine* (сероквель) – таблетки по 25; 100; 200 мг. Кветиапин принимается 2 раза в день. Имеется пролонгированная форма (сероквель пролонг), предназначенная для приема 1 раз в сутки в дозе, эквивалентной суточной дозе препарата. Обладает выраженным антипсихотическим и анксиолитическим эффектом. Практически не вызывает экстрапирамидных и антихолинергических побочных эффектов. Самыми частыми нежелательными реакциями являются седация, головокружение, сонливость, ортостатическая гипотензия, диспепсия. Помимо высокой эффективности при шизофрении также хорошо зарекомендовал себя как нормотимик.

- Зипрасидон – *Ziprasidone* (зелдокс) – капсулы по 40, 60, 80 мг. Лиофильный порошок 30 мг для приготовления раствора для внутримышечных инъекций. Имеет хорошую переносимость, вызывает удлинение QT на ЭКГ (осторожно применять при ИБС), редко вызывает экстрапирамидную симптоматику, повышение массы тела и метаболические нарушения. Также показал свою эффективность как нормотимик, однако у пациентов, страдающих депрессией, его прием может вызывать инверсию аффекта (развитие мании или гипомании).

- Арипипразол – *Aripiprazole* (абилифай) – таблетки по 10, 15, 20 и 30 мг. Средняя доза – 10-30 мг/сут. в 1 прием. Арипипразол действует как функциональный антагонист в условиях дофаминергической гиперактивности и как функциональный агонист при дофаминергической гипоактивности. Для него характерен минимальный риск экстрапирамидных побочных эффектов, гиперпролактинемии, отсутствие риска удлинения интервала QT, минимальный риск повышения веса и седации.

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ

Транквилизаторы оказывают седативное, успокаивающее действие, уменьшают страх, напряжение, тревогу (анксиолитики). Это производные пропандиола (мепробамат), триметоксibenзойной кислоты (триоксазин), дифенилметана (амизил), бензодиазепинового ряда (хлордиазепоксид, диазепам, нитразепам, оксазепам, лоразепам, феназепам, ксанакс), небензодиазепинового ряда (афобазол, атаракс, стрезам).

Широкий спектр действия транквилизаторов касается преимущественно разнообразных симптомов пограничных психических расстройств. Препараты нормализуют психическое состояние, уменьшают вегетативные расстройства. Отсутствие выраженных побочных явлений, эффективность при психопатологической симптоматике пограничного круга расстройств привели к широкому использованию транквилизаторов не только психиатрами, но и в общесоматической практике.

Краткая характеристика транквилизаторов

Бензодиазепиновые транквилизаторы

Транквилизаторы из группы бензодиазепинов следует применять по возможности кратковременно, т.к. при дли-

тельном применении, особенно в высоких дозах, имеется опасность формирования лекарственной зависимости. Физическая зависимость наступает редко, однако при чрезмерном превышении дозы наблюдалось развитие толерантности и психической зависимости. Для предотвращения развития абстинентного синдрома препараты этой группы следует отменять постепенно. При лечении бензодиазепинами установлено наличие торможения способности к обучению, процессов запоминания.

- Мезапам – *Medazepam* (медазепам) – оказывает анксиолитическое, миорелаксирующее и противоэпилептическое действие, обладает незначительно выраженным тимолептическим эффектом. Седативное и снотворное действие выражено в меньшей степени, чем у типичных бензодиазепиновых транквилизаторов, поэтому медазепам относят к группе так называемых «дневных» транквилизаторов. Показания: неврозы, психопатия с тревогой, возбуждение, нервное напряжение, раздражительность, нейроциркуляторная дистония, мигрень (профилактика приступов), климактерический синдром, хронический алкоголизм (абстинентный синдром). «Школьные» неврозы, психическая лабильность и чрезмерная возбудимость у детей. Выпускается в таблетках по 10 мг. Средняя суточная доза – 30 мг.

- Грандаксин – *Grandaxin* (тофизопам) – анксиолитическое средство (транквилизатор) из группы производных бензодиазепина. Наряду с выраженным анксиолитическим действием другие эффекты, характерные для бензодиазепиновых транквилизаторов – седативный, снотворный, мышечно-расслабляющий, противосудорожный – проявляются относительно слабо. В связи с этим *тофизопам* относят к «дневным» транквилизаторам. Показания. Неврозы, психопатии, другие состояния, сопровождающиеся чувством эмоционального напряжения, беспокойством, тревогой, страхом; реактивная депрессия с умеренно выраженными психопатическими симптомами; климактерический синдром; синдром

алкогольной абстиненции, делирий. Средняя терапевтическая доза для приема внутрь при лечении невротических расстройств – по 50 мг 3 раза/сут. Форма выпуска таблетки по 50 мг.

- Клоназепам – *Clonazepam* – 1 таблетка содержит клоназепама 0,5 или 2 мг. Показания: эпилепсия у детей и взрослых (акинетическая, миоклоническая, генерализованные субмаксимальные, височные и фокальные припадки); синдромы пароксизмального страха, фобии (у пациентов старше 18 лет); маниакальная фаза циклотимии, психомоторное возбуждение при реактивных психозах.

- Хлордiazепоксид – *Chlordiazepoxide* (элениум, либриум) – драже по 5 и 10 мг, средняя суточная доза – 30-100 мг. Обладает выраженным успокаивающим действием, применяется при различной невротической и неврозоподобной симптоматике, регулирует режим сна, показан при вегетативных нарушениях.

- Оксазепам – *Oxazepam* (нозепам – *Nozepam*, тазепам) – таблетки по 0,01 г. Показан при невротических расстройствах с повышенной возбудимостью. Назначается по 0,01 г 2-3 раза в сутки, суточная доза – 30-90 мг.

- Нитразепам – *Nitrazepam* (радедорм, зуноктин) – таблетки по 0,005 г. Используется в качестве снотворного (за 40 мин до сна по 5-10 мг).

- Феназепам – *Phenazepam* (фезипам) – таблетки по 0,25-0,5-1 мг, раствор для в/м инъекций в ампулах по 2 мл – 10 мг. Отечественный препарат, по силе транквилизирующего действия значительно превосходящий остальные транквилизаторы. Антисудорожная и вегетостабилизирующая активность препарата также хорошо представлена. Средняя суточная доза – 3-5 мг.

- Алпразолам – *Alprazolam* (алзолам, ксанакс, неврол, кассадан) – таблетки по 0,25, 0,5 и 1 мг.

- Диазепам – *Diazepam* (релиум, седуксен, сибазон, валиум, реланиум, апаурин) – таблетки по 5 мг, 0,5% раствор

для инъекций в ампулах по 2 мл – 10 мг. Относится к числу наиболее распространенных психотропных средств, сочетает тормозные, стимулирующие и успокаивающие свойства, обладает противосудорожной активностью. Показан при состояниях тревоги, страха, напряженности, ипохондрических и навязчивых переживаниях. При внутримышечном или внутривенном введении обладает антипсихотическим действием, снимает психомоторное возбуждение. Отсутствие тяжелых побочных явлений определяет его преимущество перед нейролептиками в случаях тяжелого соматического состояния. Средняя суточная доза – 10-15 мг.

- Медазепам – *Medazepam* (рудотель, нобриум) – таблетки по 10 мг. Транквилизатор преимущественно дневного действия. Средняя суточная доза – 40-50 мг.

- Лоразепам – *Lorazepam* (ативан, тавор) – таблетки по 2,5 мг. Суточная доза – до 15 мг.

Небензодиазепиновые транквилизаторы

(не вызывают зависимость)

- Мепробамат – *Meprobamate* (мепротан, андаксин) – таблетки по 0,2 г. Обладает отчетливым успокаивающим действием. Средняя суточная доза – 3 г.

- Мебикар – *Mebicar* – таблетки по 0,3 – 0,5 г. Показан при невротических состояниях с тревожно-депрессивным компонентом. Максимальная разовая доза – 3 г, суточная – 10 г.

- Гидроксизин – *Hydroxyzine* (атаракс) – таблетки содержат гидроксизина гидрохлорида 25 мг, ампулы для в/м инъекций 2,0 мл – 100 мг. Применяется у взрослых для купирования тревоги, психомоторного возбуждения, чувства внутреннего напряжения, повышенной раздражительности при неврологических, психических (генерализованная тревога и расстройство адаптации) и соматических заболеваниях, а также при хроническом алкоголизме, алкогольном абсти-

нентном синдроме, сопровождающемся симптомами психомоторного возбуждения; в качестве седативного средства при премедикации; симптоматической терапии зуда.

- Афобазол – *Afobazol* – таблетки по 10 мг. Селективный анксиолитик небензодиазепинового ряда, улучшает память, концентрацию внимания. Средняя суточная доза – 20-30 мг.

- Стрезам – *Etifoxine* (этифоксин) – выпускается в капсулах по 50 мг. Обладает анксиолитической активностью, в меньшей степени оказывает седативное действие. Не вызывает привыкания и синдрома отмены. Применяется для устранения тревоги, страха, внутреннего напряжения, повышенной раздражительности, снижения настроения, в том числе на фоне соматических заболеваний, особенно кардиоваскулярной природы.

В зависимости от состояния больного назначается по одной капсуле три раза в день, или по две капсулы два раза в день (150-200 мг/сут). Продолжительность лечения – от нескольких дней до 4-6 нед. Побочные действия: незначительная сонливость, появляющаяся в первые дни приема и обычно исчезающая самостоятельно в процессе лечения; редко возможны аллергические реакции.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ (тимоаналептики, психоаналептики)

Антидепрессанты – препараты, нормализующие патологически сниженное настроение. *По воздействию на психическую активность* различают антидепрессанты с седативным, стимулирующим и сбалансированным действием (в зависимости от дозы могут активировать или затормаживать).

Антидепрессанты также разделяются *по химическому строению*:

- моноциклические – флуоксетин (прозак), флувоксамин (феварин) и др.;

- бициклические – пароксетин (паксил), сертралин (золофт) и др.;
- трициклические – имипрамин (мелипрамин), амитриптилин, азафен, кломипрамин (анафранил), пароксетин (коаксил) и др.;
- тетрациклические – мапротилин (лудиомил), миансерин, леривон, ремирон и др.

Антидепрессанты классифицируются и *по преимущественным биохимическим механизмам действия*:

- ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) – необратимые (нуредаль) и обратимые (аурорикс, пиразидол);
- селективные ингибиторы обратного захвата (реаптейка) серотонина (СИОЗС) – наиболее популярные в последние годы (ципрамил, золофт, феварин, прозак, паксил и др.);
- новая группа высокоэффективных антидепрессантов двойного действия, ингибирует обратный захват серотонина и норадреналина (велаксин, симбалта);
- селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина – относятся к препаратам последнего поколения (томоксетин), однако не получили широкого распространения.

Основными показаниями к применению антидепрессантов являются следующие состояния: депрессивный синдром с подавленностью и заторможенностью; при витальной тоске и тоскливом настроении. Если депрессия сопровождается ажитацией, рекомендуется комбинация антидепрессантов с нейролептиками. На депрессию, обусловленную грубым органическим процессом, антидепрессанты не оказывают влияния.

Лечение антидепрессантами депрессии шизофренического происхождения должно проводиться с учетом возможности проявления или усиления галлюцинаторно-параноидной симптоматики и инверсии аффекта (т.е. внезапная смена настроения с депрессивного на повышенное). В настоящее время биополярные эффективные расстройства рекомендуется лечить нормотимиками (конвулекс).

Трициклические антидепрессанты могут повышать артериальное давление (поэтому они противопоказаны при выраженной гипертонии), а также вызывать временную задержку мочи. Прием антидепрессантов, не обладающих седативным действием, следует назначать на утренние и дневные часы, так как они вызывают бессонницу.

Краткая характеристика антидепрессантов

Антидепрессанты с преимущественно седативным и анксиолитическим действием

- Амитриптилин – *Amitriptyline* (триптизол, дамилен, амизол, элавил) – драже по 10, 25 мг. Обладает тимоаналептическим эффектом с тормозным компонентом. Общее антипсихотическое действие выражено сильно, обладает седативным действием, что обуславливает эффективность его при тревожных депрессиях. Средняя суточная доза – 150-200 мг.

- Азафен – *Azaphene* – таблетки по 25 мг. Отечественный препарат с тимоаналептическим и успокаивающим действием, антидепрессивное свойство несколько слабее, чем у других антидепрессантов. Препарат обладает транквилизирующим, успокаивающим, анксиолитическим действием, показан при депрессивных состояниях с астенической и невротической симптоматикой. Назначается внутрь, начиная с 25 мг, средняя суточная доза – 150-200 мг.

- Пароксетин – *Paroxetine* (паксил) – таблетки по 20 мг. Эффективный анксиолитик. В зависимости от дозы может иметь активирующий эффект.

- Сертралин – *Sertraline* (золофт) – таблетки по 10, 20 и 50 мг. СИОЗС с выраженным антидепрессивным, но слабым противотревожным эффектом. Относится к группе седативных антидепрессантов. Назначают по 50–200 мг 1 раз в сут.

- Лудиомил – *Ludiomil* – таблетки по 25 мг. Антидепрессант, обладающий высокой тимоаналептической активностью и балансирующим влиянием на различные виды депрессий.

- Миансерин – *Mianserin* (леривон, миансан) – таблетки по 30 мг. Антидепрессант с седативным и противотревожным действием. Широко применяется в наркологии для снятия тяги к алкоголю, нормализации сна и настроения, а также при депрессиях средней тяжести.

- Тримипрамин – *Trimipramine* (герфонал – *Herphonal*, сюрмонтил) – драже по 25 мг. Трициклический антидепрессант с легким седативным действием. Применяется чаще амбулаторно. Среднесуточная доза – до 150 мг. Несовместим с алкоголем.

- Миртазапин – *Mirtazapine* (ремерон) – таблетки по 15 и 30 мг. Показан при тревожных депрессиях различного генеза. Не актуализирует суицидальные мысли. Хорошо переносится, поэтому назначается пожилым больным. Суточная доза – 15-45 мг.

Антидепрессанты с преимущественно активирующим действием

- Циталопрам – *Citalopram* (ципрамил, ципралекс) – таблетки по 20 и 40 мг. Применяется при выраженных депрессиях.

- Флуоксетин – *Fluoxetine* (профлюзак, продеп, прозак) – капсулы по 20 мг. СИОЗС с выраженными активирующими и антидепрессивными свойствами. Применяют при депрессиях с идеомоторной заторможенностью, апатией, при соматовегетативных эквивалентах депрессий, при нервной булимии. Максимальная суточная доза – 80-100 мг.

- Флувоксамин – *Fluvoxamine* (феварин) – таблетки по 50 и 100 мг. Антидепрессант из группы СИОЗС. Назначают при депрессиях с вялостью, апатией по 100-150 мг в сут.

- Имизин – *Imizine* (имипрамин, мелипрамин, тофранил) – драже по 25 мг. Препарат с отчетливым антипсихотическим действием, с выраженным стимулирующим эффектом. Показан при депрессиях с заторможенностью, однако может усиливать тревожную депрессию, депрессию с бредом при шизофрении, активизировать бредовую симптоматику. Выпускается также в ампулах. Средняя суточная доза – до 200 мг.

- Кломипрамин – *Clomipramine* (клофранил, анафранил, гидифен) – ампулы и драже по 25 мг. Сильный антидепрессант со сбалансированным действием. Эффективен при навязчивостях.

Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО)

Ипрониазид и его ближайшие аналоги (изокарбоксазид, фенелзин (пардил), транилципромин и другие препараты первого поколения) оказались эффективными антидепрессантами, но при использовании этих препаратов отмечались серьезные побочные явления: так называемый «сырный» (тираминовый) синдром и общая высокая токсичность, а также несовместимость с большинством лекарственных препаратов и продуктов питания. В связи с этим почти все ингибиторы МАО первого поколения были исключены из номенклатуры лекарственных средств. Ограниченное применение имеет в наши дни лишь ниаламид – *Nialamide* (нуредаль).

Крупным достижением последнего десятилетия является создание нового поколения антидепрессантов ИМАО, оказывающих избирательное и обратимое действие на активность моноаминоксидазы. Препараты этой группы отличаются высокой эффективностью, широким спектром действия и хорошей переносимостью.

- Моклобемид – *Moclobemide* (аурорикс) – таблетки по 100 и 150 мг. Обратимый ингибитор МАО. Имеет активирующее и стимулирующее действие. Применяется при де-

прессивных состояниях различной этиологии с преобладанием вялости, заторможенности. Средняя суточная доза – 100-150 мг.

- Пиразидол – *Pyrazidol* – таблетки по 25 и 50 мг. Отечественный препарат сбалансированного действия. Применяют при неглубоких депрессиях с заторможенностью, у пожилых и соматически ослабленных пациентов. Средняя суточная доза – 150-200 мг.

- Бефол – *Befol* – таблетки по 10 и 25 мг; 0,25 % раствор в ампулах по 2 мл. Назначают внутрь (после еды), внутривенно (капельно или струйно) или внутримышечно. Внутрь принимают 2 раза в день по 30-50 мг. Суточная доза – до 400 мг.

- Инказан – *Incazane* – таблетки по 25 и 50 мг; 1,25% раствор в ампулах по 2 мл (25 мг) и 1,25 % раствор в ампулах по 10 мл (125 мг). Применяют внутрь и парентерально-внутривенно (капельно и струйно) или внутримышечно, начиная с 25-50 мг 2 раза в сутки (утром и днем) и постепенно повышая дозу в течение нескольких дней до 250-300 мг в сутки.

- Тразодон – *Trazodone* (прагмазин, тразолан, триттико) – капсулы, содержащие по 25; 50 или 100 мг препарата; 1% раствор в ампулах по 5 мл (50 мг в ампуле). По фармакологическим свойствам и нейрхимическому действию несколько отличается от других антидепрессантов данной группы – оказывает антидепрессивное действие, сочетающееся с анксиолитическим и *транквилизирующим* снотворным эффектом, что позволяет назначать препарат пациентам с тревогой, напряженностью. Начальная доза при приеме внутрь составляет 50 мг 3 раза в день, затем в зависимости от вида и тяжести депрессии до 300-500 мг в день. Терапевтический эффект обычно наблюдается через 3-7 дней от начала лечения. При применении в качестве анксиолитического средства (при невротических и соматических депрессиях) назначают по 25 мг 3 раза в день. Внутривенно и внутримы-

шечно вводят в дозе 50 мг в качестве анксиолитического средства для премедикации.

ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ

Психостимуляторы – препараты, обладающие тонизирующим действием. К ним относятся: амфетамин (фенамин), метамфетамин (первитин), центедрин, люцидрин и др. В настоящее время большинство из них отнесены к наркотическим веществам. За рубежом препараты этой группы используются у детей с нарушениями поведения и внимания. В нашей стране применялись при астенических состояниях, у эндогенных больных с апатико-абулическими расстройствами при апатии, адинамии, вызванных депрессией (мезокарб – сиднокарб).

НООТРОПЫ

Ноотропы – группа препаратов, стимулирующих метаболизм нервных клеток.

В клинической практике широко используется аминалон (гаммалон), пирацетам (ноотропил), пиридитол (энцефабол), пантогам, луцетам (антиастеническое действие), ноопепт, семакс, когитум, карнитин. Ноотропным эффектом обладают фенибут, церебролизин, глиатилин, мексидол, нейромидин и комбинированный препарат инстенон, средства растительного происхождения: танакан, билобил. Все эти препараты являются достижением психофармакологии. Они показаны при астенических состояниях различного генеза, снижении общей активности, нарушениях памяти при сосудистых, травматических, инфекционных поражениях головного мозга, атеросклерозе сосудов головного мозга, постинсультных состояниях. Кроме того, препараты обладают легким психоаналептическим, активирующим действием, показаны для предупреждения или купирования нейролептические

ского синдрома, возникающего при лечении нейролептиками, а также повышают устойчивость мозга к различным неблагоприятным факторам (в частности к гипоксии).

Краткая характеристика ноотропов

- Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) – *Gamma-aminobutyric acid* (аминалон – *Aminalone*, гаммалон) – таблетки по 0,25 г. Оказывает положительное воздействие на энергетические процессы в тканях головного мозга. Суточная доза – 0,5-1,5 г.

- Пиритинол – *Pyritinol* – таблетки по 100 мг. Отечественный аналог энцефабола, синтезированного на основе витамина В₆. Назначается курсами по 1-3 мес., средняя суточная доза – 0,3-0,4 г.

- Пирацетам – *Pyracetam* (ноотропил) – выпускается в капсулах и таблетках по 0,4 г. Циклическое производное гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Применяется внутрь, внутримышечно и внутривенно. Может вызывать бессонницу. Начальная доза – 0,8-1,2 г, может повышаться до 20-30 г/сут.

- Пикамилон – *Picamilone* – таблетки по 20 и 50 мг. Имеет транквилизирующее, антиастеническое, вазовегетативное и адаптогенное действие.

- Фенибут – *Phenybut* – таблетки по 250 мг. Обладает транквилизирующим действием, не усиливает судорожную готовность.

- Церебролизин – *Cerebrolysin* – ампулы (215,2 мг/мл) по 1; 5 и 10 мл. Назначается при расстройствах памяти, работоспособности, особенно в пожилом и детском возрасте.

- Гинкго Билоба – *Ginkgo Biloba* (билобил – танакан) – выпускается в таблетках и капсулах по 40 мг; питьевой раствор – 30 мл в одном флаконе. Имеет седативный и противоастенический эффект.

НОРМОТИМИКИ

К нормотимикам относятся средства, регулирующие аффективные колебания и обладающие профилактическим действием при фазно-протекающих аффективных психозах. В эту группу входят антиконвульсанты и соли лития.

- Карбамазепин – *Carbamazepine* (финлепсин, тегретол, зептол) – таблетки по 200 мг.

- Вальпроевая кислота – *Valproic acid* (депакин, конвулекс) – таблетки по 200, 300 мг; сироп детский 5,7%.

- Ламотриджин – *Lamotrigine* (ламиктал, ламотригин) – таблетки по 25, 50 и 100 мг. Дает хороший нормотимический эффект, эффективен для профилактики как маниакальных, так и депрессивных фаз.

- Соли лития – *Lithium carbonate* (седалит) – применяются только с целью лечения и профилактики аффективной патологии. Литий выводится преимущественно через почки, при этом уровень экскреции коррелирует с концентрацией лития в сыворотке крови. Выведение из организма происходит в течение 6-7 ч. Открытие психотропных свойств солей лития принадлежит австрийскому психиатру Cade (1949).

В настоящее время соли лития используются для купирования маниакальных и гипоманиакальных состояний, которые являются как бы симптом-мишенью для этого препарата. Длительное лечение солями лития (2-3 г) обеспечивает профилактику обострения аффективных расстройств, постепенное удлинение ремиссии и сокращение длительности приступов.

Чаще применяется углекислая соль лития в таблетках по 300 мг. Имеются пролонгированные формы карбоната лития (литий-ретард, микалит). Дозы лития для купирования маниакальных состояний достигают 1800-2400 мг/сут. Для профилактического курса используются меньшие дозы – от 300-600 мг/сут. до 900-1200 мг/сут., пока не будет достигнута

необходимая концентрация лития в крови (от 0,6 до 0,8 ммоль/л, но не выше 1,2 ммоль/л).

При лечении литием следует учитывать близость максимальной терапевтической и минимальной токсической дозы, для чего необходим постоянный (с самого начала лечения) контроль за его концентрацией в крови. Первое время концентрация лития определяется еженедельно, а затем – один раз в 1-3 мес. Контроль проводится через 8-10 ч после приема лития. К ранним побочным явлениям относятся слабость, тошнота, рвота, боли в животе, диарея, учащение позывов на мочеиспускание, к поздним – эндокринные расстройства (диабетоподобный синдром, дисфункция щитовидной железы), а также вегетативные, аллергические (дерматиты) расстройства, нарушения сердечного ритма, гиперкинезы. Со стороны психической деятельности иногда отмечается равнодушие к окружающему.

АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ (противосудорожные препараты)

Антиконвульсанты (греч. anti + лат. convulsio – судорога) – *противоэпилептические препараты (ПЭП)*. Основа их противосудорожного действия – ослабление активности нейронов, торможение проведения возбуждающих импульсов, исходящих из эпилептического очага; повышение порога возбудимости нервных структур к эпилептическим импульсам. Противоэпилептическое действие ПЭП обусловлено преимущественно тремя основными механизмами: 1) торможением активности NMDA-рецепторов; 2) стимуляцией активности ГАМК-рецепторов; 3) прямым влиянием на проведение электрического импульса, например, регулируя ионные каналы нейронов.

На сегодняшний день в России зарегистрировано более 190 антиконвульсантов. Противосудорожным действием обладают также некоторые транквилизаторы (сибазон, нитра-

зепам) и отчасти диакарб. Монотерапия при лечении эпилепсии предпочтительна, однако лишь у 50 % больных эпилепсией ремиссия достигается при применении первого или второго ПЭП (вне зависимости от препарата). В группе резистентных пациентов с целью достижения результата применяются 2 и более препаратов, нередко употребляются и стандартизованные таблетированные смеси (глюферал, паглюферал). Следует учитывать, что при совместном применении ПЭП усиливают действие других противоэпилептических средств, антидепрессантов, антипсихотиков. Поэтому при необходимости следует снижать дозы этих препаратов.

Антиконвульсанты имеют широкий спектр действия. Многие антиконвульсанты используют в терапии биполярных расстройств, так как обладают нормотимическим эффектом, – предотвращают смену аффективных фаз, применяются при тревожных расстройствах, что связывают с их воздействием на ГАМК трансмиссию (тиагабин, габапентин, и прегабалин). У некоторых препаратов отмечается обезболивающий эффект, позволяющий использовать ПЭП при нейропатической боли, фибромиалгии, мигренозных приступах (фенобарбитал, прегабалин, карбамазепин, фенитоин).

По химическому строению ПЭП подразделяются на:

- 1) барбитураты и их производные (метилфенобарбитал, фенобарбитал, примидон);
- 2) производные гидантоина (этоин, фенитоин);
- 3) производные оксазолидина (триметадион, этадион);
- 4) производные сукцинимидов (месуксимид, этосуксимид, фенсуксимид);
- 5) производные бензодиазепина (клоназепам);
- 6) производные карбоксамида (карбамазепин, окскарбазепин, эсликарбазепин);
- 7) производные жирных кислот (вальпроевая кислота, гамма-аминомасляная кислота);

8) другие (ламотриджин, топирамат, габапентин, прегабалин, ретигабин, перампанел, бекламид).

Механизмы противоэпилептического действия ПЭП довольно различны. Вальпроаты являются антагонистами NMDA-рецепторов нейронов, препятствуют взаимодействию глутамата с NMDA-рецепторами. Бензодиазепины и фенобарбитал способствуют повышению чувствительности к ГАМК, противодействуют развитию деполяризации. Тиагабин усиливает ингибирующее влияние на возбудимость нейронов эпилептического очага посредством блокады обратного захвата ГАМК из синаптической щели. Вигабатрин повышает содержание ГАМК в окончаниях нервных клеток за счет ингибирования ГАМК-трансаминазы. Фенитоин, ламотриджин и фенобарбитал ингибируют высвобождение глутамата из окончаний возбуждающих нейронов, предупреждая тем самым активацию нейронов эпилептического очага. Габапентин усиливает образование ГАМК, а также способствует открытию каналов для ионов калия. Карбамазепин, вальпроаты и фенитоин изменяют инактивацию потенциалзависимых натриевых и кальциевых каналов, ограничивая тем самым распространение электрического потенциала. Этосуксимид блокирует кальциевые каналы Т-типа.

Различают препараты первого поколения (фенобарбитал, фенитоин, этосуксимид), **второго поколения** (карбамазепин, вальпроаты, клоназепам) и **препараты нового поколения** (ламотриджин, топирамат и габапентин).

• Фенобарбитал – *Phenobarbitalum* (люминал) – противоэпилептическое лекарственное средство из группы барбитуратов. Входит в состав широко распространённых валокордина и корвалола. Выпускается в таблетках по 0,05 г. Принимается 2 раза в сутки. Высшие дозы для взрослых внутрь: разовая 0,2 г; суточная 0,5 г. Оказывает неселективное угнетающее действие на ЦНС путём повышения чувствительности рецепторов к ГАМК и увеличения тока ионов Cl⁻ – через каналы рецепторов. Ранее очень широко использо-

вался как антиконвульсант. В настоящее время не относится к препаратам первого ряда и не используется в качестве ПЭП из-за выраженного снотворного действия. В малых дозах применяется при расстройствах сна, оказывает седативное действие и в сочетании с другими препаратами (спазмолитики, сосудорасширяющие средства) находит применение при нейровегетативных расстройствах. Побочные действия: может наблюдаться общее угнетение ЦНС, продолжительная сонливость, нистагм, атаксия, гипотония, кожная сыпь, гингивит, язвенный стоматит, нарушения памяти, внимания, угнетение дыхания. При применении более 2 нед. вызывает лекарственную зависимость (психическую и физическую). В последнее время ряд готовых лекарственных форм, содержащих фенобарбитал, исключен из номенклатуры лекарственных средств.

- Фенитоин – *Phenytoin* (дифенин) – противоэпилептическое лекарственное средство без выраженного снотворного эффекта. Противосудорожный эффект обусловлен биоэлектрической стабилизацией нейрональных мембран и торможением выброса нейромедиаторных аминокислот (глутамата, аспартата) из нервных окончаний. Обладает антигипоксическим и антитоксическим свойствами, способствует заживлению ран. Также используется как миорелаксант и антиаритмическое средство (устраняет суправентрикулярные и желудочковые аритмии, вызванные передозировкой сердечных гликозидов и во время наркоза). Фенитоин обладает широким спектром действия, однако малоэффективен при абсансах и миоклонических судорожных приступах. В терапевтических дозах оказывает успокаивающее и тонизирующее действие. Не вызывает привыкания. Суточная доза делится на 1-2 приема во время еды. Высшие дозы для взрослых: разовая 300 мг, суточная 800 мг. При недостаточной эффективности дифенина одновременно назначают другой противоэпилептический препарат. Используется также как нормотимик, при нейропатической боли, нарушении процессов реген-

нерации (периодонтит, кариес, язвы, ожоги, склеродермия и другие заболевания слизистых и кожи); нарушениях терморегуляции (гипоталамический синдром, возвратная лихорадка). Побочные действия: кореподобные высыпания на коже, тикоподобные подергивания в области губ и век, нистагм, тремор и атаксия, желудочно-кишечные расстройства. Фенитоин снижает содержание в крови фолиевой кислоты, однако коррекция уровня фолиевой кислоты в крови обычно сопровождается снижением эффективности фенитоина.

- Этосуксимид – *Ethosuximide* – противоэпилептическое лекарственное средство из группы производных сукцинида. Назначают внутрь в 3-4 приёма во время еды в дозе 0,25 г, постепенно увеличивая дозу до 0,5-1 г в сутки при малых эпилептиках. Особенно эффективен при лечении абсансов, не сопровождающихся другими типами припадков, миоклонических приступов, однако препарат может провоцировать появление больших судорожных припадков. Оказывает анальгезирующее действие при невралгии тройничного нерва, но менее эффективен, чем карбамазепин. Возможные побочные явления: желудочно-кишечные расстройства, головная боль, головокружение, кожная сыпь, фотофобия, явления паркинсонизма.

Вальпроаты и карбамазепин. Вальпроат (соль вальпроевой кислоты, депакин) и карбамазепин (тегретол, финлепсин) применяются для лечения эпилепсии с 60-х гг. XX в. и считаются «золотым стандартом» лечения эпилепсии. Эффективность обоих препаратов при лечении генерализованных эпилептических припадков практически одинакова, но при лечении сложных парциальных судорог карбамазепин более эффективен, чем вальпроаты. Вальпроат натрия и карбамазепин отличаются высокой эффективностью и хорошей переносимостью, однако побочные действия чаще отмечаются при приеме карбамазепина, чем вальпроатов.

- Карбамазепин – *Carbamazepine* (финлепсин) – противоэпилептическое средство. Выпускается в таблетках 200 мг.

В основном используется в качестве противосудорожного препарата при больших судорожных припадках (тонико-клонических эпилептических приступах) и при фокальной эпилепсии, смешанных формах (главным образом при комбинации больших припадков с психомоторными проявлениями), локальных формах (посттравматического и постэнцефалитического происхождения). Недостаточно эффективен при малых припадках. Применяют для предупреждения развития судорожных припадков при синдроме алкогольной абстиненции. В умеренной степени оказывает нормотимическое действие при лечении биполярных расстройств. В отличие от других препаратов, применяемых при эпилепсии, помимо подавления антисудорожной активности предотвращает развитие личностных расстройств и слабоумия. Эффективен в терапии дисфории, позволяет подавлять агрессию при психопатоподобном и маниакальном синдромах. Препарат выбора при лечении невралгии тройничного нерва и глоссофарингеальной невралгии. Применяется также при диабетическом болевом синдроме, несахарном диабете центрального генеза, полиурии и полидипсии нейрогормональной природы. Препарат обычно хорошо переносится. В отдельных случаях возможны тошнота, головная боль, сонливость, атаксия, головокружение, потеря координации, кожная сыпь. Назначают внутрь (во время еды), начиная с 0,1 г (1/2 таблетки) 2-3 раза в день, постепенно увеличивая дозу до 0,4-1,5 г. Ряд производителей выпускают лекарственные формы карбамазепина пролонгированного действия (ретард) по 400 мг.

- Вальпроевая кислота – *Valproic acid* (депакин) – противэпилептическое лекарственное средство из группы производных жирных кислот. В готовых лекарственных формах применяется как в виде кислоты, так и в виде ее натриевой соли (вальпроат натрия). Оказывает противосудорожное, центральное миорелаксирующее и седативное действие при различных формах генерализованных припадков – малых

(абсансах, petit mal), больших (судорожных, grand mal) и полиморфных; при фокальных припадках (моторных, психомоторных и др.). Препарат наиболее эффективен при абсансах и височных псевдоабсансах. Проявляет выраженные нормотимические свойства, улучшает психическое состояние и настроение больных, обладает антиаритмической активностью. Принимают внутрь во время или сразу после еды. Начинают с приёма небольших доз, постепенно увеличивая их в течение 1-2 нед. до достижения терапевтического эффекта; затем подбирают индивидуальную поддерживающую дозу. При малых формах эпилепсии обычно ограничиваются применением только вальпроевой кислоты. Возможные побочные явления: тошнота, рвота, диарея, боли в желудке, анорексия или повышение аппетита, сонливость, аллергические кожные реакции. При длительном приёме больших доз вальпроевой кислоты возможно временное выпадение волос. Препарат может вызывать явления общего угнетения и усталости. Это необходимо учитывать при назначении его людям, выполняющим напряжённую физическую и умственную работу. Суточная доза для взрослых составляет в начале лечения 0,3-0,6 г (1-2 таблетки), затем её постепенно повышают до 0,9-1,5 г. Разовая доза 0,3-0,45 г. Высшая суточная доза 2,4 г. Препарат выпускается в виде таблеток, содержащих по 150, 200, 300 или 500 мг вальпроевой кислоты/вальпроата натрия, а также таблеток пролонгированного действия по 300 и 500 мг, гранулированных порошков по 100, 250, 500, 750, 1000 мг и в виде раствора для в/в введения, содержащего 100 мг/мл в ампулах по 5 мл. Детям удобно назначать препарат в виде жидкой лекарственной формы – сиропа, содержащего 50 мг вальпроата натрия в 1 мл.

Новые антиконвульсанты аналогичны по эффективности традиционным, но лучше переносятся. Ламотриджин (ламиктал), леветирацетам (кеппра) и топирамат (топамакс), относятся к препаратам широкого спектра действия. Окскарбазепин (трилептал) и габапентин (нейронтин) пока-

заны для лечения симптоматических и предположительно симптоматических фокальных эпилепсий.

- Ламотриджин – *Lamotrigine* – выпускается в таблетках (25, 50 мг). Сочетает относительно низкую эффективность с хорошей переносимостью. Применяется в монотерапии типичных абсансов, первичных и вторичных тонико-клонических судорог и припадков, связанных с синдромом Леннокса–Гасто. Может оказывать противосудорожное действие при неэффективности других противоэпилептических лекарственных средств. Имеются данные об умеренной эффективности ламотриджина при биполярных расстройствах у пациентов с преимущественно депрессивными фазами. Ламотриджин имеет относительно мало побочных эффектов. При применении ламотриджина наблюдаются такие побочные эффекты, как головокружение, головная боль, тошнота, сонливость, диплопия, астения, а также кожная сыпь. Принимают внутрь в 2 приема (максимальная суточная доза – 700 мг/сут).

- Габапентин – *Gabapentin* – антиконвульсант с невысокой противоэпилептической активностью, использующийся для лечения эпилепсии, а также нейропатической боли. Выпускается в таблетках 300 мг. Обладает способностью усиливать образование ГАМК. Показания к применению: парциальные судороги со вторичной генерализацией и без нее (монотерапия); в качестве дополнительного средства при лечении парциальных судорог со вторичной генерализацией и без нее; нейропатическая боль у взрослых в возрасте старше 18 лет. Принимают внутрь, независимо от приема пищи. Начальная доза – 300 мг 3 раза в сутки в первый день, эффективная доза – 900–3600 мг/сут. Максимальная суточная доза – 3600 мг (за 3 равных приема). Максимальный интервал между приемами доз при назначении препарата 3 раза в сутки не должен превышать 12 ч. Побочные эффекты: диспепсия, повышение аппетита, миалгия, артралгия, сонливость, головокружение, атаксия, повышенная утомляемость, тремор, диз-

артрия, повышенная нервная возбудимость, астения, бессонница кожная сыпь, зуд, диплопия, амблиопия, звон в ушах. Со стороны сердечно-сосудистой системы возможны симптомы вазодилатации. При назначении совместно с другими ПЭП – повышение артериального давления, метеоризм, анорексия, гингивит.

- Леветирацетам – *Levetiracetam* (Кеппра) – используется как вспомогательный препарат для лечения парциальных припадков без вторичной генерализации у пациентов с эпилепсией, а также для лечения эссенциального тремора в дозе 1000-3000 мг в сутки в два приема. Начальная лечебная доза 250-500 мг 2 раза в сутки. Суточная доза может быть увеличена в зависимости от клинической реакции и переносимости до 1500 мг 2 раза в сутки. Изменение дозы на 500 мг может осуществляться каждые 2-4 нед. Наиболее распространенные побочные эффекты – сонливость, головокружение, астения, головная боль. Взаимодействие с другими препаратами практически отсутствует. Дозировка: 250 мг; 500 мг; 750 мг; 1000 мг.

- Топирамат – *Topiramate* – выпускают в таблетках 25 и 100 мг. Высокая эффективность отмечается при парциальных или генерализованных тонико-клонических припадках. Может использоваться в качестве дополнительной терапии при лечении припадков, связанных с синдромом Леннокса–Гастро (у взрослых и детей). Побочные действия: повышенная утомляемость, сонливость, атаксия, нарушение концентрации внимания, эмоциональная лабильность, парестезия, гипестезия, анорексия, тошнота, уменьшение массы тела, лейкопения, нефролитиаз, дисменорея, импотенция. Топирамат назначают по 25 мг 1 раз в сутки (на ночь) в течение 1 нед., затем дозу увеличивают на 25-50 мг/сут (делят на 2 приема) с интервалом 1-2 нед. до достижения клинического эффекта; рекомендуемая доза – 100 мг/сут, максимальная суточная – 1000 мг/сут).

- Окскарбазепин – *Oxcarbazepine* (трилептал) – таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 1 табл. содержит окскарбазепина 150, 300, 600 мг. Противосудорожное средство: монотерапия (в качестве препарата первого выбора), а также в составе комбинированной терапии: простые и сложные парциальные эпилептические приступы (с потерей или без потери сознания), в том числе со вторичной генерализацией; генерализованные тонико-клонические эпилептические приступы. Имеет меньший спектр побочных явлений, чем карбамазепин.

Корректоры нейролептических экстрапирамидных расстройств

Корректоры нейролептических экстрапирамидных расстройств (нейролепсии) – препараты, применяемые для терапии лекарственных экстрапирамидных расстройств, вызванных приемом средств, изменяющих дофаминергическую активность: нейролептиков, и реже – антидепрессантов, холиномиметиков, лития, антиконвульсантов. В случае развития нейролепсии параллельно снижению дозы, полной отмене либо замене вызвавшего развитие паркинсонизма препарата более мягким антипсихотиком, реже вызывающим экстрапирамидные расстройства, необходимо назначение противопаркинсонического средства из группы холинолитиков (корректора). При тяжелой нейролепсии в сочетании с ноотропными препаратами и/или витамином В6. В случае если выраженные экстрапирамидные расстройства не купируются в течение суток, рекомендуется попытаться применить препарат бензодиазепинового ряда или барбитурат. В некоторых, резистентных к терапии случаях нейролепсии для её устранения, по данным зарубежной литературы, рекомендовано назначение бета-блокаторов (анаприлин), клонидина, кодеина и других опиоидов. Однако эффективность применения в качестве корректоров побочных действий нейролептиков

бета-блокаторов не доказана, а наркотические препараты для лечения больных в нашей стране применяются в редких случаях, утвержденных законодательно.

Необходимо учитывать, что длительное назначение противопаркинсонических средств может ухудшить когнитивные функции пациентов, а также приводить к уменьшению антипсихотического эффекта нейролептиков. Кроме того, их приём может приводить к злоупотреблению ими по причине анксиолитических свойств и способности вызывать эйфорию, иногда галлюцинации и нарушения сенсорного синтеза.

- Циклодол – *Trihexyphenidyl* (тригексифенидил – паркопан – ромпаркин). Выпускается в виде таблеток дозировкой 2 мг. Является одним из основных синтетических холинолитических препаратов центрального действия, применяемых для предотвращения и купирования экстрапирамидных побочных эффектов нейролептиков, а также при паркинсонизме. Уменьшает тремор, слюнотечение, ригидность и гипокинезию, в меньшей степени потоотделение и секрецию сальных желез. Назначают по 1 таблетке (2 мг) 2-3 раза в день после еды. При применении препарата могут возникать сухость во рту, нарушение аккомодации, учащение пульса, диспепсия, запоры, паралитическая непроходимость кишечника, задержка мочи, головокружение, головная боль, астения, тахикардия, парез аккомодации, возбуждение. Препарат противопоказан при глаукоме, задержке мочеиспускания, фибрилляции предсердий. При передозировке циклодол способен вызывать холинолитический делирий – психическое и двигательное возбуждение с эйфорией, нарушением ориентировки во времени и пространстве, галлюцинациями и бредом. Возможны опасные для жизни судороги, нарушения ритма сердца, может развиться кома или паралич дыхательного центра. При систематическом употреблении циклодола с немедицинскими целями возможны нарушения памяти, снижение интеллектуальных способностей и скорости реакции, тремор, хронические запоры.

- Акинетон – *Biperiden* (Бипериден – Трипериден – Норакин). Выпускается в таблетках по 2 мг и в ампулах (в 1 мл раствора для инъекций содержится 5 мг активного вещества). Переносится лучше и даёт более выраженный эффект, чем циклодол. Принимают по 2 мг 2 раза в день, внутрь после еды. Механизм действия: блокирует центральные м-холинорецепторы, угнетает м-холинергическую передачу возбуждения в вегетативной нервной системе. Усиливает нейротропные эффекты холинолитиков, антигистаминных, антипаркинсонических и противосудорожных средств. Противопоказания: закрытоугольная глаукома, мегаколон, гипертрофия предстательной железы, тахикардия. Побочные действия: нарушение аккомодации, сухость во рту, диспепсические расстройства, тахикардия, понижение АД, утомляемость, головокружение, сонливость, спутанность сознания. Влияние на когнитивные функции (память и внимание) у акинетона выражено слабее, чем у циклодола. Учитывая большую безопасность, рекомендуется широкое использование его в психиатрической практике.

- ПК-Мерц – *PK-Merz* (амантадин – *Amantadine*). Выпускается в таблетках 100 мг. Первоначально применялся в качестве противовирусного средства, как обезболивающее при опоясывающем лишае, в дальнейшем была обнаружена его эффективность при паркинсонизме разной этиологии, в частности при нейролептическом синдроме. Механизм действия: стимулирует выделение дофамина и повышает чувствительность дофаминергических рецепторов к дофамину. В качестве корректора при нейролептическом синдроме назначают начиная с 0,05 г 1 раз в день утром после еды, затем 2-3 раза в сутки по 50 мг (реже по 100 мг). Имеет активирующее действие, поэтому на ночь назначать не рекомендуется. Препарат обычно хорошо переносится. Побочные эффекты, как у всех дофаминергических препаратов. В отдельных случаях могут возникать головная боль, бессонница, головокружение, общая слабость, диспепсические яв-

ния. Амантадин менее эффективен как корректор, чем циклодол.

- Тремблекс – *Tremblex* (дексетимид). Форма выпуска: в ампулах по 2 мл с содержанием в ампуле 0,25 мг. Оказывает пролонгированное действие – до 2-4 дней после разовой внутримышечной инъекции. Обладает центральной холинолитической активностью, эффективен при экстрапирамидных расстройствах, вызванных нейролептическими препаратами. Побочные явления и противопоказания такие же, как у других холинолитических препаратов. Особая осторожность требуется при введении препарата больным глаукомой, аденомой предстательной железы.

- Динезин – *Dinezinum* – по химическому строению близок к аминазину и дипразину, частично близок к ним и по фармакологическим свойствам. Обладает умеренной противогистаминной и ганглиоблокирующей активностью. Вызывает седативный эффект, несколько понижает основной обмен. Оказывает центральное, преимущественно н-холинолитическое, действие. Периферическое холинолитическое действие менее выражено, чем у циклодола и других холинолитических противопаркинсонических препаратов. Применяют для лечения паркинсонизма, болезни Паркинсона, торсионной дистонии и в качестве корректора при нейролепсии.

Назначают внутрь (после еды) по 0,05-0,1 г начиная с 1 раза и доводя до 3-5 раз в день; суточную дозу при хорошей переносимости постепенно увеличивают до 1 г.

Целесообразно чередовать применение **динезина** с другими противопаркинсоническими препаратами. Побочные явления: сонливость, головокружение, адинамия, парестезии; в редких случаях кожная эритематозная сыпь. При выраженных побочных явлениях уменьшают дозу или отменяют препарат. Выпускается в таблетках по 0,05 и 0,01 г, покрытых оболочкой зеленого цвета (*Tabulettae Dinezini obductae*), в упаковке по 50 штук.

Средства, используемые в фармакотерапии когнитивных нарушений при болезни Альцгеймера, деменциях альцгеймеровского типа

В настоящее время для патогенетической терапии болезни Альцгеймера широко используются ингибиторы холинэстеразы (донепезил, галантамин, ривастигмин) и NMDA-антагонист (мемантин). Ингибиторы холинэстеразы снижают скорость разрушения ацетилхолина (ACh), повышая его концентрацию в мозге и компенсируя потерю ACh, вызванную потерей холинергических нейронов. Препятствуя разрушению ацетилхолина, облегчают холинергическую передачу, селективно повышают концентрацию ацетилхолина в коре мозга и гиппокампе; оказывают положительное влияние на нарушения когнитивных процессов, характерных для болезни Альцгеймера. Блокада холинэстеразы замедляет образование фрагментов белкового бета-предшественника амилоида, принимающего участие в амилоидогенезе, и, следовательно, формирование амилоидных бляшек, являющихся одним из главных патологических признаков болезни Альцгеймера.

Ингибиторы холинэстеразы могут оказывать побочные ваготонические эффекты (брадикардию, гипотонию), задержку мочи, в редких случаях способны вызвать генерализованные судороги, нарушения сердечного ритма, обострение язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, ХОБЛ (в том числе бронхиальная астма), головокружение, повышенную утомляемость, бессонницу, обморочные состояния, АВ-блокаду.

- Экселон – *Exelon* (карбамоилатина гидрогентартрат, Ривастигмин, *Rivastigmin*) – ингибитор ацетилхолинэстеразы, применяемый в терапии болезни Альцгеймера и деменции при болезни Паркинсона. Помимо обычной, таблетированной формы (капсулы по 0,5 мг, 1 мг, 1,5 мг, 3 мг, 4 мг, 5 мг, 6 мг), выпускается в виде пластыря, использование ко-

того связано с меньшей выраженностью побочных эффектов. Принимают внутрь, во время еды. В первые 2 недели назначают 2 раза в сутки по 1,5 мг. При хорошей переносимости, но не ранее чем через 2 нед. лечения доза может быть увеличена до 3 мг и далее до 4,5-6 мг 2 раза в сутки. Побочные эффекты, наблюдающиеся во время лечения: головокружение, житация, спутанность сознания, головная боль, сонливость, бессонница, депрессия, тошнота, рвота, диарея, диспепсия и абдоминальная боль, потливость, повышенная утомляемость, астения, общее недомогание, снижение массы тела.

- Донепезил – *Donepezil* (Арисепт, Алзепил) – ингибитор ацетилхолинэстеразы центрального действия, применяемый в поддерживающей терапии болезни Альцгеймера. Выпускается в таблетках 5 мг и 10 мг. Уменьшает выраженность когнитивных симптомов, в ряде случаев восстанавливает дневную активность больных и облегчает уход за ними. Корректирует поведенческие нарушения, уменьшает апатию, галлюцинации и двигательные нарушения. Повторное применение препарата 1 раз в день постепенно приводит к созданию равновесной концентрации, которая достигается в течение 3 нед. после начала терапии. Препарат назначается внутрь непосредственно перед сном в начальной дозе 5 мг 1 раз в сутки в течение месяца, в дальнейшем дозу можно увеличить до 10 мг в сутки. Дальнейшее увеличение дозы не сопровождается увеличением терапевтического действия. Лечение донепезилом продолжают до тех пор, пока сохраняется терапевтический эффект. Среди побочных действий препарата самыми распространёнными являются чувство тошноты и рвота, связанные с избытком холинергической активности, снижение аппетита, потеря веса, увеличение кислотности желудочного сока, диспепсия, диарея, головная боль.

- Галантамин – *Galanthaminum hydrobromidum* – сильный (обратимый) ингибитор холинэстеразы, повышает чув-

ствительность организма к ацетилхолину. Выпускается в таблетках по 4 мг, 8 мг и 12 мг. Облегчает проведение возбуждения в холинергических синапсах ЦНС и восстанавливает нервно-мышечную проводимость, что положительно влияет на мнестические функции, приводит к улучшению и восстановлению двигательных процессов, общему улучшению состояния больных. Применяют в терапии деменции альцгеймеровского типа, также миастении, атонии кишечника и мочевого пузыря, менингита, полиомиелита, детского церебрального паралича, двигательных и чувствительных нарушений после нарушений мозгового кровообращения. Дозы препарата устанавливают индивидуально в зависимости от возраста больного, характера заболевания, эффективности и переносимости препарата. Разовая доза для взрослых составляет обычно от 2,5 мг до 10 мг 1-2 раза в сутки. При правильном дозировании галантамин хорошо переносится. При передозировке и индивидуальной повышенной чувствительности возможны побочные явления в виде слюнотечения, брадикардии, головокружения и др. В этих случаях следует уменьшить дозу.

- Мемантин (акатинол мемантин, нооджерон) – антагонист глутаматных NMDA-рецепторов, первоначально применявшийся при гриппе, используется в лечении болезни Альцгеймера, а также в качестве возможной терапии деменций иного генеза и при других состояниях (например, при болезни Паркинсона и рассеянном склерозе). Оказывает нейропротективное, антиспастическое, противопаркинсоническое действия. Тормозит прогрессирование нейродегенеративных процессов, оказывает нейромодулирующее действие. Способствует нормализации психической активности, улучшает память, повышает способность к концентрации внимания, коррекции двигательных нарушений. Редко отмечаются слабовыраженные побочные эффекты, среди них – галлюцинации, возбуждение, головокружение, головная боль и астения. На фоне его приема легче и быстрее купируются галлю-

цинаторно-бредовые и депрессивно-бредовые состояния у больных с сосудистыми и старческими психозами. В этом случае антипсихотики назначаются на фоне 5-10 мг мемантина. Форма выпуска – таблетки, покрытые оболочкой белого цвета по 10 мг. Суточная доза от 10-20 мг, максимальная – 30-60 мг в сутки.

Лекарственные средства для лечения алкогольной и наркотической зависимости

- Дисульфирам – *Disulfiram* (антабус, тетурам, торпедо, эспераль) – ингибитор фермента ацетальдегиддегидрогеназы, применяемый при лечении хронического алкоголизма (профилактика рецидивов). Выпускается в таблетках и капсулах для приема внутрь и таблетках для имплантации. Подавляет выработку ацетальдегиддегидрогеназы в печени, останавливает процесс распада этилового спирта до углекислого газа и воды на стадии ацетальдегида. В результате накопления ацетальдегида в организме человека, употребившего спиртное на фоне приема дисульфирама (дисульфирам-этаноловая реакция), возникает острая интоксикация, которая сопровождается неприятными, болезненными ощущениями: общее недомогание, тошнота, рвота, тахикардия, понижение АД, «приливы» крови к лицу. В результате происходит выработка условно-рефлекторной реакции отвращения к вкусу и запаху этанола. При приеме алкоголя в количестве, превышающем 50-80 мл водки, на фоне приема дисульфирама могут развиваться тяжелые нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем, отеки, судороги (необходимо проведение дезинтоксикационной терапии, введение аналептиков, проведение симптоматической терапии). Длительность действия пероральных таблеток – 48 ч. Назначают внутрь, утром натощак. В начале лечения средняя доза – 500 мг/сут, в последующем ее постепенно снижают до 250-125 мг/сут. Применение в виде имплантатов п/к или в/м создает постоянную

концентрацию препарата в организме в течение 5-9 мес. после имплантации. Побочные действия: гепатит, полиневрит нижних конечностей, неврит зрительного нерва, спутанность сознания, астения, металлический вкус во рту, головная боль. При длительном приеме в редких случаях возможны психозы, напоминающие алкогольные; у лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, возможен тромбоз сосудов мозга, поэтому при жалобах на парестезию в конечностях и области лица следует немедленно отменить препарат. Таблетки для имплантации могут вызвать нагноение, феномен отторжения, аллергический дерматит. Дисульфирам может потенцировать седативный эффект бензодиазепинов, также необходимо снижение дозировки теофиллина, фенитоина, пероральных антикоагулянтов. Сочетанное применение с нитро-5-имидазолами (метронидазол, ординазол, секнидазол, тинидазол) может вызвать делириозные расстройства, спутанность сознания. Одновременное назначение дисульфирама с трициклическими антидепрессантами усиливает реакции непереносимости алкоголя (дисульфирам-этаноловая реакция).

- Колме (цианамид – *Cianamid*) 1 капля – 3 мг, 1 мл – 60 мг, выпускается в виде раствора: 15 мл – 4 ампулы темного стекла в комплекте с пузырьком с дозатором. Препарат для лечения алкогольной зависимости. Механизм действия обусловлен блокадой альдегиддегидрогеназы, участвующей в метаболизме этанола. Блокада этого фермента приводит к повышению концентрации метаболита этанола – ацетальдегида, вызывающего отрицательные ощущения (в т. ч. приливы крови к лицу, тошноту, тахикардию, одышку), которые делают чрезвычайно неприятным употребление алкоголя после приема препарата и приводят к условно-рефлекторному отвращению к вкусу и запаху спиртных напитков. Сенсibilизационное действие цианамида на алкоголь проявляется раньше (примерно через 45-60 мин) и длится короче (около 12 ч), чем действие дисульфирама. В отличие от дисульфи-

рама цианамид не обладает гипотензивным эффектом и имеет более низкую собственную токсичность. Кроме того, цианамид обладает большей специфичностью действия: в отличие от дисульфирама он блокирует только альдегиддегидрогеназу и не влияет на другие ферменты, в частности на допамин-бета-гидроксилазу. Препарат назначают после тщательного обследования больного. Пациента необходимо предупредить о возможных осложнениях и последствиях проводимой терапии. Препарат принимают внутрь по 36-75 мг (12-25 капель 2 раза/сут с интервалом между приемами 12 ч) по индивидуальной схеме. *Реакция на алкоголь*: при одновременном приеме алкоголя возможны выраженная гиперемия кожных покровов, ощущение пульсации в голове и шее, тошнота, тахикардия, затруднение дыхания, слабость, нечеткость зрения, повышенное потоотделение, боли в груди. В наиболее тяжелых случаях: рвота, снижение АД, угнетение дыхания, коллаптоидное состояние. Проявления и степень их тяжести зависят от дозы препарата и количества принятого алкоголя. В тяжелых случаях проводят симптоматическую терапию, направленную на поддержание функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем, в/в введение антигистаминных препаратов.

Пропротен-100 таблетки для рассасывания и водно-спиртовой раствор (гомеопатическое антиалкогольное средство). Активные компоненты: антитела к мозгоспецифическому белку S-100 аффинно очищенные – 3 мг. Препарат модифицирует функциональную активность белка S-100, осуществляющего в мозге сопряжение информационных и метаболических процессов. Сенситизирует нейрональную мембрану, модулирует синаптическую пластичность нейронов. Оказывает модифицирующее действие на функциональное состояние структур мозга, участвующих в формировании алкогольной зависимости: гипоталамуса, гиппокампа и др.

При алкогольной зависимости оказывает нормализующее влияние на систему позитивного эмоционального под-

крепления, что приводит к снижению частоты самостимуляции латерального гипоталамуса. Снижает печечную активность нейронов гиппокампа; уменьшает количество циркулирующих иммунокомплексов в периферической крови, что коррелирует со снижением потребления этанола. Способствует усилению тормозных влияний ГАМК в ЦНС. Экспериментально установлено, что препарат восстанавливает нейромедиаторный баланс и условнорефлекторную деятельность. Повышает устойчивость мозга к гипоксии и к токсическим воздействиям. Проявляет противоалкогольное действие, уменьшая влечение к алкоголю и снижая вероятность рецидивов.

Терапия алкогольного абстинентного синдрома легкой и средней степени тяжести. Препарат облегчает как психопатологические нарушения (беспокойство, психическое напряжение, бессонница, раздражительность, тревога, снижение настроения, интенсивное влечение к спиртному), так и соматовегетативные расстройства (слабость, потливость, головная боль, тремор, тахикардия, нарушения пищеварения) алкогольного «похмельного» синдрома. Эффективность низкая, рекомендовано применять в сочетании с другими средствами для лечения алкоголизма. Водно-спиртовой раствор может вызвать тягу к алкоголю.

- Налтрексон – *Naltrexone* (антаксон, вивитрол) – конкурентный антагонист всех видов опиоидных рецепторов. Выпускается в виде таблеток и капсул (50 мг), имплантата для подкожного введения (1000 мг, продолжительность действия 3 мес), порошка для приготовления суспензии для внутримышечного введения пролонгированного действия (продолжительность действия 4 нед). Применяется в качестве вспомогательного лекарственного средства в лечении опиоидной наркомании с целью поддержания у больного состояния, при котором опиоиды не могут оказывать характерного действия – на фоне введения налтрексона прием опиатных наркотиков не вызывает эйфорию и их употребление

становится бессмысленным. За счет более сильного сходства с опиатными рецепторами, чем у самих опиатных наркотиков, предупреждает развитие физической зависимости к морфину, героину и другим опиатам, смягчает психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Используется также в лечении алкоголизма в постабстинентном периоде: блокирует эффекты эндорфинов, тем самым снижает потребность в алкоголе и предотвращает рецидивы. Также предложено использовать налтрексон для профилактики рецидивов при других видах зависимости (булимия, игромания), ряд врачей используют препарат при рассеянном склерозе с целью уменьшения болевого синдрома и аффективных колебаний. Эффективность в данных случаях не доказана. Назначают налтрексон только после купирования абстинентного синдрома. Начало действия – через 1-2 ч. Лечение может быть начато после воздержания от приёма наркотиков и алкоголя в течение 7-10 дней (идентифицируется по анализам мочи). У пациента должны отсутствовать синдром «отмены» и признаки абстиненции. Пациенты должны минимум за 7-10 дней прекратить прием опиоидов и лекарственных средств, их содержащих, обязательно определение опиоидов в моче. Лечение не начинают до тех пор, пока провокационная проба с налоксоном не станет отрицательной. При несоблюдении этих требований абстинентный синдром может проявиться через 5 мин после введения и продолжаться в течение 48 ч. Учитывая данное свойство препарата, его используют для диагностики употребления опиатов при диссимуляции, а также в программе быстрого купирования опиоидного абстинентного синдрома, которое из-за выраженных соматических осложнений проводят под наркозом. Быстрое купирование синдрома отмены имеет свои отрицательные стороны, в том числе повторное развитие через 48 ч симптомов абстиненции (псевдоабстиненции). Начальная доза налоксона – 25 мг, за пациентом наблюдают 1 ч, при отсутствии абстиненции вводят оставшуюся часть су-

точной дозы. Средняя доза, достаточная для блокады парентерально введенных опиатов, – 50 мг/сут. Существуют также и другие схемы: по 50 мг первые 5 дней недели и 100 мг – на шестые сутки, затем по 100 мг каждые 2 дня или по 150 мг – каждые 3 дня. Следует, однако, учитывать, что применение этих схем лечения увеличивает риск гепатотоксичности. Возможные побочные эффекты: тошнота, рвота, абдоминальная боль, анорексия, диарея или запоры, усугубление симптомов геморроя, эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, беспокойство, нервозность, общая слабость, головная боль, головокружение, спутанность сознания, галлюцинации, угнетение центральной нервной системы, светобоязнь, раздражительность, сонливость, учащение мочеиспускания, отечный синдром, сексуальные расстройства у мужчин (задержка эякуляции, снижение потенции, гиперемия лица, озноб, артралгия, миалгия).

- Продетоксон – *Prodetoxon* – таблетки для имплантации. Комбинированный препарат, действующий длительно (до 8-10 недель), содержит в своем составе основное действующее вещество – антагонист опиоидных рецепторов налтрексон (1000 мг) и кортикостероид триамцинолон (100 мг), предназначенный для профилактики местной воспалительной реакции в области имплантации.

ПСИХОДИЗЛЕПТИКИ (ПСИХОТОМИМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА)

Эти вещества не относятся к лечебным средствам. В 70-е годы были попытки использовать их для проведения психотерапии, экспериментального моделирования галлюцинаций. В настоящее время большинство из них внесено в список наркотиков. В эту группу входят вещества, вызывающие преходящие психические расстройства. Их можно разделить на две подгруппы.

К первой подгруппе относятся психотомиметические средства – производные индола. Эти препараты, вызывая психические расстройства, не нарушают сознания. Наиболее распространенный из них – диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД-25). Менее распространенные, мескалин, псилоцибин и производные триптамина.

Вторая подгруппа состоит из веществ, вызывающих помимо различной психотической симптоматики значительные нарушения сознания. Это атропин, скополамин, детран и др.

ЛСД-25 синтезирован из алкалоидов спорыньи. В минимальных дозах препарат вызывает у здоровых людей расстройства восприятия – иллюзии, а также деперсонализационно-дереализационные явления, галлюцинации. Обычно психотическая симптоматика спонтанно проходит через 6-8 ч, однако описаны случаи затяжных и даже необратимых психозов, кроме того, обнаружено привыкание к этому препарату. В настоящее время он отнесен к наркотическим веществам – галлюциногенам. Вызванные психозы сопровождаются выраженными нейровегетативными расстройствами.

Псилоцибин выделен из «священного» мексиканского гриба. Галлюциногенные свойства препарата почти в сто раз слабее, чем у ЛСД-25. Иллюзии и галлюцинации яркие, подвижны и приятны. Отмечается гиперактузия, нейровегетативные расстройства выражены значительно слабее, чем при применении ЛСД-25.

Мескалин – алкалоид, выделенный из кактуса, произрастающего в горах Мексики, США (Техас), Перу. Галлюцинаторный эффект выражен в тысячу раз слабее, чем у ЛСД-25. Через 30 мин после приема препарата наблюдаются тошнота, боязливость, недомогание, неутолимый голод, расширение зрачков, нарушение сердечного ритма, потливость, слезоточивость, тремор. Затем развивается психоз. Нарушается зрительное восприятие: цвета приобретают особую яркость и выходят за рамки предметов. Эти явления сменяются

зрительными иллюзиями и галлюцинациями. Происходит нарушение сенсорного синтеза (нарушение схемы тела и др.). Возникает эйфория, нарушение мышления, иногда – состояние раздвоения личности. Психоз проходит через 12 часов. Мескалин довольно быстро выводится из организма.

Г л а в а XVIII

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Система психиатрической помощи населению включает в себя следующие учреждения.

Психоневрологические диспансеры организуются отдельно от районных поликлиник, чтобы избежать контакта психически больных с другими больными. В редких случаях при поликлиниках создаются психиатрические кабинеты (имеют отдельный вход). Каждый диспансер обслуживает определенный район. Психоневрологические диспансеры ведут учет душевнобольных и амбулаторное их лечение, в случае необходимости стационарируют психически больных для оказания им помощи в больнице, направляют в дневные стационары, лечебно-трудовые мастерские и пр.

Кроме того, в задачи диспансеров входит активный внебольничный патронаж, определение степени нетрудоспособности и оказание больным помощи в трудоустройстве (осуществляется совместно с органами социального обеспечения), в решении социально-бытовых и юридических вопросов, проведение судебной и военной амбулаторной экспертизы. Иногда психоневрологический диспансер имеет небольшой стационар для госпитализации психически больных, нуждающихся в экстренной помощи.

Городские психиатрические больницы состоят из ряда лечебных отделений различного профиля, диагностических лабораторий, сада для прогулок больных, клуба, где прово-

дятся культурно-массовые мероприятия, библиотеки, дневных стационаров. В больницы стационарируются в основном больные с острыми (небольшая длительность) заболеваниями, нуждающиеся в активных методах терапии.

Отделения больницы в зависимости от обслуживаемого контингента подразделяются на мужские и женские, спокойные, полубеспокойные и беспокойные. Кроме того, имеются отделения, для первично поступивших и для повторно стационарированных больных. Существуют детские отделения и отделения для больных старческого возраста, а также санаторные отделения для выздоравливающих.

Лечебно-трудовые мастерские. В целях привлечения больных, которые по своему состоянию не могут работать на предприятиях и нести полную трудовую нагрузку, к посильному труду, для обеспечения надзора за ними и необходимого лечения организуются лечебно-трудовые мастерские (при психоневрологических диспансерах и иногда при больницах).

Дневные стационары существуют для больных, состояние которых улучшилось настолько, что пребывание их в больничных условиях больше не является необходимостью, но трудоспособность их еще временно снижена. Больные живут дома, а утром приходят в стационар, где в течение нескольких часов выполняют легкую работу, получают лечение и питание. Лечение в этих учреждениях продолжается до восстановления у больных трудоспособности. В дневные стационары направляют тогда, когда врачи уверены в скором восстановлении трудоспособности больных и возвращении их к своей профессиональной деятельности. Учреждения такого характера способствуют более быстрой и полноценной реадaptации больных к их прежней среде.

Уход за больными, проявляющими стремление к самоубийству. Если варианты суицидальных попыток вне стен психиатрической больницы могут быть очень разнообразны, то попытки к самоубийству в психиатрических боль-

ницах в общем сводятся к следующим возможным вариантам: 1) затягивание (повешение); 2) отравление большими дозами лекарственных препаратов; 3) выбрасывание из окон верхних этажей и в пролет лестницы; 4) перерезание сосудов на руках или шее.

С целью профилактики суицидальных попыток у тяжелых депрессивных больных, стремящихся к самоубийству, их помещают в наблюдательные палаты, где имеется круглосуточный пост.

В беспокойных отделениях исключаются из пользования такие предметы, как пояса, ремни, галстуки, тесьма и т.п. Тщательно проверяется сохранность постельного белья (иногда больные из кромки белья плетут веревку).

Во избежание отравления лекарственными препаратами пациентам не разрешается держать их в отделении, родственникам запрещается передавать лекарства больным. Выдача необходимых для лечения препаратов и их прием производятся под непосредственным наблюдением медицинской сестры.

Если замечают, что больной не принимает таблетки, а прячет их под язык или за щеку, чтобы сохранить их и набрать таким способом большое количество, таблетки растирают в порошок, разводят водой и в таком виде дают больному или переводят его на инъекции.

Беспокойные отделения размещают на нижних этажах, в рамы вставляют небьющиеся стекла, пролеты лестниц закрывают сеткой, чтобы больные не могли выброситься из окон или броситься в пролет лестницы.

В остром психиатрическом отделении не разрешается пользование острыми и режущими предметами (ножи, лезвия, бритвы). Чтобы больные не могли использовать с суицидальной целью осколки стекла, не разрешается передавать продукты в стеклянной посуде.

Уход за больными, отказывающимися от еды. Отказ психически больных от еды может объясняться бредовы-

ми мотивами (бред отравления, самоуничтожения), галлюцинаторными переживаниями (обонятельные, вкусовые, императивные галлюцинации, запрещающие больным есть), наличием тяжелой депрессии и т. д. Вначале отказывающегося от еды больного пытаются мягко уговорить, накормить с ложки. Чтобы вызвать аппетит, назначают небольшие дозы инсулина, проводят другую медикаментозную терапию. Лишь в очень редких случаях, когда отказ от пищи носит упорный характер и это угрожает жизни больного, прибегают к искусственному кормлению через зонд. Применяемая при этом питательная смесь должна включать в себя кроме молока, масла, сырых яиц, сахара также соли и витамины.

Наркологическая служба представлена сетью специализированных учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую, медико-юридическую и медико-социальную помощь больным хроническим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Эта система состоит из наркологических диспансеров, стационаров, дневных стационаров, наркологических отделений, кабинетов, пунктов и постов на промышленных предприятиях.

Наркологические диспансеры, кабинеты, дневные стационары, стационары на предприятиях оказывают внебольничную наркологическую помощь.

Наркологический диспансер состоит из участковых наркологических кабинетов, в том числе подросткового. Наряду с лечебной и профилактической помощью участковые наркологи осуществляют связь с наркологическими кабинетами и фельдшерскими пунктами на промышленных предприятиях.

В задачи наркологического диспансера входит выявление и учет больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, оказание лечебно-диагностической, консультативной и профилактической помощи этой группе больных, как во внебольничных учреждениях, так и в стационаре; анализ эффективности всех видов помощи ука-

занным больным; медицинское освидетельствование лиц, направленных на принудительное лечение по поводу наркомании, а также проведение экспертизы временной нетрудоспособности и других видов экспертизы; осмотр водителей транспорта перед рейсами; мероприятия по социально-трудовой реабилитации больных алкоголизмом.

Стационарное лечение больных хроническим алкоголизмом проводится в наркологических больницах, специализированных наркологических отделениях психиатрических, общесоматических больниц, при медсанчастях и наркологических диспансерах. Показания к стационарированию больных алкоголизмом: некупируемые в амбулаторных условиях психозы, тяжелые запойные состояния, выраженные соматические и неврологические осложнения. Минимальный срок лечения первично госпитализированных больных хроническим алкоголизмом составляет 45 дней, наркоманией – 60 дней.

Раздел III

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Глава XIX

ОСНОВЫ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Предметом патопсихологии является изучение особенностей патологии психической деятельности человека в их сопоставлении с нормой. С этой целью применяется экспериментально-психологическое исследование, которое является одним из важных объективных методов анализа изменений психики. Результаты экспериментально-психологического исследования используются при решении многих практических задач психиатрии (дифференциально-диагностических, экспертных, психотерапевтических и др.).

Данные о состоянии познавательной деятельности и личности больных, полученные с помощью экспериментально-психологического метода, дают возможность выявить закономерности формирования патологии психической деятельности при различных психических заболеваниях.

При решении дифференциально-диагностических вопросов психолог исследует познавательную деятельность, личность, эмоционально-волевую сферу больного. Ниже приводятся основные данные о состоянии познавательной деятельности при различных психических заболеваниях, так как они наиболее часто используются в дифференциально-диагностической и экспертной практиках психиатрической клиники.

Психика (гр. *psyche* – дыхание, душа) – свойство высокоорганизованной материи, являющееся особой формой отражения, субъектом объективной реальности. Восприятие, ощущение, память, мышление – это различные формы познавательной деятельности человека, позволяющие ему наи-

более полно и глубоко познавать окружающий мир. К элементарным процессам чувственного познания принято относить ощущение и восприятие.

Ощущение – вид психической деятельности, который, возникая при непосредственном воздействии предметов и явлений окружающего мира на органы чувств, отражает отдельные их свойства. Одним из видов ощущения является боль. Ощущение боли возникает при таком состоянии физиологических процессов центральной нервной системы (ЦНС), которые вызываются сверхсильным или разрушительным раздражением. Важно, что овладение болью идет по пути увеличения пределов выносливости, даже при снижении порога чувствительности.

Восприятие – это целостное отражение тех предметов или явлений окружающего мира, которые непосредственно воздействуют на наши органы чувств.

Одним из свойств восприятия является представление, которое позволяет удерживать информацию на непосредственном уровне. Представление – это способность произвольно оживлять образы ранее воспринятых предметов или явлений окружающего мира перед своим «внутренним взором». Однако только представлением не исчерпывается способность человека сохранять знания. Последнее является прежде всего функцией памяти.

Память – это такой вид психической деятельности, при помощи которого отражается прошлый опыт. Различают следующие основные процессы памяти: фиксация (запоминание), ретенция (сохранение), репродукция (воспроизведение).

Знания об окружающей действительности, полученные при помощи процессов чувственного познания (ощущения, восприятия), закрепленные с помощью памяти, составляют основу более сложного вида психической деятельности, при помощи которого можно решить задачи, недоступные прямому наблюдению. Этот вид психической деятельности называется мышлением.

Мышление есть обобщенное отражение человеком предметов и явлений в их закономерных связях и отношениях. Важную роль в процессе мышления играет язык, при помощи которого фиксируются не только названия предметов, но и обобщенное знание о них. Такое обобщенное знание о предмете или явлении, закрепленное в речи, называется понятием. Если ощущение, восприятие и представления являются отражением отдельных конкретных предметов или явлений, то понятия отражают обобщенные, существенные особенности ряда сходных предметов. Например, понятие «дерево» отражает общие свойства самых разных деревьев, обладающих неодинаковыми листьями, плодами, высотой и т. п. Важнейшая особенность понятий состоит в том, что они не только основываются на нашем собственном опыте, но и включают в себя опыт предыдущих поколений, закрепленный с помощью языка. Овладение языком способствует усвоению системы знаний, накопленных человечеством.

Выбор цели для запоминания, для постановки мыслительных задач (т.е. регулирующая функция) принадлежит эмоционально-волевой и личностной сфере человека. Целенаправленность мыслительной (как и всякой другой) деятельности человека определяется осознанной потребностью. Потребность – это нужда человека в чем-то. Удовлетворение потребности вызывает положительные эмоции, неудовлетворение – отрицательные.

Эмоции – особый класс психических процессов и состояний, отражающих в форме непосредственного переживания (удовлетворение, радость, страх) значимость действующих на индивида явлений и ситуаций для осуществления его жизнедеятельности.

При помощи психики мы не только всесторонне познаем окружающую действительность, но и преобразуем ее для удовлетворения своих потребностей. Сознательная, целенаправленная активность, связанная с преодолением препятствий, называется *волей*. Волевая деятельность имеет

сложное строение, побудителем ее является осознанная потребность.

Личность – человеческий индивид как субъект отношений и сознательной деятельности. Личность – относительно поздний продукт общественно-исторического и онтогенетического развития человека. Устойчивым базисом личности является совокупность его общественных отношений к окружающему миру и к самому себе, реализующихся во всем многообразии его деятельности. Индивидуальные особенности каждой конкретной личности зависят от соотношения социальных и биологических факторов. Среди основных свойств личности выделяют направленность, способности и характер.

Направленность – это вся система потребностей, идеалов, целей и стремлений человека. Направленность определяется ведущими мотивами, формирующимися прижизненно через активную деятельность человека.

Способностями мы называем отдельные психические свойства, являющиеся условиями успешного выполнения какой-либо одной или нескольких деятельностей. Ребенок рождается с определенными *задатками*, развитие которых в способности зависит от условий его жизни, воспитания и образования.

Характером называются сложившиеся у человека в процессе жизнедеятельности способы отношения к окружающим людям, к своему делу, к самому себе. Физиологической основой характера является *темперамент*. Характер выражается в поведении.

Экспериментально-психологическое исследование в психиатрической практике выявляет те особенности познавательной деятельности, эмоционально-волевой и личностной сферы больного, которые складываются у него в условиях болезни. Психологическое обследование проводится при помощи комплекса методов. Например, методы исследования памяти: методика «Заучивание 10 слов», заучивание цифр,

рассказов, методика «Пиктограмма», методика Леонтьева; методы исследования мышления: метод «Предметной классификации», методика «Двойной стимуляции Выгодского – Сахарова», «Объяснение пословиц и поговорок», «Сравнение понятий», методика «Простых и сложных аналогий» и др.; тест Векслера, Айзенка.

Исследование сенсомоторной сферы и внимания производится при помощи таких методов, как метод «Корректурных проб», методики Кооса, куб Линка и др.; исследование личности – при помощи методик «Самооценка», «Уровень притязаний», «Распределение времени», различными опросниками (ММРІ, Айзенк и др.), проективными методами, ТАТ, Роршах и др.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

При олигофрении познавательная деятельность характеризуется замедленностью ориентировки в окружающем, плохой обучаемостью, что обусловлено неполноценностью коры головного мозга.

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает и другие признаки умственного недоразвития, обусловленные трудностью ориентировки и низкой обучаемостью. Больным сложно строить операции обобщения, отвлечения, абстрагирования. Уровень обобщения снижается до конкретного (см. примеры решений задач на конкретно-ситуационном уровне в разделе описание методик «Объяснение пословиц и поговорок», «Сравнение понятий», «Пиктограмма»). У больных бедный словарный запас, резко снижен объем опосредованной памяти (см. описание методики «Пиктограмма»).

Состояние этих признаков «культурного недоразвития» во многом зависит от своевременной лечебной помощи,

специального обучения, начатого с дошкольного возраста, и т. п.

Олигофрению следует отграничивать от *«педагогической запущенности»*, при которой отмечается высокая обучаемость и хорошая ориентировка в новом материале. Дети с «педагогической запущенностью» при адекватном обучении быстро догоняют сверстников в умственном развитии.

При эпилепсии обнаруживается снижение продуктивности познавательной деятельности, коррелирующее с давностью и злокачественностью болезни, уменьшение объема памяти (по данным методики «Заучивание 10 слов» и «Пиктограмма»), конкретность мышления (снижается уровень обобщения). Отмечаются изменения в динамике познавательных процессов – их характеризует инертность, тугоподвижность. Больные даже в доступных заданиях допускают ошибки, если в процессе деятельности им приходится переключаться с одного способа выполнения на другой. Инертность психических процессов, затруднения при необходимости отторгнуть конкретные связи данного понятия приводят к детализации в мышлении больных, что закрепляется в виде характерологической черты. Помощь, обучение помогают больным при решении данной задачи, но при переходе к новому материалу они вновь используют конкретные признаки понятий. При длительных ремиссиях и правильном лечении подобные изменения познавательной деятельности могут стать менее выраженными.

При поражении сосудов головного мозга и черепно-мозговых травмах (отдаленный период), **интоксикациях** основным, что характеризует состояние познавательной деятельности у больных, является нарушение динамики (неустойчивость умственной работоспособности, истощаемость). У больных с поражением сосудов головного мозга отмечаются колебания продуктивности мнестической деятельности, она носит как бы прерывистый характер. Больной может вдруг забыть название какого-либо предмета, а потом

спонтанно вспомнить его. Может подробно и точно воспроизвести басню, а потом не вспомнить более легкий текст. Воспроизведение в методике «Заучивание 10 слов» тоже носит колебательный характер. Больной может после 3-го воспроизведения вспомнить 6 слов, после 5-го – только 3, а после 6-го повторения – опять 6 слов.

Важно, что при нарушении динамики мнестической деятельности опосредование, осмысление материала помогают больным. Обычно больные в повседневной жизни начинают усиленно пользоваться записными книжками. Эту особенность познавательной деятельности больных можно использовать в качестве диагностического критерия степени выраженности поражения, тяжести страдания. Так, сравнивая объем воспроизведения в методике «Заучивание 10 слов» и в «Пиктограмме», у больных со средней тяжестью заболевания можно отметить увеличение количества воспроизводимых слов в смысловом запоминании.

Колебательный характер динамики познавательных процессов проявляется и в нестойкости умственной продукции больных. Характерно, что уровень обобщений в основном бывает не снижен. Больным доступны операции отвлечения, обобщения при решении кратковременных, одноразовых задач.

В тяжелых случаях отмечается значительное ухудшение смысловой памяти. Стараясь как можно точнее передать смысл запоминаемого слова, больные рисуют очень подробные рисунки. Важно, что излишнее стремление застраховать себя от случайности приводит к парадоксальному явлению: воспроизведение становится неточным, приблизительным, его объем резко снижается. Часто больные вспоминают рисунок, но слово, которое они хотели запомнить, не могут вспомнить вообще.

При необходимости длительно удерживать инструкцию отмечается «непоследовательность суждений» – вид патологии мышления, при котором правильные (обобщенные)

и ошибочные (конкретные) решения чередуются. Операции абстрагирования в таких заданиях больные заменяют установлением сугубо конкретных связей, подменяя логические связи совершенно случайными. В методике «Предметная классификация» объединяют картинки только потому, что они лежат рядом, кроме того, отмечаются «одноименные» группы (больной, собрав, например, группу картинок с людьми, через какое-то время собирает такую же группу, не замечая, что она у него уже есть).

Принципиально важно, что больные с достаточной критикой относятся к своим ошибкам, активно ищут помощи экспериментатора. Организующей помощи, отдыха бывает достаточно для того, чтобы больные могли исправить свои ошибки, но при переходе к новому материалу они вновь используют в решениях конкретные признаки понятий.

При старческом слабоумии ведущим является стойкое нарушение памяти. Прежде всего отмечается снижение активности запоминания. Во время эксперимента больной утверждает, что ничего не сможет запомнить, и действительно не вспоминает ни одного слова. После достаточно длительной организующей помощи больные запоминают слова, но объем механической памяти у них очень низкий (2-4 слова). Процесс заучивания носит характер плато: 4-5-5-4-5-5-5-4 (методика «Заучивание 10 слов»).

При отсроченном воспроизведении больные не могут ничего вспомнить.

В связи с повышенной отвлекаемостью ухудшается процесс воспроизведения. Во время воспроизведения любой посторонний шум, разговор способствуют забыванию. Больной может сказать, что вообще ничего не запомнил.

Продуктивность мышления в связи с этим у данной группы больных резко снижена и неравномерна. Только кратковременные задания больные могут решить с элементами обобщения. При выполнении заданий, требующих длительного удержания инструкции, больные используют кон-

кретные связи понятий, отвлекаются, забывают о цели обследования. Организующая и направляющая помощь фактически не помогает, хотя больные послушно исправляют ошибки.

При шизофрении характерная патология познавательной деятельности обусловливается такими изменениями личности, как нарушение смыслообразующей функции мотивов, переход мотивов побудительных в «знаемые». Подобная патология личности находит свое выражение в изменении мышления: разноплановости, резонерстве, недостаточности актуализации прошлого опыта, что делает мышление больных шизофренией непродуктивным. Псевдоабстрактность, отсутствие направленности на разрешение поставленной задачи приводят к потере связи между обобщающим понятием и конкретным содержанием задания (см. описание «Пиктограммы», «Сравнения понятий», «Примеров бессодержательных, формальных решений»). Непродуктивность мышления больных может быть также вызвана ухудшением избирательности актуализации знаний из памяти на основе прошлого опыта. При этом облегчается актуализация маловероятных по прошлому опыту «латентных» связей понятия, что также затрудняет мыслительную деятельность (см. описание «Пиктограммы», «Сравнения понятий», «Примеров использования «латентных», «слабых» признаков понятий).

Вместе с тем объем механической памяти (методика «Заучивание 10 слов»), запас знаний больных могут оставаться на достаточно высоком уровне.

Обучение больных затруднено, помощь экспериментатора принимается формально.

При пограничных психических заболеваниях (психопатии, неврозы) ведущим в патологии психической деятельности больных является изменение личности, которое приводит к различной личностной окраске познавательных процессов, снижающей их продуктивность. При пограничных заболеваниях изменения личности и соответственно личностная окраска мышления неодинаковы.

Так, при психопатиях нарушается отношение к себе (самооценка) и основанные на этом притязания больных. Самооценки больных бывают, как правило, крайними (например, больная истерией оценивает себя как очень умную; внешность свою считает настолько яркой, что хотела бы стать менее привлекательной, так как «это мешает спокойно жить»; в то же время оценивает очень низко свое здоровье: считает себя «самой больной и самой несчастной на всем земном шаре»). Такие крайние самооценки обуславливают и неустойчивые, излишне лабильные притязания больных. Например, больной берется выполнять самую трудную из возможных задач, а после неудачи переходит к самым легким. Подобная лабильность притязаний снижает продуктивность познавательной деятельности (больные чаще всего решают задачи, не соответствующие их возможностям: либо слишком трудные, либо слишком легкие).

Решая мыслительные задачи, больные часто сопровождают выполнение операций обобщения, отвлечения оценочными суждениями, иногда подменяя решение задачи оценкой ее. Так, в методике «Пиктограмма», запоминая слова «ядовитый вопрос», больная отказывается подобрать рисунок для запоминания, так как ей никаких ядовитых вопросов никто не задавал, после долгих раздумий рисует свою знакомую: «Она меня спрашивала, почему я замуж не вышла» (см. также описание личностной окраски мышления в описании методик «Пиктограмма» и «Сравнение понятий»).

При неврозах мы часто встречаемся с расхождением жалоб больных и объективных оценок их состояния. Так, больной с неврастенией жалуется на резкое ослабление памяти. Однако при экспериментально-психологическом обследовании никаких изменений памяти не обнаруживается. Характерно, что ознакомление больного с результатами обследования не меняет его отношения к своей памяти. Только в ходе длительного лечения, которое сочетается с динамическим обследованием психолога, у больных снимается чувство неуверенности в себе.

Личностная окраска мышления при реактивных состояниях связана с травмирующей ситуацией, которая, так или иначе, отражается в рисунках и высказываниях больных.

Важно, что помощь психолога больные принимают, но исправить могут только конкретно-ситуационные решения, скорректировать личностную окраску мышления не удается.

МЕТОДИКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Пиктограмма. Метод разработан А. Р. Лурия для исследования опосредованного запоминания. С помощью этого метода можно исследовать объем опосредованной памяти, получить важные данные для исследования мышления (характера ассоциаций).

Больному предлагают запомнить 15-20 слов или словосочетаний. Среди них есть конкретные понятия: вкусный ужин, тяжелая работа, голодный ребенок, хромая учительница, девочка под дождем и т.п. – и более отвлеченные: развитие, сомнение, справедливость и т. п. В зависимости от состояния мышления больного ему предлагаются преимущественно более конкретные или более абстрактные выражения для запоминания. Есть ряд выражений, который обязательно предлагается запомнить при необходимости дифференцировать шизофренический процесс.

Примерный список слов для запоминания:

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1. Веселый праздник | 11. Разлука |
| 2. Тяжелая работа | 12. Ядовитый вопрос |
| 3. Вкусный ужин | 13. Справедливость |
| 4. Богатство | 14. Счастье |
| 5. Дружба | 15. Теплый ветер |
| 6. Болезнь | 16. Печаль |
| 7. Развитие | 17. Надежда |
| 8. Смелый поступок | 18. Голодный ребенок |
| 9. Сомнение | 19. Обман |
| 10. Темная ночь | 20. Хромая учительница |

При проведении методики очень важно с самого начала дать больному правильную инструкцию. Перед началом можно спросить, ведет ли он записные книжки, конспекты, как они помогают запоминать, учиться.

Затем больному говорят следующее: «Сейчас я буду называть слова и целые выражения, которые вы должны как следует запомнить, потому что вспоминать вы их будете не сразу, а через час, после того как выполним другие задания. Слов будет много, скажу вам их всего один раз, поэтому старайтесь быть как можно внимательнее. Для того чтобы вам было легче вспоминать, можно к каждому слову нарисовать что-либо такое, что поможет вам вспомнить заданное слово. Качество рисунка роли не играет, можно рисовать как угодно и что угодно, вы рисуете для себя. Не советую вам ничего писать (ни слова, ни буквы), как правило, это не помогает запоминанию».

Убедившись, что больной вполне понял инструкцию и справляется с заданием, можно продолжать эксперимент, тщательно протоколируя все высказывания больного. Обязательно надо просить больного объяснить, что он рисует и как этот рисунок напомнит ему слово. Совершенно необходимо отмечать, при работе с каким именно понятием приходилось оказывать помощь больному. После того как больной запомнил 15-20 слов, лист с рисунками откладывается в сторону и лишь в конце исследования (через час) больному предлагается с помощью этих рисунков вспомнить слова.

Обработка и анализ полученных данных. Для анализа продуктивности опосредованного запоминания подсчитывается количество слов, которые больные вспомнили через час. При сохранной памяти объем опосредованного воспроизведения не меньше 80 %.

Продуктивно сопоставление объема опосредованного и механического заучивания. В норме количество слов, заученных при помощи пиктограмм, превышает количество слов, заученных непосредственно.

Особый интерес для анализа состояния мышления представляют рисунки и объяснения больных. Прежде чем перейти к анализу самих ассоциаций, необходимо выяснить, *доступна* ли больному обобщенная символизация слова, т. е. может ли он подобрать такой знак, который легко нарисовать и который поможет вспомнить заданное слово.

Человек с нормальным развитием мышления уже в 12-летнем возрасте (с образованием 4-5 классов) может подобрать соответствующий образ: для слов «темная ночь» – темное окно, звезды на темном небе; для слова «разлука» – поезд, корабль, письмо и т. п.

Особенно важно установить адекватность ассоциаций и их разнообразие. Человек с *нормально* развитым мышлением, как правило, подбирает для запоминания образы, четко отражающие содержание понятий, потому что только в этом случае рисунки выполняют свою функцию: помочь при воспроизведении. Какой бы абстрактный образ ни подобрал здоровый человек (знак вопроса к слову «сомнение»; линия, которая идет вверх, спираль к слову «развитие»; знак равенства к слову «справедливость» и т. п.), в самом рисунке или в объяснении к нему прослеживается связь с конкретным содержанием (предмета или явления), которое надо запомнить.

Образы, которые человек со здоровым мышлением использует для запоминания, бывают очень разнообразными. В одной и той же пиктограмме человек может нарисовать шарик и цветы для слова «веселый праздник», тарелку – к словам «вкусный ужин», человека, копающего яму – к словам «тяжелая работа», знак вопроса – к слову «сомнение», глаза со слезами – к слову «печаль».

Анализ рисунков и высказываний больного проводится и по критерию степени *обобщенности опосредующего образа*. При этом различают конкретно-ситуационные и абстрактные образы.

Конкретно-ситуационными Б. В. Зейгарник предлагает называть такие рисунки, в которых больной старается изо-

бразить какую-либо конкретную ситуацию, непосредственно связанную с запоминаемым словом. «Вкусный ужин» – это сидящие за столом люди с улыбающимися лицами, стол уставлен вкусной едой; «дружба» – мальчик и девочка идут гулять, взявшись за руки, – они дружат; «тяжелая работа» – человек копает яму, выкопал глубоко, рядом высокая куча земли, с человека капает пот, ему очень тяжело; «сомнение» – сидит человек, руку приставил ко лбу, он сомневается.

Абстрактным, отвлеченным образом мы будем называть такие рисунки, в которых испытуемый, оттормаживая многие конкретные признаки понятия, выбирает такой, который выражает важный, существенный признак понятия и удобен для рисования. Например: «тяжелая работа» – молоток, лопата; «сомнение» – знак вопроса; «развитие» – стрелка вверх, диаграмма, спираль и т. п. На выбор рисунка для запоминания оказывает влияние и личностный фактор (личностная окраска образов). В норме такие образы встречаются в пиктограммах. Запоминая слова «вкусный ужин», кто-то рисует курицу или яблоко, чашку с кофе или стакан кефира. Для слова «богатство», кто-то предлагает нарисовать деньги, кто-то – книги, кто-то – машину и т. п. Часто при этом добавляют, что «я на ужин стараюсь поменьше есть»; или: «я, не как другие, – от кофе лучше сплю»; или: «для меня богатство – это книги, всегда мечтал иметь их много-много».

Итак, в норме рисунки и объяснения к ним будут адекватны, разнообразны, степень обобщения окажется достаточно высокой. Часть образов может отражать личностные особенности, профессию испытуемого.

Для больного со *сниженным уровнем обобщения* (конкретностью мышления) задание оказывается очень трудным.

При легкой степени умственной недостаточности больные могут подобрать отвлеченные образы для более конкретных понятий («тяжелая работа» – молот и наковаль-

ня), но более отвлеченные понятия ими так и не опосредуются.

После длительных размышлений они рисуют развернутую ситуацию, связанную с запоминаемым словом (для слов «темная ночь» – дом, видна комната, в которой погашен свет и вся семья лежит в своих кроватях и спит), для более отвлеченных понятий (сомнение, развитие и т. п.) ничего придумать не могут. С подобными затруднениями сталкиваются больные олигофренией, эпилепсией, некоторые больные с поражением сосудов головного мозга, отдаленными последствиями черепно-мозговых травм, а также перенесшие длительную интоксикацию.

Конкретно-ситуационные опосредующие образы чаще всего встречаются у больных с органическими заболеваниями как отражение снижения уровня обобщения, конкретизации его. Если здоровый человек использует для запоминания 2-5 таких образов (на 15-20 слов), то количество у больных с органическими заболеваниями оказывается гораздо большим (10-12).

Необходимо отметить и другой вид затруднений, связанных с *изменением динамики познавательной деятельности*. Так, больные эпилепсией, склонные к инертности, обстоятельности, справившись с задачей обобщения, никак не могут выбрать один наиболее удобный для них образ для запоминания, не могут отгормозить всех конкретных связей заданного слова. Например, начав рисовать к слову «развитие» зернышко, они подробно рисуют целую серию этапов (7-8) этого развития от зернышка до ягод; запоминая слова «веселый праздник», больной рисует стол, подробно вырисовывает нарядную скатерть, посуду, людей, которые сидят вокруг стола в праздничной одежде, календарь на стене, цветы на окне. Все рисунки отделяются очень тщательно, медленно. Больной возвращается и дорисовывает прежние рисунки, когда экспериментатор уже перешел к работе со следующим понятием. Такие возвраты, трудности перехода от

одного задания к другому свидетельствуют об инертности познавательной деятельности и поэтому должны тщательно протоколироваться. При различных органических поражениях головного мозга, приводящих к конкретизации мышления, затрудняющих его динамику (инертность), в «Пиктограмме» больные пользуются однообразными рисунками. Так, больной к словам «веселый праздник» изображает человека, который веселится; затем рисует спящего человека к словам «темная ночь» и к словам «тяжелая работа» – человека, с которого капает пот: он несет груз. Или же больная для запоминания слова «болезнь» рисует себя в шапке («у меня болит голова, но, когда я в шапке, мне легче»). К слову «печаль» опять рисует себя в шапке («я печалюсь, что болею»). К словам «вкусный ужин» рисует себя в шапке за столом («иногда утром я хожу без шапки, так как голова не болит, но к вечеру обязательно разболится, и я ужинаю в шапке»).

У больных с *искажением процесса обобщения* (при шизофрении) отмечается иное однообразие (пиктограмма представляет собой галочки, точки, линии: «дружба» – две вертикальные параллели; «болезнь» – две горизонтальные параллели; «справедливость» – прямая черта).

Преобладающие в пиктограммах больных шизофренией псевдоабстрактные, выхолощенные образы следует отличать от абстрактных рисунков в норме. В псевдоабстрактных образах фактически утрачивается связь между опосредующим образом и содержанием заданного понятия. «Суждения отражают случайную сторону явлений, а не существенные отношения между предметами... При решении экспериментальных задач актуализируются случайные ассоциации, оторванные от конкретного опыта больного. Связи, которыми оперируют больные, не отражают ни содержания явлений, ни смысловых отношений между ними» (Зейгарник, 1976). Больные этой группы относятся к заданию, как к чему-то очень легкому, они могут образовать любую связь безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи.

Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что не отражает реального содержания слова, которое больной запоминает.

С.В. Лонгинова отмечает, что условность рисунков доходит до абсурда, в связи с чем в них уже не содержится ничего от заданного понятия, поэтому они не могут служить средством для запоминания. Например, запоминая слово «сомнение», больная рисует угол и волнистую линию; для слов «хромая учительница» – четырехугольник.

Кроме бессодержательных, псевдоабстрактных образов в пиктограммах больных часто встречаются образы, связанные с заданным понятием случайным, второстепенным, малозначимым признаком. Например: «сомнение» – больная рисует лист дерева, объясняет: «Лист летит с дерева сам»; для запоминания слова «развитие» больная изображает веревку, которая на конце развивается. Для запоминания слов «смелый поступок» больная рисует след от ноги. Объясняет так: «Это стопа, в слове поступок тоже есть «стоп».

При пограничных заболеваниях в пиктограммах больных преобладают *личностные образы*. Важно, что при различных пограничных заболеваниях и эгоцентризм также будет различным. Так, при реактивных состояниях больные связывают слова для запоминания с травмирующей ситуацией, например, «печаль»: гроб – «Мужа похоронила, он у меня на руках умер, не успела даже «скорую помощь» вызвать». «Веселый праздник»: «Это я плачу – сына убили как раз на праздник, все веселятся, а мне еще хуже, хожу и плачу». «Тяжелая работа» – рубашка: «Это моя работа, к вечеру очень устаю».

При психопатиях преобладает оценочный эгоцентризм. Больной отказывается запоминать слова «хромая учительница», так как он слишком уважает педагогов.

Если больные с истерией сами охотно рассказывают о своих переживаниях, хотя бы отдаленно связанных с заданным понятием, то при психастении приходится активно

спрашивать у больного объяснения. Запоминая слово «сомнение», больная рисует прямоугольник, после вопроса, как он поможет ей вспомнить слово, объясняет: «Нарисовала путевку, я сейчас решаю: ехать мне после больницы в санаторий или нет».

Итак, «Пиктограмма» дает большие возможности для исследования патологии познавательной деятельности.

Сравнение понятий. Методика применяется для исследования мышления (процессов анализа, синтеза, операции сравнения).

Больного просят сказать, чем похожи и чем отличаются два понятия. Для сравнения предлагаются пары слов, которые отвечают следующим условиям:

1) слова можно объединить более общим понятием (трамвай и автобус – транспорт; ворона и воробей – птицы), причем подобное обобщение может быть более сложным (сказка и песня – произведение искусства; глаз и ухо – органы чувств; газета и радио – средства информации и т. п.);

2) больному предлагаются несравнимые понятия, такие как: река – птица; ось – оса; ботинок – карандаш; муха – дерево и т. п. Умение самостоятельно выделить нерешаемую задачу характеризует критичность мышления здорового человека.

Больному предлагается 10-15 пар слов из следующего списка:

яблоко – вишня	озеро – река
ворона – воробей	дождь – снег
дуб – береза	обман – ошибка
лыжи – коньки	голод – жажда
корова – лошадь	сказка – песня
летчик – танкист	глаз – ухо
трамвай – автобус	газета – радио
золото – серебро	поощрение – наказание
река – птица	волк – луна

ось – оса	корзина – сова
ботинок – карандаш	муха – дерево

Можно разобрать с больным 1-2 пары понятий. Обязательно объяснить больному, что надо начинать с определения сходства. Первая пара несравнимых понятий предъявляется без специального предупреждения. Экспериментатор тщательно регистрирует поведение больного, его высказывания и ответ. Затем больному дается дополнительная инструкция: «Встречаются такие пары слов (понятий), которые несравнимы. В таком случае вы должны ответить: «Их сравнивать нельзя». Больше эту инструкцию не повторяют, просто регистрируют ответы больных при работе со следующими несравнимыми понятиями. Всего предлагается 3-5 пар несравнимых понятий.

Обработка и анализ полученных данных. Анализ полученных данных начинается с оценки доступности для больного самого процесса сравнения и обобщения. Прежде чем сравнивать понятия, больной должен выделить критерий, по которому он будет проводить сопоставление. Поэтому в первую очередь отмечается: самостоятельно ли справляется больной с этой задачей; если ему понадобилась помощь, то какая, сумел ли он перенести процесс обучения на дальнейшую работу.

Затем надо обратить внимание на степень обобщенности критерия сравнения, которым преимущественно пользуется больной (абстрактный, конкретный, псевдоабстрактный). Уточнить эгоцентричность процесса сравнения, отметить, пользуется ли больной «слабыми» признаками понятий как критерием сравнения. При этом особое внимание надо уделить работе с «несравнимыми понятиями». В норме характерны затруднения при переходе к ним, здоровый человек либо отказывается проводить сравнение этих слов, либо переходит на очень широкий уровень сравнений (муха и дерево относятся к живой природе). Важно, что при этом в норме

отмечаются оценочные реплики: «Эта задача не такая, как другие», что свидетельствует о высоком уровне критичности мышления.

В норме уже с 12-14 лет дети с соответствующим образованием могут проводить сравнение понятий, выделяя в качестве критерия существенный признак понятий, проводя сравнение на достаточно абстрактном уровне (см. описание методики «Пиктограмма»).

Иногда отмечается использование конкретного критерия сравнения (плащ и пальто – то, что мы носим). Обычно организующей помощи достаточно, чтобы здоровый человек исправил подобные ошибки.

При различных органических заболеваниях головного мозга, которые приводят к *снижению уровня обобщения*, конкретизации мышления, процесс сравнения проводится в основном на конкретном уровне: дуб и береза – растут в лесу; лыжи и коньки – нужны зимой для катания; глаз и ухо – оба находятся на голове и т. п. При этом для многих пар больные вообще не могут подобрать критерий сравнения, считая их совсем разными: «Ворона большая, а воробей маленький, ворона воробья заклевать может – ничего нет похожего».

Больные критичны к своим затруднениям, активно ищут помощи психолога, исправляют свои ошибки, но в дальнейшем опять в качестве критерия сравнения используют конкретные признаки понятий.

При шизофрении мышление характеризуется *искаженным процессом обобщения*, больные используют для сравнения псевдоабстрактные критерии или «слабые», мало значимые признаки понятий. «Дождь и снег – предметы влажности, перемещающиеся вокруг земли», «ворона и воробей – состоят из одинакового «количества слогов». Больные шизофренией не испытывают замешательства при переходе к несравнимым понятиям: «Ось и оса – имеют в середине продолговатость; созвучны»; «Муха и дерево – муха шу-

мит при полете и дерево при ветре тоже шумит»; «Ботинок и карандаш – оставляют след» и т. п. Подобное использование второстепенных, малозначимых признаков и псевдоабстракций в качестве критерия обобщения не снимается обучением.

При различных пограничных заболеваниях можно отметить *личностную окраску* мышления. Выбирая критерий обобщения, больные опираются на собственные вкусы и пристрастия. Личностная окраска может проявиться в объяснениях: «Золото и серебро – терпеть не могу всего этого, из-за денег и сына погубили» (сын больной был убит при ограблении).

Объяснение пословиц и метафор. При помощи этой методики психолог устанавливает наличие у больного способности к обобщению, отвлечению, абстрагированию и переносу. Методика широко распространена, ею пользуются не только психологи, но и психиатры.

Пословицы – это такой жанр фольклора, который через конкретные ситуации передает обобщенное суждение. Обобщенность суждения можно понять, только отвлекаясь от конкретных фактов, умея в единичном явлении увидеть обобщенное значение и перенести содержание пословицы на другие ситуации. Таким образом, за подобной операцией переноса фактически стоит отвлечение (абстрагирование), анализ, взаимосвязанный с синтезом.

Больному предлагается объяснить смысл общеупотребительных пословиц. При затруднении (больной понимает только сугубо конкретный смысл пословицы) предлагается придумать какой-либо жизненный пример, к которому подходит данная пословица. При ярко выраженном снижении уровня обобщения, конкретизации мышления (при олигофрении, тяжелых формах диффузного органического процесса), когда больным не помогает даже описание ситуации, соответствующей смыслу пословицы, психолог предлагает для объяснения метафоры.

В некоторых случаях (например, при поражениях сосудов головного мозга) больные объясняют пословицы на достаточно обобщенном уровне, потому что эти пословицы хорошо знакомы, привычны. Для того чтобы выяснить умение больного обобщать новый материал, ему предлагают объяснить незнакомую (редко употребляемую) пословицу.

Обработка и анализ полученных данных. В первую очередь отмечается, какую именно помощь необходимо было оказать больному, как он ее использовал при объяснении новых пословиц. Далее устанавливается, какой уровень обобщения доступен больному. При снижении уровня обобщения до конкретного мы встречаемся с буквальным толкованием пословицы или метафоры: «Не в свои сани не садись» – «правильная пословица, нечего садиться в чужие сани, нет своих – ходи пешком» (прогрессивный паралич). Этот же больной так объясняет пословицу «Своя рубашка ближе к телу»: «конечно, моя рубашка на мне, а чужая гораздо дальше»; «не все то золото, что блестит»: вы знаете, доктор, это очень мудрая пословица, посмотрите – все блестит, даже стол, если его как следует вытереть, будет блестеть, а ведь он не золотой».

Обычно этой методикой пользуются после того, как в клинической беседе выявляется снижение интеллекта. Больным с сохранным мышлением лучше предлагать другие методики, например «Пиктограмму», «Сравнение понятий».

Заучивание 10 слов. Эта методика предложена А. Р. Лурия, в клинике используется как для исследования памяти, так и для оценки степени влияния утомляемости на продуктивность мнестической деятельности.

Проведение методики нуждается в соответствующей обстановке. В комнате не должно быть посторонних разговоров. Больному предлагают запомнить 10 слов. Они должны отвечать нескольким условиям:

1) однообразие: все слова – имена существительные в ед. числе, им. падеже, состоящие из одинакового количества слогов (одно- или двусложные);

2) слова по возможности должны быть не связаны между собой (нельзя предлагать для запоминания слова: стол – стул; огонь – вода и т. п.). Обычно в методике используется следующий ряд слов: лес, хлеб, стул, брат, конь, гриб, мед, дом, мяч, куст.

Инструкцию дают в два этапа:

1) «Сейчас я вам прочту слова. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке». Читать слова надо медленно и четко. Когда больной вспоминает, надо отметить в протоколе те слова, которые он смог воспроизвести.

2) «Сейчас я вам снова прочту те же слова, и вы опять повторите все, что запомнили».

Опыт повторяется 3-5 раз, при необходимости 10 раз (направленность обследования на выявление утомления). Обязательно записываются все лишние слова, которые называет больной. После 3-5-кратного повторения психолог переходит к другим исследованиям, а затем через 50-60 мин спрашивает у больного эти слова (без дополнительного прочтения). Таким образом исследуется отсроченное воспроизведение.

Обработка и анализ полученных результатов. В первую очередь определяется объем механической памяти: количество слов, воспроизведенных после первого повторения, считается объемом памяти. В норме он находится в пределах 5-9 слов.

Очень важно оценить процесс заучивания. Для этого строится график по результатам всех повторений.

В норме к 3-му повторению здоровый человек запоминает 9-10 слов и в дальнейшем после каждого повторения их воспроизводит. Отсроченное воспроизведение равно 7-9 словам. В тех случаях, когда утомляемость оказывает выраженное влияние на познавательную деятельность, процесс заучивания становится иным. Больные (в первую очередь с

различными органическими заболеваниями головного мозга) с низким объемом памяти (меньше 5 слов после 1-го повторения) ко 2-3-му повторению запоминают 6-8 слов, а затем после каждого повторения вспоминают все меньше и меньше. У больных с поражением сосудов головного мозга подобное снижение продуктивности запоминания может носить колеблющийся характер.

Интересные данные получаются при сопоставлении объема механической и опосредованной памяти («Заучивание 10 слов» и «Пиктограмма»). В норме количество слов, запоминаемых с помощью пиктограмм, превышает количество слов после первого предъявления в методике «Заучивание 10 слов».

Итак, экспериментально-психологическое обследование помогает врачу решать дифференциально-диагностические и экспертные вопросы. Лаборатория патопсихологии обычно располагает набором из 40-50 методик, для каждого больного индивидуально разрабатывается программа исследования. Принципиально важно, что в отечественной патопсихологии исследование строится как обучающий эксперимент, что и делает продуктивным экспериментально-психологическое исследование в психиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. – М.: Пульс, 2003. – 319 с.

Губский Ю.И., Шаповалова В.А., Кутько И.И., Шаповалова В.В. Лекарственные средства в психофармакологии. – Киев: Здоров'я, 1997. – 282 с.

Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И. Психиатрия. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 574 с.

Карлов В.А. Судорожный эпилептический статус. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 159 с.

Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. – 565 с.

Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова: В 2 т. – М.: Медицина, 1999. – 1568 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

**СХЕМА КУРСОВОЙ РАБОТЫ
ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Куратор Ф.И.О. – студент_ курса _ группы
Преподаватель
Дата начала обследования
Дата окончания обследования
Дата представления курсовой работы
Оценка курсовой работы
Дата

Курсовая работа

Фамилия, имя, отчество испытуемого (испытуемых)
Возраст
Пол
Профессия
Образование
Степень владения русским языком

Протоколы исследования

Куратор (экспериментатор) должен представить протоколы обследования испытуемых, проведенного во вне-учебное время. В протоколах должны быть отмечены данные предварительной беседы, в которой испытуемый сам должен оценить возможности собственной познавательной деятельности (памяти, внимания, умственной работоспособности). Куратору следует также отметить отношение испытуемого к факту исследования его умственных способностей и отдельно зафиксировать реакцию на помощь во время исправления ошибок. Те случаи, когда испытуемый изменял самооценку после выполнения заданий, также надо отметить в протоколе обследования.

1. Исследование памяти

Куратору необходимо провести исследование состояния памяти при помощи методики «Заучивание 10 слов» и «Пиктограмма». В курсовой должны быть представлены протоколы исследования.

1.1. Протокол результатов исследования механической памяти и влияния утомления на продуктивность мнестической деятельности (табл. 1).

Таблица 1
Результаты исследования по методике «Заучивание слов»

№ слова п/п	Слова для запоминания	Номер повторения воспроизведения										Отсроченное воспроизведе- ние (через час)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	лес											
2	хлеб											
3	стул											
4	брат											
5	конь											
6	гриб											
7	мед											
8	дом											
9	мяч											
10	куст											
	Итого:											

Отмечая в табл. 1 слова, которые вспоминает испытуемый, куратор отмечает и порядок воспроизведения. Для выявления процесса заучивания и влияния утомления на продуктивность мнестической деятельности необходимо построить график.

По результатам обследования необходимо сделать вывод о состоянии механической памяти (объем, процесс за-

учивания, влияние утомления, отсроченное воспроизведение) у данного испытуемого, сравнить с нормой.

1.2. Протокол результатов исследования смысловой (опосредованной) памяти и мышления.

По результатам методики «Пиктограмма» куратор должен сделать вывод о состоянии опосредованной памяти испытуемого (привести нормативные данные), сравнить объем механической («Заучивание 10 слов») и смысловой («Пиктограмма»).

Кроме того, провести анализ рисунков и объяснений испытуемых. Установить качество опосредованных образов, степень их обобщенности. Куратор должен сделать вывод об умении испытуемого пользоваться для решения задачи опосредованными образами, определить степень его способности к обобщению.

2. Исследование мышления

Экспериментатор должен провести исследование состояния мышления при помощи методики «Сравнение понятий» и представить протокол.

2.1. Протокол результатов исследования мышления (табл. 2).

После обработки полученных данных куратор должен сделать вывод о степени обобщенности критерия сравнения, которым пользуется испытуемый. Кроме того, необходимо специально отметить в протоколе и оценить критичность больного (по результатам работы с несравнимыми понятиями).

Анализируя данные всех методик, куратор должен сделать общий вывод о состоянии познавательной деятельности испытуемого.

Таблица 2

Результаты исследования по методике «Пиктограмма»

№ слов п/п	Слова для запоминания	Рисунок испытуемого	Объяснения испытуемого	Воспроизведение через час	Обработка
1	Болезнь	Красный крест	Символ медицины	Болезнь	Абстрактно

Рисунок испытуемого (на отдельном листе) прилагается к протоколу методики «Пиктограмма».

Эта же схема составления протоколов исследования с записью выводов по результатам применяемых методик используется при курации больных. Протоколы исследований помещаются в разделе IX «Лабораторные исследования», а заключение – в разделе VIII «Психический статус».

№ слов п/п	Слова для сравнения	Сходство	Различие	Обработка результатов
1	Корова – лошадь	Животные	Разные биологические виды	Адекватное толкование
2	Обман – ошибка	Начинаются на букву «О»	Слова мужского и женского рода	Неадекватное толкование

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ
ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО**

Куратор
Ф.И.О студента.....курса.....группы
Преподаватель.....
Дата начала курации.....
Дата окончания курации.....
Дата представления истории болезни.....
Оценка истории болезни.....
Дата

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, имя и отчество больного
Возраст.....
Пол

Профессия (если инвалид, то какой группы).....
Дата поступления в клинику.....
Кем направлен.....
Диагноз: а) направившего лечебного учреждения
б) при поступлении.....
в) клинический диагноз.....

I. Жалобы больного

Куратор должен описать жалобы больного, имеющиеся к моменту курации, а жалобы, имевшиеся к моменту поступления в клинику, нужно описать в истории настоящего заболевания. Описание должно быть подробным. Если пациент, считая себя здоровым, не предъявляет никаких жалоб, то куратор обязательно должен это отметить.

II. Сведения о наследственности

Собирая анамнез, следует выяснить, не было ли среди родственников больного (мать, отец, родные и двоюродные братья и сестры, дедушки и бабушки, дяди и тети) какого-либо психического заболевания. Следует также выяснить, не было ли в семье больного заболеваний сифилисом или алкоголизмом, какими тяжелыми соматическими заболеваниями страдали его родители (сердечно-сосудистые заболевания, болезни обмена и т. д.).

III. История жизни

Описывая историю жизни, студент должен указать, с чьих слов (больного или по объективным данным) она написана. Каким по счету родился больной, примерный возраст родителей к его рождению. Не было ли у матери выкидышей или мертворожденных детей. Как больной рос и развивался, как учился, что окончил, кем работал. Каким был по характеру (живым, общительным, замкнутым, подозрительным, злопамятным и т. д.) в детские, юные, зрелые годы. Не отмечалось ли когда-либо немотивированных изменений настроения. Какие заболевания перенес в детском и взрослом возрасте, не было ли травм головы, каких-либо психических травм (внезапных или длительно воздействовавших).

Половая и семейная жизнь: с какого времени живет половой жизнью, не было ли каких-либо извращений, как сложились семейные отношения, есть ли дети, здоровы ли.

Для женщин – с какого возраста начались менструации, когда закончились, их характер, сколько было беременностей, чем они заканчивались.

Употребление алкоголя (с какого возраста, как часто, в каком количестве, реакция на него). Курение. Употребление других психоактивных веществ.

IV. История настоящего заболевания

Как и при описании истории жизни, следует указать, с чьих слов собраны данные о развитии настоящего заболевания.

Когда и как (остро, внезапно или исподволь) началось заболевание. Первые его признаки (повышенная утомляемость, снижение работоспособности, изменение настроения, немотивированные поступки и т. д.). Как развивалось заболевание, когда больной обратился к врачу, чем и как (амбулаторно или стационарно) лечился, с каким эффектом. Впервые или повторно поступает в клинику. Какие жалобы были у него к моменту настоящего поступления, как протекало заболевание, чем лечился больной.

При написании истории болезни ребенка период раннего развития, как протекали беременность и роды у матери, описывают особенно подробно (со слов матери).

V. Объективные сведения о больном

Указать, из каких источников.

VI. Соматическое состояние

Положение и общее состояние больного.

Наружный осмотр с точки зрения телесных повреждений: следы ранений, ожогов, ушибов, следы инъекций и т.д. Особенности строения тела (деформация зубов, костей, микроцефалия, диспластичность). Кожные покровы и слизистые оболочки. Подкожный жировой слой. Органы дыхания. Сердечно-сосудистая система. Пульс. Артериальное давление. Органы пищеварения. Appetit. Печень и желчный пузырь. Селезенка. Мочеполовая система. Эндокринная система.

VII. Неврологический статус

Характер сна. Общемозговые явления (головная боль, ее характер, головокружения). Менингеальные симптомы. Высшие корковые функции (праксис, гнозис, счет, речь, письмо). Черепно-мозговые нервы.

Двигательные функции конечностей и туловища. Гиперкинезы. Координация движений. Рефлексы. Чувствительность. Органы чувств. Вегетативная нервная система.

VIII. Психический статус

Общий облик больного и поза его (нелепо одет, обнажен, неряшлив, неподвижно лежит в постели в эмбриональной позе, стереотипно переступает с ноги на ногу, сидит в депрессивной позе).

Как встретил куратора (спокойно, приветливо, настороженно, злобно) и как вступил в контакт (по существу, формально, отказался разговаривать). Как вообще контактирует с окружающими (избирательно, полное отсутствие контакта).

Речь больного (тихая, замедленная, очень быстрая, вычурная и т. д.). Отношение к своему состоянию и пребыванию в клинике (считает себя здоровым, больным не той болезнью, о которой думают врачи).

Ориентировка в окружающем и состояние сознания (ясное, помраченное). При помрачении сознания следует подробно описать характер синдрома (все виды нарушения ориентировки – в собственной личности, месте, времени, окружающей действительности, изменение восприятия окружающего).

Расстройства восприятия и мышления. Подробно описываются иллюзии и галлюцинации, их характер (слуховые, зрительные и другие элементарные или сложные, эпизодические или постоянные, императивные) и отношение к ним больного.

Бредовые идеи. Описание очень подробное: следует изложить не только содержание бреда, но и то, как выявлено его наличие (больной охотно говорит об этом; объясняется намеками; полностью отрицает бред, но дает повод заподозрить его своим неправильным поведением).

Расстройство памяти (нарушение памяти на прошлое, настоящее, наличие парамнезий).

Нарушение мышления: склонность к детализации, резонерство, персеверации и т.д.

Состояние интеллекта. Заключение по результатам экспериментально-психологического обследования.

Навязчивые явления (навязчивые мысли, страхи, действия). Описываются, как и вся симптоматика, очень подробно: в какой обстановке возникают навязчивости, какие больной выработал собственные «меры защиты».

Двигательные нарушения. Подробно описываются все имеющиеся у больного двигательные нарушения (эхопраксия, ступор, манерность, двигательное возбуждение), а также припадки. Если куратор сам не наблюдал припадков, то должен описать их со слов персонала или лечащего врача, указав, кто именно наблюдал припадок. Следует описать припадок и со слов больного (что именно о припадке он помнит, предчувствует ли его, как чувствует себя после припадка).

Эмоциональные нарушения: больной спокоен, тосклив, тревожен, эйфоричен, благодушен.

Примечание. Если у больного отсутствует та или иная патологическая симптоматика, то в психическом статусе коротко следует указать это. Например, «двигательных нарушений нет» или «память и интеллект без изменений». В то же время нужно помнить, что психически больные нередко диссимулируют свое состояние. Эта диссимуляция касается в первую очередь бредовых идей и галлюцинаций. Поэтому если куратору не удалось обнаружить такого рода патологии, то в психическом статусе он должен отразить это следующим образом: «Больной бредовых идей не высказывает, галлюцинации отрицает».

IX. Лабораторные исследования

Клинические анализы крови и мочи, анализ спинно-мозговой жидкости, рентгенологическое, психологическое, электроэнцефалографическое и другие специальные исследования в том числе исследование крови на антитела (RW, ВИЧ, гепатиты).

X. Диагноз и его обоснование

На основании жалоб тщательно проанализированной клинической картины заболевания и характера его динамики, отраженной в анамнезе, а также учитывая лабораторные данные, обосновывают диагноз заболевания. Если имеются сопутствующие заболевания, следует указать и их, но без обоснования.

XI. Дифференциальный диагноз

Необходимо тщательно дифференцировать основное заболевание и внешне сходные с ним болезненные проявления.

XII. Лечение

Дать описание всех методов лечения, применяемых в настоящее время при обнаруженном у курируемого больного заболевании. Кроме того, описать применяемое в настоящее время к курируемому больному лечение и обосновать его.

XIII. Дневник

Жалобы больного, его общее состояние. Изменение психического статуса. Назначения.

Примечание. История болезни психически больного имеет ряд существенных отличий от истории болезни соматического или неврологического больного:

1) в ней наряду с описанием соматического статуса и неврологического состояния должен быть самым подробным образом описан психический статус в динамике;

2) для написания истории психического заболевания помимо данных обследования больного (соматическое, неврологическое и психическое состояние, данные лабораторных исследований) и собранного у больного анамнеза куратор должен располагать также сведениями, собранными путем опроса родственников больного и близких ему людей, без этого психиатрическая история болезни считается неполной;

3) в истории болезни психически больного должна подробно описываться не только история заболевания, но и история жизни больного (перед историей болезни).

При составлении истории болезни куратору необходимо помнить, что чем подробнее анамнез, чем полнее отражена патологическая симптоматика, тем больше он будет иметь возможностей для быстрого и правильного распознавания болезни и назначения необходимой терапии. Наиболее же полные сведения о больном куратор получит только в том случае, если сможет правильно подойти к нему, сумеет установить с ним хороший контакт. Для установления контакта следует руководствоваться следующими общими положениями:

1) не начинать беседу сразу с расспросов о болезни, а попытаться получить, прежде всего, общие сведения о больном (о его возрасте, профессии, образовании, семейном положении и т. д.);

2) беседовать неторопливо, спокойно и серьезно, не пытаться сразу же разубедить больного в его патологических заблуждениях, но и не поощрять болезненные суждения. Даже самые нелепые заявления и неправильности поведения больного не должны вызывать у куратора несерьезного отношения к нему;

3) не входить с больным в обсуждение его состояния, не дискутировать в его присутствии с коллегами, не говорить при больном о найденных у него отклонениях;

4) в случаях обращения больного к куратору с какими-либо просьбами или вопросами по поводу его болезни, режима, лечения, выписки и т. д. отсылать больного к лечащему врачу.

**МЕЖДУНАРОДНАЯ
КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ-10)
(10-й пересмотр, 1994 год)**

Глава V (F) Психические и поведенческие расстройства

F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F 00	Деменция при болезни Альцгеймера
F 01	Сосудистая деменция
F 02.0	Деменция при болезни Пика
F 02.2	Деменция при болезни Гентингтона
F 02.3	Деменция при болезни Паркинсона
F 04	Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами
F05	Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами
F 06	Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни
F 06.0	Органический галлюциноз
F 06.1	Органическое кататоническое расстройство
F 06.2	Органическое бредовое расстройство
F 06.3	Органические аффективные расстройства
F 06.4	Органическое тревожное расстройство
F 06.5	Органические диссоциативные расстройства
F 06.6	Органические эмоционально-лабильные (астенические) расстройства

F 07	Расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга
F 1	<i>Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ</i>
F 10	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя
F 11	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов
F 12	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов
F 13	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных средств
F 14	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина
F 15	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов
F 16	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов
F 17	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака
F 18	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей
F 1x.1	Употребление с вредными последствиями
F 1x.2	Синдром зависимости
F 1x.3	Состояние отмены
F 1x.4	Состояние отмены с делирием
F 1x.5	Психотическое расстройство
F 1x.6	Амнестический синдром
F 2	<i>Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства</i>
F 20	Шизофрения

F 20.0	Параноидная шизофрения
F 20.1	Гебефренная шизофрения
F 20.2	Кататоническая шизофрения
F 20.6	Простая шизофрения
F 21	Шизотипическое расстройство
F 22	Хронические бредовые расстройства
F 23	Острые и транзиторные психотические расстройства
F 24	Индукцированное бредовое расстройство
F 25	Шизоаффективные расстройства
F 3	<i>Аффективные расстройства (расстройства настроения)</i>
F 30	Маниакальные эпизод
F 31	Биполярное аффективное расстройство
F 32	Депрессивный эпизод
F 33	Рекуррентное депрессивное расстройство
F 34	Хронические аффективные расстройства настроения
F 34.0	Циклотимия
F 34.1	Дистимия
F 4	<i>Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства</i>
F 40	Тревожно-фобические расстройства
F 40.0	Агорафобия
F 40.1	Социальные фобии
F 40.2	Специфические (изолированные) фобии
F 41	Другие тревожные расстройства
F 41.0	Паническое расстройство
F 41.1	Генерализованное тревожное расстройство
F 41.2	Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
F 42	Обсессивно-компульсивное расстройство
F 43	Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

F 43.0	Острая реакция на стресс
F 43.1	Посттравматическое стрессовое расстройство
F 43.2	Расстройство адаптации
F 43.20	Кратковременная депрессивная реакция
F 43.21	Пролонгированная депрессивная реакция
F 43.22	Смешанная тревожная и депрессивная реакция
F 43.24	С преобладанием нарушений поведения
F 44	Диссоциативные [конверсионные] расстройства
F 44.0	Диссоциативная амнезия
F 44.1	Диссоциативная фуга
F 44.2	Диссоциативный ступор
F 44.3	Трансы и состояние овладения
F 44.4	Диссоциативные двигательные расстройства
F 44.5	Диссоциативные конвульсии
F 44.6	Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия
F 44.80	Синдром Ганзера
F 44.81	Расстройство множественной личности
F 45	Соматоформные расстройства
F 45.0	Соматизированное расстройство
F 45.1	Недифференцированное соматоформное расстройство
F 45.2	Ипохондрическое расстройство
F 45.3	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы
F 45.30	Сердца и сердечно-сосудистой системы
F 45.31	Верхней части желудочно-кишечного тракта
F 45.32	Нижней части желудочно-кишечного тракта
F 45.33	Дыхательной системы
F 45.3	Урогенитальной системы
F 45.4	Хроническое соматоформное болевое расстройство
F 48	Другие невротические расстройства
F 48.0	Неврастения
F 48.1	Синдром деперсонализации-дереализации

- F 5** ***Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами***
- F 50 Расстройства приема пищи
 - F 50.0 Нервная анорексия
 - F 50.2 Нервная булимия
 - F 50.8 Другие расстройства приема пищи
 - F 51 Расстройства сна неорганической этиологии
 - F 51.0 Бессонница неорганической этиологии
 - F 51.1 Сонливость [гиперсомния] неорганической этиологии
 - F 51.2 Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии
 - F 51.3 Снохождение [сомнамбулизм]
 - F 51.4 Ужасы во время сна [ночные ужасы]
 - F 51.5 Кошмары
 - F 52 Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями
 - F 52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения
 - F 52.1 Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия
 - F 52.4 Преждевременная эякуляция
 - F 52.7 Повышенное половое влечение
 - F 55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости (антидепрессанты, слабительные, анальгетики, витамины, стероиды или гормоны)
- F 6** ***Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых***
- F 60 Специфические расстройства личности
 - F 60.0 Параноидное расстройство личности
 - F 60.1 Шизоидное расстройство личности
 - F 60.2 Диссоциальное расстройство личности
 - F 60.3 Эмоционально-неустойчивое расстройство личности

F 60.4	Истерическое расстройство личности
F 60.5	Ананкастическое расстройство личности
F 60.6	Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности
F 60.7	Зависимое расстройство личности
F 61.0	Смешанные и другие расстройства личности
F 62	Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга
F 62.0	Стойкое изменение личности после переживания катастрофы
F 63	Расстройства привычек и влечений
F 63.0	Патологическое влечение к азартным играм
F 63.1	Патологическое влечение к поджогам [пиромания]
F 63.2	Патологическое влечение к воровству [клептомания]
F 63.3	Трихотилломания
F 64	Расстройства половой идентификации
F 64.0	Транссексуализм
F 64.1	Трансвестизм двойной роли
F 65.0	Фетишизм
F 65.1	Фетишистский трансвестизм
F 65.2	Экспозиционизм
F 65.3	Вуайеризм
F 65.4	Педофилия
F 65.5	Садомазохизм
F 66	Психические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией
F 66.0	Расстройство сексуального созревания
F 66.1	Эгодистоническая половая ориентация

F 7	Умственная отсталость
F 70	Умственная отсталость легкой степени
F 71	Умственная отсталость умеренная
F 72	Умственная отсталость тяжелая
F 73	Умственная отсталость глубокая
F 8	Нарушения психологического развития
F 80	Специфические расстройства развития речи и языка
F 81	Специфическое расстройство школьных навыков
F 82	Специфические расстройства развития моторной функции
F 84	Общие расстройства психологического развития
F 84.0	Детский аутизм
F 84.4	Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
F 84.5	Синдром Аспергера
F 9	Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
F 90	Гиперкинетические расстройства
F 91	Расстройства поведения
F 93	Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста
F 94	Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов
F 95	Тики
F 98	Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
F 98.0	Энурез неорганической природы
F 98.1	Энкопрез неорганической природы

F 98.2	Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте
F 98.5	Заикание

Критерии психического здоровья (по ВОЗ)

- Осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».
- Чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.
- Критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам.
- Соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.
- Способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами
- Способность планировать и реализовывать собственную жизнедеятельность.
- Способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
<i>Раздел I</i>	
ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ	
Глава I. Симптомы психических заболеваний	7
Расстройства ощущений, восприятий, представлений.....	7
Расстройства мышления.....	16
Расстройства самосознания, растерянность.....	31
Эмоциональные (аффективные) расстройства.....	31
Нарушения памяти.....	34
Глава II. Психопатологические синдромы	37
Астенический синдром.....	37
Бредовые синдромы.....	38
Эмоциональные (аффективные) синдромы.....	43
Кататонические синдромы.....	46
Амнестический синдром.....	48
Психоэндокринный синдром.....	49
Психоорганический синдром.....	50
Слабоумие.....	51
Синдромы нарушения сознания.....	53
<i>Раздел II</i>	
ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
Вводная часть	65
Глава III. Олигофрени	67
Глава IV. Психические нарушения вследствие сифилитического поражения головного мозга	78
Сифилис мозга (Lues cerebri).....	78
Врожденный сифилис (Lues congenita).....	83
Прогрессивный паралич (Paralysis progressiva alienorum).....	84
Глава V. Эпилепсия	91

Глава VI. Нервно-психические расстройства, связанные с поражением сосудов головного мозга	105
Психические нарушения при церебральном атеросклерозе.....	105
Психические нарушения при гипертонической болезни..	108
Психические нарушения при гипотонической болезни...	112
Глава VII. Психические нарушения пожилого и старческого возраста	113
Пресенильные (инволюционные) психозы.....	113
Психические расстройства сенильного (старческого) возраста.....	117
Глава VIII. Алкоголизм, наркомании, токсикомании	127
Алкоголизм.....	127
Наркомании.....	136
Токсикомании.....	138
Глава IX. Психические нарушения при инфекционных заболеваниях	140
Глава X. Психические нарушения при соматических заболеваниях и нарушении деятельности желез внутренней секреции	150
Глава XI. Психические расстройства при травмах головного мозга	172
Глава XII. Шизофрения	178
Глава XIII. Аффективные заболевания (маниакально-депрессивный психоз, циклотимия, дистимия)	190
Глава XIV. Психогенные заболевания	196
Реактивные психозы.....	196
Невротические расстройства (неврозы).....	204
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)....	210
Глава XV. Расстройства личности (психопатии)	212
Глава XVI. Нервная анорексия и булимия	220
Глава XVII. Психофармакология	226
Нейролептики.....	226
Транквилизаторы.....	239
Антидепрессанты	243
Психостимуляторы.....	249

Ноотропы.....	249
Нормотимики.....	251
Антиконвульсанты.....	252
Психодизлептики (психотомиметические средства).....	273

Глава XVIII. Организация психиатрической и наркологической помощи.....	276
---	------------

Раздел III
МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Глава XIX. Основы патопсихологии.....	283
Особенности нарушений познавательной деятельности при различных психических заболеваниях.....	287
Методики экспериментальной патопсихологии.....	293

Литература.....	307
------------------------	------------

ПРИЛОЖЕНИЯ

<i>Приложение 1. Схема курсовой работы по медицинской психологии.....</i>	<i>311</i>
<i>Приложение 2. Схема истории болезни психически больного.....</i>	<i>315</i>
<i>Приложение 3. Международная классификация болезней (МКБ-10).....</i>	<i>322</i>

Учебное издание

**Коркина Мария Васильевна
Марилов Валентин Васильевич
Артемьева Марина Станиславовна
Брюхин Андрей Евгеньевич
Карева Марина Александровна
Сулейманов Роман Александрович
Цивилько Марина Александровна**

ПРАКТИКУМ ПО ПСИХИАТРИИ

Под редакцией профессора М.В. Коркиной

Редактор *И.Л. Панкратова*
Технический редактор *Н.А. Ясько*
Компьютерная верстка *М.Н. Заикина*
Дизайн обложки *М.В. Рогова*

*В оформлении обложки использована репродукция
картины Эдварда Мунка «Крик» (1893)*

Подписано в печать 04.02.14 г. Формат 60×90/16. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 21,0. Тираж 700 экз. Заказ 79

Российский университет дружбы народов
117923, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

Типография РУДН
117923, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. 952-04-41

Для заметок

Для заметок
