

THE CHARITABLE FOUNDATION PUBLISHING  
HOUSE "SPHERE" IS FOUNDED BY BOTH  
THE UKRAINIAN-AMERICAN BUREAU  
FOR THE PROTECTION OF HUMAN  
RIGHTS AND THE INTERNATIONAL  
FOUNDATION "GENEVA INITIATIVE  
ON PSYCHIATRY" WITH THE PURPOSE OF  
PUBLISHING BOOKS AND BROCHURES WHICH  
CONTRIBUTE TO THE CREATION OF A CIVIL  
SOCIETY AND DEVELOPMENT OF SCIENCE  
IN UKRAINE ON A NONCOMMERCIAL BASIS

**Сфера**  
ИЗДАТЕЛЬСТВО

МЕЖДУНАРОДНЫЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ  
ФОНД  
ОСНОВАН УКРАИНСКО-  
АМЕРИКАНСКИМ БЮРО  
ЗАЩИТЫ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА  
И МЕЖДУНАРОДНЫМ ФОНДОМ  
"ЖЕНЕВСКАЯ ИНИЦИАТИВА В  
ПСИХИАТРИИ" С ЦЕЛЬЮ ИЗДАНИЯ  
И РАСПРОСТРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ  
И ГУМАНИТАРНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ  
НА НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОСНОВЕ

---

---

**PSYCHIATRY IN  
MEDICAL  
PRACTICE**  
SECOND EDITION

---

---

David Goldberg  
Sidney Benjamin  
Francis Creed



London and New York



Дэвид Голдберг  
Сидней Бенджамин  
Фрэнсис Крид

---

---

ПСИХИАТРИЯ  
В МЕДИЦИНСКОЙ  
ПРАКТИКЕ

---

---

УДК 616.89  
ББК 56.14  
Г60

Перевели с английского Александра Абессонова и Денис Полтавец

David Goldberg, Sidney Benjamin, Francis Creed  
PSYCHIATRY IN MEDICAL PRACTICE  
Routledge is an International Thomson Publishing company  
ISBN 0-415-10611-7 (hbk)  
ISBN 0-415-10612-5 (pbk)

Научный редактор доктор медицинских наук, профессор **В.И.Полтавец**

**Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф.**

Г60 Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ. А.Абессоновой, Д.Полтавца. — К.: Сфера, 1999. — 304 с.  
ISBN 966-7267-84-9

Книга дает простую, четкую основу для понимания психических расстройств, формирует правильный подход к их выявлению и оказанию необходимой помощи в условиях общемедицинской практики. Особое внимание уделено соматическим проявлениям психических расстройств, связям между психическими нарушениями и соматическими заболеваниями. Подробно рассмотрена методика проведения медицинского интервью. Во второе издание внесены изменения, учитывающие современную ситуацию: обозначения расстройств приведены в соответствие с 10-й редакцией Международной классификации болезней (МКБ-10), включено описание посттравматического стрессового расстройства, освещены психологические аспекты СПИДа. Материал изложен в живой и яркой, доходчивой форме; иллюстрирован примерами.

Для студентов и выпускников медицинских вузов, а также врачей общего профиля.

**ББК 56.14**

ISBN 966-7267-84-9

© 1987, 1994 David Goldberg, Sidney Benjamin,  
Francis Creed  
© А.Абессонова, Д.Полтавец, перевод, 1999  
© Издательство «Сфера», оформление, 1999

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Предисловие ко второму изданию</b>	<b>9</b>	Реакция интервьюера на больного	42
<b>1. Введение</b>	<b>11</b>	Пример записи данных исследования психического состояния	42
Клинический подход к больному	11	Схема исследования психического состояния	44
Синдромы психических расстройств	11	Дополнительная литература	44
Расстройства, связанные с определенными стадиями жизненного цикла	11	<b>4. Синдромы и диагноз</b>	<b>45</b>
Психиатрия в больнице общего профиля.		Цель и ограничения диагноза	45
Правовые аспекты психиатрии	12	Традиционная систематизация диагностических категорий	46
Эпидемиология	12	Иерархическая модель диагнозов	48
Навыки, которые следует приобрести	12	Один диагноз или два?	50
Знание методов ведения больных	13	Классификационные системы	51
Профилактика психических расстройств	13	Дополнительная литература	52
Как читать эту книгу	14	<b>5. Этиология</b>	<b>53</b>
Карта-памятка	14	Этиологические факторы	53
<b>Часть I. КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К БОЛЬНОМУ</b>		Значение генетических факторов	55
<b>2. Способы ведения беседы и сбор анамнеза</b>	<b>16</b>	Средовые факторы	55
Анамнез настоящего заболевания	17	Жизненные события	56
Семейный анамнез	22	Механизмы психологической защиты	56
Анамнез жизни	22	Личностные расстройства	58
Преморбидные особенности личности	26	Пример описания этиологических факторов	64
Беседа с особыми группами больных	26	<b>6. Методы исследования</b>	<b>65</b>
Беседа с родственником пациента	26	Генеалогическая таблица	65
<b>3. Исследование психического состояния</b>	<b>28</b>	Психометрическое исследование	66
Внешний вид и поведение	29	Электроэнцефалография (ЭЭГ)	69
Расстройства речи и мышления	30	Методы получения изображения головного мозга	69
Расстройства настроения	32	Как планировать исследования	70
Содержание мышления	33	Участие парамедицинских работников	72
Восприятие	35	<b>7. Лечение</b>	<b>73</b>
Функции интеллекта	37	Биологические методы лечения: лекарственные препараты	73
Абстрактное мышление	41	Биологические методы лечения: электросудорожная терапия (ЭСТ)	89
Осознание и оценка пациентом своего психического состояния	41	Методы когнитивной и бихевиоральной терапии	91

Психотерапия	97	Боль	132
Планирование лечения	103	Дополнительная литература	134
Дополнительная литература	105	<b>11. Органические психосиндромы</b>	<b>135</b>
<b>8. Прогноз</b>	<b>106</b>	Делирий	135
Генетические факторы	106	Подострый делирий	140
Прогностические факторы, относящиеся к раннему детскому возрасту	106	Алкогольный делирий (белая горячка)	140
Преморбидные особенности личности	106	Деменция	141
Зрелость и незрелость	106	Очаговые органические психосиндромы	149
Уровень достижений до начала заболевания	107	Травмы головы	152
Психиатрический анамнез	107	Дополнительная литература	153
Провоцирующие факторы	107	<b>12. Шизофрения и шизофреноподобные расстройства</b>	<b>154</b>
Степень социальной адаптации пациента на данный момент	107	Эпидемиология	154
Тип начала заболевания	108	Клинические признаки шизофрении	154
Длительность настоящего заболевания	108	Диагностические критерии	157
Соблюдение больным режима и схемы лечения	108	Дифференциальный диагноз	157
Характер самого расстройства	108	Нейрохимия	158
<b>9. Обоснование диагноза</b>	<b>109</b>	Этиология	159
Цель обоснования диагноза	109	Течение шизофрении	161
Форма обоснования диагноза	109	Исследования	162
Пример 1. Обоснование диагноза	110	Лечение	162
Как использовать обоснование диагноза	112	Прогноз	163
Пример 2. Обоснование диагноза: психоз	112	Модель шизофрении	163
Пример 3. Обоснование диагноза: соматизация	115	Дополнительная литература	164
Дополнительная литература	118	<b>13. Аффективные расстройства</b>	<b>165</b>
<b>Часть II. СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ</b>		Тревожные состояния и родственные им расстройства	165
<b>10. Психиатрические аспекты соматического заболевания</b>	<b>120</b>	Депрессия	171
Взаимосвязи между соматическими и психическими заболеваниями	120	Биполярное аффективное расстройство	178
Лечение психического заболевания, ассоциированного с соматическим заболеванием	121	Дополнительная литература	181
Психические проявления соматических заболеваний	122	<b>14. Дезадаптивные формы поведения</b>	<b>182</b>
Эндокринные расстройства	122	Синдром алкогольной зависимости и негативные последствия, связанные с употреблением алкоголя	182
Расстройства обмена веществ	123	Синдром зависимости от психоактивных веществ	189
Состояния, вызванные токсическим действием или недостатком в организме определенных веществ	125	Нервная анорексия	193
Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)	125	Нервная булимия	197
Нервные болезни	127	Ожирение	198
Эпилепсия	127	Обсессивно-компульсивное расстройство	198
		Дополнительная литература	199
		<b>15. Патологическое поведение, связанное с болезнью</b>	<b>200</b>
		Нормальное поведение, связанное с болезнью	200
		Аномальное поведение, связанное с болезнью	200
		Соматизация	202

Соматоформные расстройства	204	<b>19. Психические расстройства</b>	
Симулятивные расстройства	207	<b>позднего возраста</b>	<b>255</b>
К вопросу об «истерии»	210	Этиология	256
Дифференциальная диагностика патологического поведения, связанного с болезнью	210	Синдромы, часто встречающиеся в позднем возрасте	256
Медицинская тактика при патологическом поведении, связанном с болезнью, и при соматизации	211	Аффективные расстройства	260
Дополнительная литература	214	Алкоголизм и зависимость от психоактивных веществ	262
		Умственная отсталость	262
		Особенности обследования пациентов позднего возраста	262
		Лечение пациентов позднего возраста	262
		Дополнительная литература	264
<b>Часть III. РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ОПРЕДЕЛЕННЫМИ СТАДИЯМИ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА</b>		<b>Часть IV. ПСИХИАТРИЯ ДЛЯ ВРАЧА-СТАЖЕРА И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ</b>	
<b>16. Расстройства раннего возраста:</b>		<b>20. Психиатрия для врача-стажера</b>	<b>266</b>
<b>умственная отсталость</b>	<b>216</b>	Когда следует подозревать наличие психического расстройства	266
Терминология	216	Сокращенное обследование психического статуса в целях выявления аффективных расстройств	267
Эпидемиология	216	Как сообщать плохие известия родственникам пациента	267
Клинические признаки	217	Последствия калечащей операции	269
Диагностические критерии	218	Ведение умирающих больных	270
Этиология	219	Тяжелая утрата	272
Дифференциальный диагноз	220	Атипичные реакции горя	273
Исследования	221	Неотложные случаи, связанные с психическим состоянием пациента	273
Лечение	222	Некоторые типичные неотложные состояния	275
Течение и прогноз	224	Самоубийство и самоотравление	276
Дополнительная литература	224	Дополнительная литература	280
<b>17. Детский и подростковый возраст</b>	<b>225</b>	<b>21. Правовые аспекты психиатрии</b>	<b>281</b>
Обследование	225	Способность участвовать в судебном разбирательстве	281
Беседа с семьей	225	Уголовная ответственность	282
Беседа с родителями	225	Медицинское заключение для суда	283
Беседа с ребенком	226	Выступление в суде	283
Психическое состояние	226	Закон о психическом здоровье	283
Другие источники информации	227	Завещательная дееспособность	286
Этиология	227	Дополнительная литература	286
Многоосевой диагноз	228		
Психопатологические синдромы	228	<b>Глоссарий</b>	<b>287</b>
Специфические расстройства развития	233	<b>Предметный указатель</b>	<b>293</b>
Неблагоприятные психосоциальные условия	234	<b>Карта-памятка</b>	<b>303</b>
Общие лечебные мероприятия	234		
Дополнительная литература	235		
<b>18. Расстройства сексуальных и репродуктивных функций</b>	<b>236</b>		
Расстройства полового развития, возникающие в раннем возрасте	236		
Сексуальные расстройства взрослых	238		
Расстройства, связанные с репродуктивной функцией	246		
Дополнительная литература	254		

# Иллюстрации

## Рисунки

2.1. Обстановка, не располагающая к общению	18
2.1 (продолжение). Обстановка, располагающая к общению	19
2.2. Образец карты жизни, составленной для пациентки Веры Вудс	25
6.1. Пример генеалогической таблицы	67
15.1. Формы аномального поведения, связанного с болезнью	201

## Таблицы

4.1. Иерархическая модель диагнозов	49
4.2. Десять основных групп расстройств, входящих в пятую главу МКБ-10, и их связь с основными расстройствами, описанными в этой книге	51–52
5.1. Примеры этиологических факторов	54
6.1. Примеры исследований	71
7.1. Классификация психофармакологических веществ	74
7.2. Классификация нейролептиков	78
7.3. Побочные действия нейролептиков	81–82
7.4. Побочные действия антидепрессантов	85
7.5. План лечения	104

10.1. Нарушения водно-солевого баланса и соответствующие им психопатологические проявления	124
11.1. Причины делирия	136
11.2. Причины деменции	146
15.1. Различные аспекты поведения, связанного с болезнью	201
16.1. Относительная частота причин умственной отсталости в Западной Европе	219
16.2. Признаки, характеризующие стадии развития (на основе Денверского скринингового теста развития)	222
18.1. Данные анамнеза и обследования больного с вторичными нарушениями половых функций	243
20.1. Неотложная диагностика в случаях нарушенного или агрессивного поведения	274
20.2. Факторы, связанные с повышенным суицидальным риском	277
20.3. Характеристики, связанные с риском повторной попытки самоотравления	278
21.1. Принудительная неотложная госпитализация в соответствии с Законом о психическом здоровье (1983)	285
21.2. Помещение в больницу на более длительный срок в соответствии с Законом о психическом здоровье (1983)	285

# Предисловие ко второму изданию

Успех первого издания, получившего известность как «Красная книга», превзошел все наши самые оптимистические ожидания: она получила признание широкого круга читателей в Соединенном Королевстве и в Ирландии, кроме того, была переведена на болгарский, итальянский и китайский языки. Мы благодарны нашим студентам, коллегам-консультантам, а также критикам первого издания за большое количество полезных и конструктивных критических замечаний, которые мы учли при подготовке этого нового издания.

Книга написана с точки зрения студента, впервые направляющего свои стопы на кафедру психиатрии, но мы предвидели также и потребности молодого врача, который после получения диплома приступает к работе в учреждении первичной помощи или в больнице общего профиля. Особое внимание сосредоточивается на соматических проявлениях психических расстройств, поскольку это наиболее распространенные синдромы, с которыми приходится сталкиваться в таких учреждениях. Мы придаем огромное значение беседе врача с пациентом — медицинскому интервью, — а также вводим специальную главу под названием «Психиатрия для врача-стажера», раскрывающую важные стороны врачебной работы, которые часто упускают из виду, поскольку эти аспекты не охватываются перечнем вопросов для выпускных экзаменов в университете.

Особенность нашей книги заключается в том, что она дает простую и четкую основу для понимания психических заболеваний, показывая при этом, как предлагаемая схема соотносится с главными классификациями, такими как МКБ-10 и DSM-IV. Мы проводим разграничение между синдромами, не связанными с возрастом, и синдромами, свойственными определенным стадиям жизненного цикла, — поскольку, на наш взгляд, в умах студентов возникает много ненужной путаницы, если ими не усвоено это различие. В нашей классификации не используются термины «невроз» и «истерия», хотя и

объясняется, что именно подразумевалось под ними в прошлом. Однако в этом издании мы возвратились к более старым терминам «делирий» и «деменция», тогда как в предыдущем издании соответствующие состояния обозначались как острый и хронический органические психосиндромы.

Фундамент, на котором базируется психиатрия, формируют такие науки, как нейрохимия, эпидемиология и психология; в книге приводится соответствующая современным данным информация по всем этим трем сферам, а также делается акцент на связях, существующих между психическими нарушениями и соматическими недугами. Наконец, мы снова предлагаем студентам карту-памятку (см. в конце книги): сделав с нее копию, вы получите «шпаргалку», достаточно компактную для того, чтобы ее удобно было всегда иметь под рукой (в кармане или в небольшой сумке, которую постоянно носят при себе); она содержит перечень вопросов, которые полезно задавать пациентам в процессе повседневной клинической работы — как в кабинете неотложной помощи, так и в отделении общего профиля.

С момента выхода первого издания книги произошло немало событий, имеющих значение с точки зрения освещаемой здесь тематики: за эти шесть лет принята десятая редакция Международной классификации болезней (МКБ-10), появились две новые группы антидепрессантов, установлены новые показания для клозапина, внесены изменения в классификацию эпилепсии. Мы привели свои определения болезней в соответствие с установками и диагностическими критериями МКБ-10; сгруппировали расстройства согласно их кодам по МКБ-10. В настоящее издание включено подробное и тщательное описание СПИДа, а также всестороннее обсуждение посттравматических стрессовых расстройств: актуальность и значимость этих вопросов чрезвычайно возросла с тех пор, как было подготовлено к печати предыдущее издание нашей книги. В первой главе этого издания кратко освещается профилактическая психиатрия.

В ответ на замечания рецензента мы в значительной степени расширили и переосмыслили свою трактовку аномального поведения, связанного с болезнью, и соматизации (гл. 15), и полагаем, что в итоге внесли в эту запутанную сферу несколько больше ясности для студентов — так же, как и для себя!

Приезд в Манчестер Richard Harrington, Alastair Burns и Nick Targier позволил нам существенным образом пересмотреть разделы, посвященные детской и подростковой психиатрии, психиатрии позднего возраста, а также методам когнитивной и бихевиоральной терапии. Neill Simpson любезно переписал главу об умственной отсталости. Bill

Deakin, Ian Anderson, Danitza Jadresic, Brian Hore, Angus Campbell, Nick Seivewright и Lynne Webster от нашего имени внесли поправки в некоторые части текста. Важные разделы, посвященные психофармакологии, которые были первоначально написаны Elemir Szabadi, внесены в эту книгу из первого издания, — как и разделы, написанные David Jolley, Peter Maguire, Frank Margison, Chris Bradshaw и Michael Wang.

Мы благодарны всем нашим коллегам, которые помогли нам в работе над книгой, но ответственность за любые ошибки (если таковые обнаружатся) должна быть возложена на нас как на ее авторов.

*Дэвид Голдберг  
Сидней Бенджамин  
Фрэнсис Крид  
Манчестер, 1993*



# 1 Введение

В этой книге излагаются сведения, необходимые вам для того, чтобы успешно выявлять и правильно понимать распространенные психические расстройства и психологические нарушения, которые будут встречаться у ваших больных. Это позволит вам справляться с подобными проблемами в период, предшествующий прохождению специальной подготовки. Здесь содержится весь материал по данному предмету, нужный для сдачи выпускных экзаменов в университете; думается, эти знания пригодятся вам и в дальнейшем. Мы не претендовали на то, чтобы книга стала пособием для психиатров, но она должна представлять собой полезное введение в предмет даже для тех студентов, которые намерены по окончании базового курса обучения специализироваться в области психиатрии или общемедицинской практики.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД К БОЛЬНОМУ

Мы начнем первую часть книги с информации о **тех приемах и методах проведения интервью**, которые необходимы для оценки значения психологических факторов в каждом отдельном случае. Далее помещена глава об **исследовании психического состояния**. В последующих главах рассматриваются **классификация, этиология, оценка и лечение** исключительно психических расстройств, а заключает эту часть глава, в которой объясняется, как следует обосновывать свое мнение о нарушениях, имеющих у конкретного пациента.

Материал, содержащийся в первой части пособия, является основополагающим для понимания происходящего в психиатрическом отделении; эти знания можно с пользой применить и при работе в отделении общего профиля. Они помогут вам научиться собирать соответствующие данные, необходимые для правильного понимания психологических проблем пациента и для разработки в дальнейшем планов лечения и ведения больного.

## СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Во второй части книги приводятся общие сведения о наиболее распространенных синдромах психических расстройств. Она открывается описанием расстройств, которые обычно сопровождают соматические заболевания; в эту же главу включены разделы об эпилепсии и боли. Далее приступаем к рассмотрению *иерархии* психических расстройств, начиная «с верхушки»: в первую очередь описываются **органические психосиндромы**, затем **шизофрения** и далее — **аффективные расстройства** (расстройства настроения). Вслед за этим идет глава о **дезадаптивных формах поведения**, таких как алкогольная и наркотическая зависимость, расстройства пищевого поведения, а также навязчивые состояния. Эта часть заканчивается обсуждением таких форм **аномального поведения, связанного с болезнью**, как соматизация, ипохондрия, диссоциативное расстройство, а также симуляция.

Расстройства, описанные в этой части, определяются **синдромально**, или через совокупности симптомов, которые обычно возникают вместе; следовательно, в этом отношении данные расстройства в достаточной степени похожи на заболевания (например такие, как мигрень или астма), которые вы уже изучали в курсе общей медицины.

## РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ОПРЕДЕЛЕННЫМИ СТАДИЯМИ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА

В третьей части рассматриваются расстройства, которые либо начинаются на определенной стадии развития человека, либо свойственны определенному этапу жизненного цикла. Мы начинаем с **умственной отсталости**, поскольку эта группа расстройств отражает патологию, возникающую при

зачатии, в период внутриутробного развития либо в процессе родов или вскоре после рождения. Далее продолжаем следовать по естественному течению жизненного цикла: после глав, посвященных **расстройствам детского и подросткового периодов**, идут главы о **расстройствах сексуальной и репродуктивной функций** и, наконец, о **расстройствах позднего возраста**.

## ПСИХИАТРИЯ В БОЛЬНИЦЕ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ

В последней части книги мы возвращаемся к стационарным отделениям общего профиля, останавливаясь на психиатрии для врача-стажера и правовых вопросах психиатрии.

Мы приведем **краткую форму клинического обследования**, пригодную для использования в непсихиатрических отделениях больницы, где время для таких обследований может быть крайне ограниченным. Особое внимание мы уделяем трем проблемам: аффективным заболеваниям, нарушениям, связанным с употреблением алкоголя, и органическим поражениям головного мозга. Однако мы надеемся, что каждый, кто уже овладел методикой проведения детального обследования, описанной в первой части, сумеет использовать эти принципы для проведения более полного обследования больных.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Данные о распространенности отдельных заболеваний мы приведем в последующих главах; здесь будут обсуждаться общие показатели, касающиеся *любых психических расстройств* в разных популяциях. В случайной выборке лондонцев можно ожидать, что примерно 6 процентам мужчин и 12 процентам женщин в какой-то момент жизни был выставлен такой диагноз.

Показатели распространенности психических болезней значительно выше там, где население активно обращается за медицинской помощью. Сами врачи общей практики считают, что в течение года приблизительно 14% жителей обслуживаемого ими участка, которые обратятся к ним за консультацией, окажутся психически больными, причем лишь чуть более 5% этого количества будут составлять новые случаи. Если мы рассмотрим всех, кому врачи общей практики оказывают хирургическую помощь, то

состояние примерно 25–35% этих пациентов будет удовлетворять исследовательским диагностическим критериям психического заболевания.

Аналогичные показатели для поступающих в соматические отделения больниц общего профиля приблизительно одинаковы: в последнее время оценки колеблются между 20 и 40%. Наиболее распространены среди этого контингента состояния тревоги или депрессии. Такие расстройства обычно являются неотъемлемой частью множества разных соматических заболеваний, по поводу которых обращаются за помощью (более полное обсуждение см. в гл. 10, 11). Именно по этой причине существенной частью вашего медицинского образования является изучение принципов и методов оценки и лечения психических расстройств. Не следует думать, будто бы у подавляющего большинства людей подобные заболевания отсутствуют: по данным одного исследования, проведенного в Швеции и удовлетворяющего современным требованиям, у человека старше 65 лет вероятность наличия (в том или ином периоде жизни) психического заболевания составляет более 40%, а для женщин соответствующая цифра превышает 70%!

## НАВЫКИ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ ПРИОБРЕСТИ

Опираясь на материал, изложенный в данной книге, и пользуясь возможностью практиковаться в проведении медицинских интервью с больными, вы должны поставить перед собой цель за время, оставшееся до окончания базового курса обучения, приобрести целый ряд очень важных навыков. В частности, необходимо научиться:

1. **Собирать анамнез** у больного таким образом, чтобы можно было изучить и оценить значение психологических факторов.
2. **Осуществлять краткое исследование личностных особенностей больного** и дифференцировать их с проявлениями заболеваний.
3. **Проводить исследование психического состояния** больного, страдающего психическим заболеванием, а также выявлять и оценивать деменцию.
4. **Приспосабливать приемы и методы ведения беседы (интервью) к конкретным условиям** клинической ситуации, в частности, учитывая специфику работы с детьми, лицами позднего

возраста, иммигрантами и людьми, испытывающими определенные трудности в общении (например, из-за глухоты).

5. **Формулировать в письменном виде обоснование диагноза.**
6. **Обследовать пациентов с самоотравлением, оценивая их психическое состояние, характер каждого случая и степень серьезности намерений.**
7. **Оценивать степень суицидального риска.**
8. **Собирать анамнез у родственников больного.**

## ЗНАНИЕ МЕТОДОВ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

К тому времени, когда вы закончите базовый курс обучения и должны будете сдавать квалификационные экзамены, вам нужно приобрести знания о перечисленных ниже методах ведения больных. Следует стремиться к тому, чтобы освоить большинство из них на практических занятиях в период обучения на кафедре психиатрии. Будет очень полезно, если вы сможете наблюдать применение соответствующих процедур и приемов, но нет необходимости обязательно выполнять все это самим.

### Медицинские методы

1. Организация лечения больного **белой горячкой** (*delirium tremens*).
2. Организация лечения больного **острым психозом**.
3. **Электросудорожная терапия.**

### Психологические методы

1. (В отделениях общего профиля)
  - Подход к преподнесению плохих известий.
  - Работа с пациентом, страдающим злокачественным заболеванием.
  - Оказание помощи больному, перенесшему калечащую операцию.
  - Оказание помощи умирающему больному.
2. (В детском отделении)
  - Подход к проведению беседы с ребенком.
3. Тактика при агрессивном поведении пациента в условиях больницы.
4. Применение при оказании неотложной помощи процедур, предусмотренных Законом о психическом здоровье.

## ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В профилактической деятельности условно выделяются три уровня: первичная профилактика, нацеленная на предупреждение возникновения и развития расстройств; вторичная профилактика, задача которой состоит в том, чтобы оборвать развитие болезни на начальной стадии благодаря ее раннему выявлению; третичная профилактика, направленная на излечение выявленных случаев заболевания и тем самым способствующая снижению его распространенности.

**Первичная профилактика** включает в себя: меры, направленные на снижение частоты психопатологических синдромов, связанных с травмой головы, путем сокращения дорожно-транспортного травматизма благодаря использованию ремней безопасности и созданию более безопасных автомобилей; проведение просветительной работы, нацеленной на профилактику СПИДа посредством сокращения беспорядочных и случайных половых контактов или за счет использования соответствующих контрацептивных средств, обеспечивающих защиту от инфекции (презерватив); предоставление просветительной информации, содержащей четкие указания о безопасных уровнях употребления алкогольных напитков; мероприятия, направленные на предотвращение жестокого физического обращения с детьми и сексуальных злоупотреблений по отношению к ним, а также на подкрепление желательности обеспечения для детей безопасных условий, надлежащей заботы и благоприятной окружающей среды, что способствовало бы снижению их предрасположенности к развитию в дальнейшем тревоги и депрессии.

**Вторичная профилактика** ориентирована в основном на группы риска; к ним относятся, например, лица, перенесшие калечащие операции, молодые вдовы, женщины с послеродовой депрессией в анамнезе. Более обширная группа людей с высоким риском развития депрессивных расстройств — работающие женщины, у которых дома находятся маленькие дети и нет близкого человека, которому можно довериться.

**Третичная профилактика** направлена главным образом на лиц, страдающих такими психическими расстройствами, которые при отсутствии надлежащей помощи могли бы приобрести затяжное течение и привести к тяжелой инвалидности; к этой категории относятся больные хроническими психо-

зами и люди молодого возраста, перенесшие черепно-мозговую травму.

## КАК ЧИТАТЬ ЭТУ КНИГУ

Мы скомпоновали эту книгу в том порядке, в каком вам следовало бы ее читать. В первой части рассматриваются основополагающие аспекты психологического подхода к клиническим проблемам. Постарайтесь сразу же прочитать подряд вторую, третью и четвертую главы, а остальные главы первой части можно пропустить до тех пор, пока вы не получите своего первого больного для курации. В частности, глава, посвященная лечению, содержит больше информации, чем требуется для сдачи университетского выпускного экзамена на получение квалификации, однако все эти знания пригодятся вам для адекватного ведения больных с часто встречающимися психическими расстройствами — так что мы не приносим извинений за излишества!

Как только вы провели беседу с больным, страдающим определенным психическим расстройством, прочитайте соответствующую главу во второй части, а также то, что имеет отношение к данному случаю, — в главах, где описываются методы исследования и лечения. В первую же неделю вашей учебной практики в психиатрическом отделении желательно прочесть первые две части пособия полностью.

Третью и четвертую части можно спокойно оставить до тех пор, пока вы не усвоите предыдущие, хотя все части книги важны в равной степени.

## КАРТА-ПАМЯТКА

В эту книгу мы включили карту-памятку, с которой вы можете снять копию, чтобы постоянно носить при себе, пока не отработаете методы клинического обследования больных. На одной ее стороне приведены (в форме справок) основные рубрики, которые должны использоваться при сборе **анамнеза и исследовании психического состояния**, причем особое внимание уделяется выявлению и оценке органической патологии. Чаще всего эта сторона карты будет нужна в психиатрическом отделении, хотя в некоторых случаях вы сочтете ее полезной и при работе в отделениях общего профиля.

На другой стороне мы приводим сокращенные «Ньюкаслские шкалы», предназначенные для оценки поражения головного мозга в позднем возрасте. Мы напоминаем вам о некоторых распространенных проявлениях *расстройств настроения*, сопровождающих соматические заболевания у пациентов, которые могут находиться во всех остальных — помимо психиатрического — отделениях больницы. Кроме того, мы даем полезные скрининговые вопросы, направленные на выявление алкоголизма у пациентов, страдающих соматическими болезнями. Следующий раздел карты еще раз подкажет вам вопросы, на которые необходимо получить ответы для оценки степени *суицидального риска* в травматологическом пункте, кабинете неотложной помощи. Пусть использование всех приведенных в карте вопросов в повседневной клинической работе станет вашей привычкой. Вы не пожалеете об этом.

Часть I КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПОДХОД  
К БОЛЬНОМУ

## 2 Способы ведения беседы и сбор анамнеза

Медицинское интервью должно позволять вам в течение короткого (в разумных пределах) промежутка времени получить как можно более точные сведения о болезни пациента, а также о событиях в его жизни, имеющих к ней отношение. Поскольку дорогá каждая минута, нужно постараться сразу же создать такие условия, чтобы больной мог разговаривать с вами свободно. Прежде всего позаботьтесь о том, чтобы выглядеть так, как будто вы — один из членов медицинского персонала. В отделениях общего профиля сделать это довольно просто, поскольку там вы будете носить белый халат, но в других условиях — например, в психиатрическом отделении или в общеврачебной практике — особенно важно обращать внимание на свой внешний облик и манеру одеваться: вы должны произвести на пациентов (многие из них могут быть старше вас) впечатление заслуживающего доверия человека, к которому можно обратиться за помощью.

Вначале представьтесь больному и объясните цель предстоящей беседы. Продемонстрируйте любезность и внимание, спросив у больного, будет ли ему удобно поговорить с вами сейчас, устраивает ли его данное время: ответ, как правило, бывает положительным, но каждому человеку приятно чувствовать, что с его мнением считаются. Давайте представим, что вам предложили осмотреть сорокачетырехлетнюю женщину по имени миссис Вудс, направленную в больницу с острой болью за грудиной. Вы работаете с консультантом по фамилии Джонсон. Итак, приступим:

*Доброе утро, миссис Вудс. Меня зовут Брайан Мэттьюз... (рукопожатие)... Я студент медицинского факультета университета, работаю с доктором Джонсоном. Он поручил мне осмотреть вас, расспросить о болезни, которая привела вас в больницу. Вам подходит это время, чтобы поговорить со мной?*

В соматических отделениях следующим шагом должно быть создание обстановки некоторой конфиденциальности, уединенности, что достигается использованием штор или ширм таким образом, чтобы другие люди, находящиеся в палате, не могли услышать, о чем вам будет рассказывать пациент. Если вы можете сделать что-нибудь для того, чтобы вашему собеседнику было удобнее (например, помочь больному с ортопное опереться на подушки), это также продемонстрирует ему ваше внимание, а вы будете вознаграждены более полноценным анамнезом. Если есть специальный кабинет для проведения беседы, следует привести туда больного и затем — не поддаваясь искушению немедленно приступить к беседе — подождать, пока вы оба не расположитесь и пока пациент не почувствует себя более комфортно в этой обстановке.

Вы должны осознавать, что на качество вашего общения с больным влияют такие факторы, как дистанция между вами, а также ваше расположение в пространстве по отношению друг к другу. Например, врач, который во время сбора анамнеза стоит у ножного края постели больного, делает сразу три ошибки: он находится слишком далеко от больного, его взгляд направлен прямо в лицо пациенту, на которого он к тому же смотрит сверху вниз. Следует сидеть приблизительно в метре от больного, на одном с ним уровне (не выше и не ниже), устроившись таким образом, чтобы вы всегда могли посмотреть на больного, а он мог бы без труда отвести свой взгляд в сторону. В амбулаторных условиях этого обычно достигают, усаживая больного сбоку от стола врача, в то время как в больничной палате врач ставит стул возле кровати (см. рис. 2.1).

Начинайте с объяснения того, что вы собираетесь делать, а потом скажите, о чем вы хотели бы узнать в первую очередь. Не забудьте попросить разрешения делать записи, заверив, что конфиденциальность будет неукоснительно соблюдаться: иногда больной неохотно дает студентам информацию обо всех подробностях, касающихся его болез-

ни, если думает, что вы можете по небрежности оставить свои заметки где-нибудь в автобусе или студенческом клубе.

*Миссис Вудс, мне нужно задать довольно много вопросов, касающихся вас, но хотелось бы начать с того, чтобы попросить рассказать о болезни, которая привела вас в больницу. Мне необходимо делать краткие записи во время вашего рассказа, но все заметки, которые я сделаю, останутся конфиденциальными и будут храниться вместе с остальными вашими медицинскими документами.*

На самом же деле не мечтайте о том, чтобы еще и записывать что-либо. Смотрите на своего пациента, и пока слушаете первые несколько предложений, старайтесь заметить как можно больше — сколько удастся, — наблюдая за ним. Деталей, которые необходимо принимать во внимание, — множество, и в конце концов у вас сформируется способность подмечать их и формировать из них цельную картину совершенно автоматически — так же, как совершает серию сложнейших действий опытный водитель, когда он трогает с места свой автомобиль и выезжает на городскую улицу с оживленным движением. Однако это придет со временем. На первых порах вы должны анализировать получаемую при таком наблюдении информацию, вычлняя в ней определенные компоненты. Мы будем концентрировать внимание на тех особенностях невербального поведения больного, которые должны настораживать вас, поскольку могут свидетельствовать о наличии у него психических нарушений. Эти признаки называют **невербальными сигналами**.

**Поза** больного может быть поникшей, он сидит на стуле сгорбившись, словно ему на плечи давит невидимый груз; в других случаях поза может указывать на тревогу: больной настолько напряжен, что либо не опирается на спинку своего стула, либо в положении лежа держит голову приподнятой, не опуская ее на подушку. Важный ключ к оценке состояния дает **рукопожатие**: теплая сухая ладонь — признак здоровья, тогда как холодная и влажная говорит о тревожном перевозбуждении. **Голос** также несет в себе ценную информацию помимо той, о которой сообщается: монотонный, немодулированный голос свидетельствует о депрессии, напряженный, полный страдания — о боли и тревоге; измененная интенсивность и высота тона — признак гнева, а жалобные, ноющие нотки в голосе характеризуют человека, который считает, что на него

всегда все шишки валятся. Больной может **избегать глазного контакта** с вами — иногда потому, что слишком расстроен и, возможно, испытывает противоречивые побуждения, желая поделиться своими эмоциональными проблемами и переживаниями, но в то же время не решаясь довериться; однако порой причина заключается просто в том, что он плохо себя чувствует. На ощущение внутреннего напряжения указывают определенные проявления двигательной активности — либо **тремор**, либо **беспокойство**, выражающееся в том, что пациент, например, постоянно меняет позу, поправляет одежду и т.п.

В дополнение к этим невербальным сигналам больной может в процессе беседы упомянуть о чем-то таком, что наведет на мысль о его обеспокоенности, или подавленном настроении, или о необычных переживаниях; в этом случае, разумеется, речь идет о **вербальных сигналах**.

## АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Анамнез — это полный отчет о развитии симптомов у больного начиная с того времени, когда он последний раз чувствовал себя хорошо, и заканчивая датой поступления в больницу. А там уж ваше дело — отбросить те сведения, которые явно не имеют отношения к делу, и расположить симптомы и события в хронологическом порядке. Каждый промежуток времени необходимо увязывать с датой поступления в больницу: так, следует использовать формулировку типа «миссис Вудс начала ощущать боль в груди за три недели до госпитализации», а не «...3-го января» или «...в день розыгрыша финального кубка».

«Зондирующие» вопросы типа «А что произошло после этого?» подчеркивают для больного вашу заинтересованность в последовательном изложении истории развития его заболевания.

Обычно удается в первые же минуты беседы побудить больного свободно говорить, если вы используете невербальные и вербальные **приемы демонстрации внимания, способствующие общению**. Это могут быть определенные междометия (например, «угу»), слова «да, я вижу», «да-да, понимаю»; иногда целесообразно повторить только что сказанное пациентом, но с другой (например, вопросительной) интонацией («...вы упали с лестницы?»). Некоторые больные начинают с рассказа о самых драматических событиях и только затем постепенно сообщают о том, что на самом деле случи-

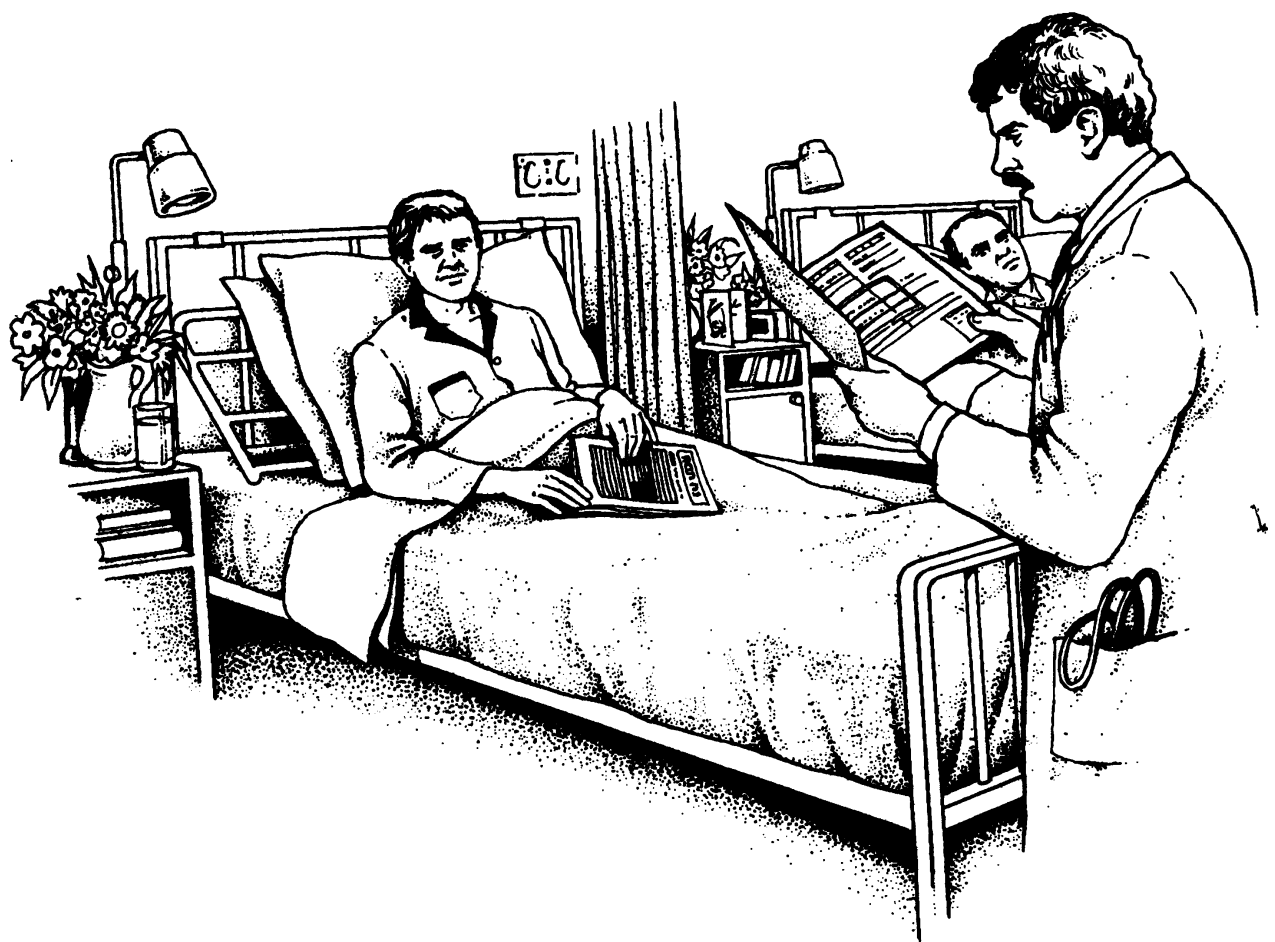


Рис. 2.1. *Обстановка, не располагающая к общению*



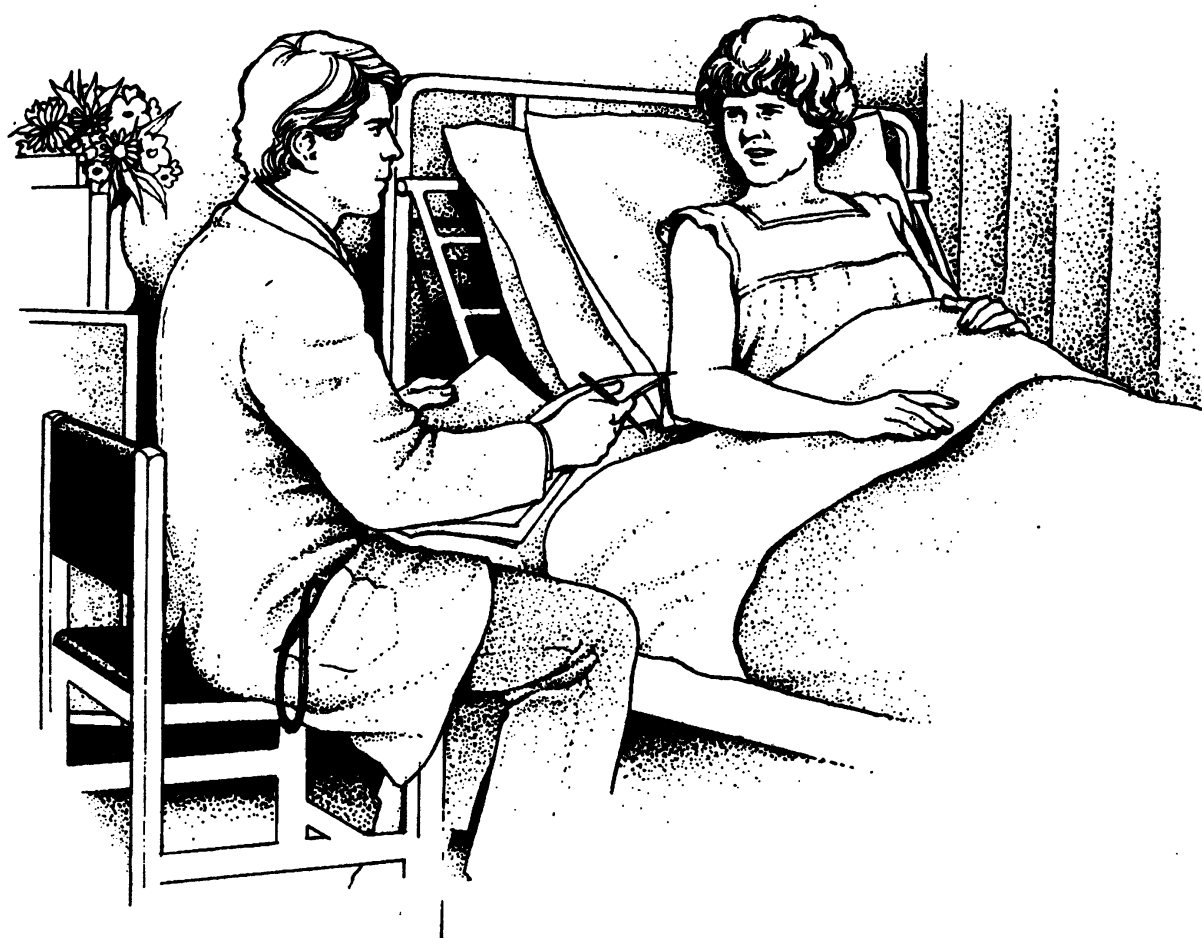


Рис. 2.1 (продолжение). *Обстановка, располагающая к общению*

лось с ними вначале. Если вы предполагаете, что в данном случае происходит нечто подобное, нужно внести соответствующие коррективы, формулируя это примерно так:

*Мне необходимо знать, в какой последовательности все это происходило с вами. Что неладное вы заметили в самом начале?*

После описания каждого отдельного события вновь напоминайте о том же требовании, спрашивая:

*А что произошло после этого?*

Иногда больные начинают пространно описывать свои текущие социальные проблемы, даже не упоминая при этом ни о каких конкретных симптомах вообще. В таких случаях необходимо по возможности быстро прервать эти излияния, обратившись к пациенту с вопросом или с просьбой, например в такой форме:

*Как это сказалося на вашем здоровье?*

либо

*Я бы хотел возвратиться к этой теме чуть позже. Не могли бы вы сначала рассказать о том, как вы себя чувствовали?*

Излагая историю своей болезни, пациенты часто упоминают об основных симптомах, о которых вам потребуется узнать очень много подробностей. Наиболее наглядным примером является **боль**: вам необходимо установить ее локализацию, характер, интенсивность, иррадиацию, получить информацию о факторах, усиливающих и ослабляющих ее. Можно назвать и другие симптомы (в частности, нарушения сна, депрессия, расстройства кишечника), в связи с которыми возникает целый ряд вопросов — и на каждый из них нужно получить ответ, прежде чем перейти к другой теме. Из-за постоянных опасений — как бы чего не упустить! — у вас, возможно, уже вошло в привычку задавать больным множество «выясняющих» вопросов по каждой из названных сфер, однако это неверный путь. Подобная практика отнимает слишком много времени; к тому же внушаемые больные, отвечая на определенные вопросы, часто подтверждают наличие у них явлений, которых они на самом деле не испытывали. Возьмите за правило задавать **направляющие вопросы** по наиболее важным темам, например:

*Вы говорите, что у вас появилась боль в грудной клетке. Могли бы вы мне ее описать?*

*Как вы спали?*

Расспрашивая об этом миссис Вудс, студент дал ей понять, что речь идет о важной сфере, но вопросы сформулированы таким образом, что пациентка должна выразить испытываемые ею ощущения и переживания своими словами, а не пользоваться чужими, «вложенными ей в рот» (как бывает при неумело поставленном вопросе). Часто приходится задавать несколько направляющих вопросов.

Нередко пациенты используют для описания своих симптомов неопределенные, туманные фразы, например: «эти мои головные боли» или «мои головокружения», — и тогда вы должны попытаться получить более конкретные сведения о том, что же именно ощущает больной:

*Опишите мне, пожалуйста, точно свои головокружения.*

Затем следует дополнить данное пациентом описание, задав ему такие уточняющие вопросы, в каких возникнет необходимость, например: «возникают ли головокружения в какое-то определенное время?», «как они начинаются?», «вы можете что-нибудь сделать, чтобы повлиять на них?» и т.д. Этот метод называется **прояснение**, и его тщательная отработка должна войти у вас в привычку. Иногда вы будете ставить и «**закрытые**» вопросы, на которые больной может отвечать просто «да» или «нет», но в основном только после того, как больной уже рассказал вам все, что мог, и остались невыясненными лишь какие-то детали, представляющие определенный интерес.

Иногда внешний вид пациентов явно указывает на эмоциональное неблагополучие, а **невербальные сигналы**, которые вы замечаете, слушая описание соматических симптомов, дают основания предположить психическое заболевание. Это могут быть какие-либо из упомянутых ранее сигналов, но в случае миссис Вудс вы обратили внимание на ее покрасневшие и припухшие веки.

Вспоминая о смерти матери, она прикладывает к глазам носовой платок. Вместо того чтобы вежливо проигнорировать такое проявление эмоций, студент начинает работать с этим фактом, обращая на него внимание, в результате чего у больной появляется возможность рассказать о своих переживаниях:

*Миссис Вудс, я вижу, вы все еще очень расстроены в связи со смертью матери. Вы много плачете?*

Этот метод называется **отражением чувств** пациента; его можно использовать и в других случа-

ях, например при гневe или ощущении внутреннего напряжения.

Иногда больные, излагая важную информацию о соматическом симптоме, одновременно упоминают о своих чувствах. Невнимательный интервьюер просто «подхватывает» тему соматического симптома и задает дальнейшие вопросы только о нем, никогда не возвращаясь к измененному настроению. Запомните: вы должны наострить уши всякий раз, как только уловите подобные **вербальные сигналы**, имеющие отношение к психическому заболеванию. Будет вполне логично, если вы предпочтете сначала выслушать все, что пациент сообщит об испытываемой им боли, однако не забудьте, покончив с этим, вернуться к настроению и задайте **направляющий вопрос**:

*Несколько минут назад вы упомянули, что были в подавленном настроении. Вы могли бы рассказать мне об этом подробнее?*

Известно, что некоторые врачи очень хорошо выявляют психические расстройства, тогда как другие большую часть из них пропускают. От того, как вы проводите беседу с больными, будет во многом зависеть количество демонстрируемых ими как вербальных, так и невербальных сигналов. Врачи, которые торопят больного, склонны прерывать его, ставят много вопросов, извлеченных из теории, или много «закрытых» вопросов, — тормозят высвобождение этих сигналов. Если же врач задает вопросы, вытекающие непосредственно из только что сообщенной пациентом информации, делает сочувственные, доброжелательные комментарии тогда, когда это уместно, и если у него сформировалась привычка ставить направляющие вопросы, — то такой врач обнаружит, что больные готовы раскрыть ему свои переживания.

Ваш расспрос (согласно полученным вами рекомендациям) проводится в соответствии с определенной системой и постепенно продвигается во времени, так что в конце концов вы доберетесь и до даты госпитализации. Приближение этого рубежа должно напомнить вам о том, что пора бы провести краткую **системную проверку** состояния основных функций организма. В психиатрическом отделении некоторые его аспекты имеют особое значение, поэтому убедитесь, что вы не забыли выяснить:

1. Изменения аппетита.
2. Изменения массы тела.
3. Изменения сна.
4. Изменения сексуальных чувств.

## 5. Изменения физиологических отправлений.

### 6. Снижение способности радоваться, включая потерю обычных интересов.

Иногда студенты испытывают неловкость, когда им приходится расспрашивать людей, которые гораздо старше по возрасту, об их сексуальной жизни. Между тем пациентов подобные вопросы не смущают, если вы сами не выказываете никакого замешательства. Всякому ясно, что сексуальные чувства существуют независимо от того, есть в настоящее время сексуальные отношения с кем-либо или нет. Если больного консультируют не по поводу нарушения сексуальной функции, то обычно достаточно просто спросить (в той же части беседы, в которой вы спрашивали об остальных функциях, таких как аппетит и сон), отмечались ли у него в последнее время какие-либо изменения сексуальных чувств.

В любом случае после завершения вопросов относительно основных функций вы должны иметь достаточно полное на текущий момент представление о больном. После этого целесообразно **резюмировать** историю болезни, кратко изложив ее пациенту, что займет всего лишь несколько минут. Это великолепная привычка, которую стоит приобрести. При этом больные часто исправляют некоторые неточности (часто допущенные не по вашей вине) и неверные формулировки, а иногда по ходу изложения дополняют анамнез, припомнив какие-то важные детали, упущенные ими при первоначальном рассказе. Резюме может быть, к примеру, таким:

*Итак, миссис Вудс, вы, кажется, чувствовали себя хорошо до тех пор, пока три недели назад неожиданно не умерла ваша мать. Вы много плакали в день ее смерти, а в дальнейшем постепенно пришли к убеждению, что она не умерла бы, если бы вы больше сделали для нее, когда она осталась с вами шесть месяцев назад. В день похорон у вас появилась жестокая боль в груди, которая с тех пор то проходила, то снова возникала. Это тупая ноющая боль, локализующаяся точно под левой грудью. Она, по-видимому, усиливается, когда вы много плачете, но вам не становится легче после отдыха, и аспирин также не помогает. После смерти матери вы стали очень мало есть, поскольку утратили аппетит, и потеряли в весе 12 фунтов\*. Вы с трудом засыпаете, а в течение последней недели просыпаетесь по утрам на три*

\* Один англ. фунт равен примерно 454 граммам. — Ред.

*часа раньше, чем обычно. У вас появилось ощущение, что вы не похожи на себя прежнюю: по вашим словам, на вас словно черная туча опустилась и окутала все вокруг.*

## СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Теперь, когда вы выслушали информацию о характере настоящего заболевания, вы находитесь в более выгодном положении, зная, насколько подробно нужно собирать семейный анамнез. Не все имеет одинаковое значение. В случае миссис Вудс, например, определенно требуется выяснить причину смерти ее матери, а также некоторые моменты во взаимоотношениях между матерью и дочерью. Была ли у матери боль в груди во время ее последней болезни? Возможно, миссис Вудс и ее мать питали недобрые чувства друг к другу, что помогло бы понять чувство вины, о котором сейчас сообщает пациентка? Не прослеживается ли в семье тенденция к накоплению случаев депрессии? Все эти вопросы мы имеем в виду, но не задаем их немедленно. Тем не менее они будут влиять на общее количество подробностей, которые нам необходимо выяснить. Изучение семейного анамнеза — это путешествие, во время которого вы можете сделать немало важных открытий.

Однако прежде чем приступить к сбору семейного анамнеза, следует дать пациенту понять, что мы уже закончили одну часть беседы и теперь переходим к другой. Этой цели служат так называемые **переходные заявления** (относитесь к ним как к форме врачебного такта). Продолжая беседу уже в новом ключе, введите соответствующую фразу в первый же вопрос:

*Сейчас, после того как вы рассказали об имеющихся у вас в настоящее время проблемах, я хотел бы продолжить беседу, задав несколько вопросов о вашей семье. Можно начать с вашего отца? Он еще жив?*

Необходимо стремиться получить о каждом из родителей следующую информацию: возраст (или возраст к моменту смерти и год смерти — чтобы вы могли выяснить, в каком возрасте был в то время ваш больной); профессия, род занятий; состояние здоровья; не страдал ли от «больных нервов» (если так, то уточните, обследовал ли его психиатр; получал ли он какое-либо лечение). Нужно составить определенное представление о каждом из родителей как о человеке; выяснить, как больной ладил с ними.

Переходите к братьям и сестрам. Перечислите их по порядку, указывая, после кого в семье появился

наш больной. Если больной называет братьев и сестер по именам, поступайте так же (как при ведении записей, так и при расспрашивании); в других случаях пользуйтесь терминологией пациента: «итак, любимицей матери всегда была ваша старшая сестра, а вам, как вы считаете, практически никогда не удавалось угодить ей?». Вас должно интересовать здоровье кровных родственников первой степени родства, но не родственников супруга или супруги. Собирая семейный анамнез у миссис Вудс, мы должны выяснить, не болел ли кто-нибудь из ее близких родственников психическими заболеваниями, а также составить определенное мнение о семье, в которой она родилась и воспитывалась. Пока что не спрашивайте о муже и детях больной: их черед придет позже.

Мы начали собирать семейный анамнез, имея некоторые предположения о больном; теперь мы можем либо подтвердить, либо опровергнуть их, а часто имеем и некие новые соображения. Итак, путешествие в мир открытий продолжается.

## АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Вначале вы будете собирать очень полную и подробную историю жизни пациента, потому что фактически не знаете, что имеет отношение к делу, а что нет. Не тревожьтесь по этому поводу — вам необходима практика, и по ходу сбора анамнеза откроются некоторые представляющие большой интерес факты о вашем больном. Однако повторяем еще раз: не все в равной мере относится к делу. Вопрос о том, как ваша пациентка в детстве получила информацию о половой жизни, и сведения о ее сексуальном воспитании, скорее всего, непосредственно связаны с сутью беспокоящих ее нарушений, если она обратилась за помощью, будучи не в состоянии выполнять свои супружеские обязанности. Но этот аспект вряд ли имеет хоть какое-то значение для 75-летней старой девы, жалующейся на потерю памяти.

### Детство

Целесообразно вести сбор анамнеза жизни в хронологической последовательности, начиная с детского возраста. Возможно, мать больного может рассказать вам о своем здоровье во время беременности вашим пациентом, о том, как протекали роды, в каком состоянии родился ребенок, как развивался, когда начал ходить, говорить и т.п.; однако если вы пытаетесь получить аналогичную информацию у

самого пациента, она почти наверняка будет не достоверной. Между тем студенты часто начинают изложение анамнеза жизни в духе «псевдоточности»: «Миссис Вудс родилась в Бермондси; роды у матери протекали нормально; ребенок доношенный. Росла и развивалась без отклонений от нормы, в детстве невротических черт не наблюдалось...».

Не делайте подобных записей, если не можете получить сведений, заслуживающих доверия. Неважно, родилась ли миссис Вудс в Бермондси или в Хокстоне, а о том, нормально ли протекали роды при ее появлении на свет, она, вероятно, фактически ничего не знает. Нет у нее, скорее всего, и определенного представления о том, насколько успешно развивалась ее двигательная сфера; не имеет особой ценности и сообщение взрослого человека об отсутствии или наличии у него «невротических черт» в детском возрасте. Несмотря на то, что сведения о родовой травме и задержке в развитии двигательной сферы представляют интерес для врача, лучше указать, что вы не располагаете такой информацией, чем написать, что все было в норме, тогда как на самом деле, возможно, это далеко не так. Но если больному рассказывали о какой-либо патологии при родах или об отклонениях, наблюдавшихся в раннем детстве, это определенно заслуживает регистрации; в противном случае ограничьтесь теми фактами, которые больной действительно может помнить и которые имеют значение для понимания расстройств, возникших в зрелые годы.

Итак, начинайте собирать анамнез жизни с переходного заявления:

*Сейчас, когда вы рассказали мне кое-что о своей семье, я хотел бы задать несколько вопросов о вашей жизни начиная с ее первых минут. Вам когда-нибудь рассказывали что-либо об обстоятельствах вашего рождения?*

Продолжайте задавать вопросы:

*Вспоминаете ли вы о своем детстве как о счастливом или как о несчастливом?*

Вполне благополучные детские годы можно пройти быстро, не уделяя внимания подробностям, но о пережитых несчастьях следует получить детальные сведения. Что было не так? Как это повлияло на вашего пациента? Была ли в детстве разлука с родителями (если да, то насколько длительная и как ребенок переносил ее)? Больного с сочетанием соматических и психических симптомов расспросите о соматическом здоровье в детстве, а также об отношении к нему со стороны тех, кто ухаживал за

ним во время соматического заболевания. В качестве рутинного, обязательного элемента полезно ввести в процедуру сбора такого анамнеза вопрос о перенесенных в детстве серьезных соматических заболеваниях.

## Учеба

Если вы собираете подробный анамнез, то расспросите прежде о начальной школе. Насколько успешно учился ваш пациент? К чему проявлял способности? Приобрел ли друзей (если нет, спросите, дразнили ли его одноклассники; что именно было поводом для насмешек)? Как он ладил с учителями? Потом переходите к средней школе. Самый краткий анамнез учебы состоит из указания возраста поступления в школу и окончания полного образования; фиксируется также самый высокий достигнутый уровень образования. Сделайте записи о том, как были сданы государственные экзамены, поскольку эта информация особенно важна для оценки возможного органического поражения головного мозга.

## Сексуальный анамнез

Переходите к сексуальному анамнезу, выясняя у женщин возраст появления первой менструации, и продолжайте расспрашивать о менструальном цикле. Узнайте у пациентки, готовила ли ее мать к первой менструации и можно ли было обсуждать дома вопросы, касающиеся половой жизни. Потом спросите о половых связях. При этом вас должна интересовать прежде всего способность формировать любовные отношения, но необходимо также получить подробные сведения о любых нарушениях, касающихся физической стороны сексуальных отношений.

У пациента мужского пола спросите, в каком возрасте ему стала известной информация о половых функциях и сексуальных практиках, можно ли было свободно обсуждать дома вопросы секса; далее используйте последовательность вопросов, аналогичную приведенной выше. Еще раз напоминаем: не ограничивайтесь сведениями о сексуальных проблемах чисто физического характера, которые, возможно, будет описывать пациент, а старайтесь оценить его способность строить любовные отношения.

Не задавайте вопросов о гомосексуальной практике, кроме случаев, когда сам пациент по собственной инициативе затрагивает эту тему или когда есть определенные основания подозревать наличие такой ориентации и это имеет отношение к текущим проблемам пациента. Если возникает необходимость

обсудить такие вопросы, делайте это без смущения. Если был анальный половой акт, спросите, не беспокоила ли пациента возможность заражения СПИДом?

Если перед вами больной, обратившийся за медицинской помощью по поводу нарушения половой функции, то, конечно же, потребуются собрать более полный, детальный анамнез, чем предлагается в этом кратком описании (соответствующие вопросы освещены в гл. 18).

### **Анамнез супружеской жизни**

Далее (что вполне логично) следует анамнез семейной жизни. Еще раз напоминаем, что о благополучной, счастливой семейной жизни можно написать кратко. Пациентов, которые состояли в браке больше одного раза, попросите описать первый брак и рассказать, как он распался. В каком возрасте они познакомились с будущим супругом (супругой) и в каком возрасте вступили в брак? Нужно также указать возраст, род занятий, охарактеризовать состояние здоровья супруга (супруги). Есть ли между супругами взаимное доверие? Возникали ли какие-либо проблемы (например, расходились ли они, подавал ли кто-то из них на развод или угрожал сделать это)? Если ничего такого не было, ограничьтесь краткой записью, в противном случае получите описание соответствующих проблем.

Удовлетворяет ли пациента сексуальная сторона совместной жизни?

Расспросите о детях и сделайте отдельные записи о каждом из них, указывая возраст, кратко характеризуя состояние здоровья, отмечая наличие каких-либо проблем.

### **Профессиональный маршрут**

Профессиональный маршрут дает ценную информацию о личности больного, а также о диапазоне его способностей. Каков род занятий пациента в настоящее время? Если он сейчас безработный, то сколько времени это длится? Сколько мест работы он поменял и где именно удерживался дольше всего? Почему он менял работу? Продвижения по службе и обусловленные жизненными обстоятельствами перемены места и характера работы не требуют особых комментариев, однако если человек постоянно меняет работу, постарайтесь добиться от него объяснений: чем это вызвано, что именно у него не складывается? Сам по себе перечень, в котором приводятся точные имена работодателей и даты, практически не представляет никакой ценности, но эта

часть анамнеза вкупе с историей супружеской жизни дает вам некоторое представление о способности больного формировать устойчивые и продолжительные отношения и настойчиво заниматься определенной деятельностью, а также позволяет оценить его сильные стороны.

### **Социальные условия жизни в настоящее время**

В заключение сбора этой части анамнеза постарайтесь оценить жизненные обстоятельства больного на текущий период. Проживает ли он совместно с кем-либо из близких и с кем именно? Как они ладят между собой? В каких условиях живут?

### **Судебный анамнез**

Будете вы собирать такой анамнез или нет, в значительной степени зависит от представленной больным проблемы. Сведения о правонарушениях обязательно нужно получить у больных, злоупотребляющих алкоголем или другими психоактивными веществами.

Начните с проблем, возникавших в школе: с прогулов занятий и конфликтов — как с учителями, так и с соучениками. Затем спросите пациента, случались ли у него когда-либо неприятности с полицией. Если такое бывало неоднократно, начинайте непременно с самого первого случая, а не с последнего! Привлекался ли ваш больной к судебной ответственности в юношеском или зрелом возрасте? Если так, то какое обвинение ему предъявлялось; был ли он признан виновным; какой был вынесен приговор?

### **Сведения о перенесенных в прошлом заболеваниях**

Если в прошлом у пациента были важные внутренние, хирургические или психические заболевания, их следует регистрировать как обычно.

### **Схема жизненных событий**

Если представляется весьма вероятным, что между событиями, происходящими в жизни пациента, и соматическими и психическими заболеваниями существует связь, очень полезно свести их вместе в виде схемы — **карты жизни**. Образец такой карты, составленной на примере жизни миссис Вудс, показан на рис. 2.2.

<i>Возраст</i>	<i>Год</i>	<i>Жизненные события</i>	<i>Соматическое заболевание</i>	<i>Психическое заболевание</i>
	1940	Родилась 10.9.40		
1	1			
2	2			
3	3			
4	4			
5	5	Поступила в школу		
6	6			
7	7			
8	8	Умер отец. Депрессия у матери	Обследовалась по поводу болей в животе	
9	9			
10	1950		Аппендэктомия	
11	1			
12	2			
13	3			
14	4			
15	5	Оставила школу; канцелярская работа		
16	6			
17	7			
18	8			
19	9			
20	1960	Первая помолвка		
21	1	Разрыв		Тревога; не лечилась
22	2	Вторая помолвка		
23	3	Замужество		
24	4			
25	5	Оставила работу; родилась дочь		
26	6			
27	7		Экстирпация матки: «маточное кровотечение»	
28	8			
29	9	Муж неверен; оставляет семью		
30	1970			
31	1			
32	2	Развод с мужем		
33	3	Повторный брак		
34	4			
35	5			
36	6			
37	7			
38	8			
39	9			
40	1980			
41	1			
42	2			
43	3	Поступление дочери в университет		Депрессия; лечилась у врача общей практики
44	4			
45	5	Болезнь матери, обнаруженная в августе		
46	6	Мать умерла 18.2.86		Начало настоящего заболевания

**Рис. 2.2.** Образец карты жизни, составленной для пациентки Веры Вудс

## ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

Некоторые типы личности сопряжены с повышенным риском развития психических заболеваний: например, люди с циклотимическими чертами более склонны к развитию маниакально-депрессивного психоза, а при наличии обсессивных черт более вероятно возникновение обсессивных симптомов в случае заболевания депрессией. Эта тема более полно обсуждается в гл. 5 (см. также с. 175).

Однако насколько достоверно можно судить о личности пациента на основании информации, полученной от него самого? Здесь возникает две проблемы. Если вы не проявите должной бдительности и настойчивости, больной расскажет вам лишь о том, каков он сейчас, а не о том, каким он обычно бывает. Кроме того, никто не может сообщить о том, чего и сам не знает; необходимо также учитывать, что в состоянии депрессии у многих отмечается тенденция видеть себя в мрачном свете, описывая исключительно негативные черты характера, слабости и неудачи и не замечая положительных качеств. Поэтому если вы хотите составить точное, объективное представление о пациенте, постарайтесь обязательно побеседовать с его близкими. И все же многое можно узнать у самого больного. Приступая к разработке данной темы, вы, как обычно, должны начать с переходного заявления:

*Миссис Вудс, сейчас я хочу задать вам несколько вопросов, чтобы лучше понять, каким человеком вы были до того, как заболели. Постарайтесь, пожалуйста, вспомнить, какой вы были примерно год назад. Могли бы вы для начала рассказать о своих интересах?*

Стремитесь собрать информацию по следующим рубрикам: интересы, настроение, дружеские отношения, привычки (в том числе и относящиеся к употреблению алкоголя и других психоактивных веществ).

## БЕСЕДА С ОСОБЫМИ ГРУППАМИ БОЛЬНЫХ

### Дети и лица позднего возраста

Определенные специфические моменты, которые необходимо иметь в виду при проведении медицинского интервью с пациентами, находящимися (в силу своего возраста) на стартовом или на

финишном участке жизненного цикла, обсуждаются в третьей части: особенности беседы с детьми — на с. 226–227, с лицами позднего возраста — на с. 263.

### Люди, страдающие глухотой

Не нужно кричать при разговоре с глухими или с людьми, у которых ослаблен слух. Убедитесь в том, что собеседнику хорошо виден ваш рот, и произносите все слова медленно и четко. Попросите его дать вам знать, если он не расслышит какой-либо из ваших вопросов — в этом случае вы охотно повторите сказанное. Если какой-то определенный вопрос имеет особенно большое значение, а вы не уверены, действительно ли больной верно расслышал и правильно понял его, — задайте этот вопрос в письменном виде.

### Люди, не владеющие (или слабо владеющие) языком, на котором говорит интервьюер

Часто решить проблему общения с пациентом-иностранцем, плохо владеющим вашим родным языком, удастся, если разговаривать с ним медленно и четко, *избегая длинных слов* и сложных фраз. Если это не помогает, придется прибегнуть к услугам переводчика; найти его, как правило, нетрудно, так что наведите соответствующие справки. Когда появится переводчик и вы познакомитесь с ним, усадите больного на обычное место и обращайтесь с вопросами именно к нему, а не к переводчику. Наблюдайте за выражением лица пациента при ответе на каждый вопрос: вы немало узнаете, даже если не понимаете ни слова на его языке.

## БЕСЕДА С РОДСТВЕННИКОМ ПАЦИЕНТА

Когда вы встречаетесь с родственником больного, используйте те же рубрики, что и в беседе с самим пациентом, но не забудьте зафиксировать свое впечатление об информаторе. Включайте в свои записи любые упомянутые вашим собеседником эпизоды. Нужно стремиться получить представление о способности пациента формировать дружеские отношения, а также о формах взаимоотношений в семье. А теперь ознакомьтесь с приведенным далее примером записей, сделанных в результате такой беседы.



*Информатор: муж  
мистер Джон Вудс*

#### Впечатление об информаторе

*Мистер Вудс — мужчина крепкого телосложения; по-видимому, очень озабочен болезнью своей жены. Тщательно обдумывает некоторые из своих ответов, делая паузу, чтобы подчеркнуть наиболее важные, по его мнению, факты. Он особенно настойчиво просил сказать, не может ли сделать что-нибудь еще, чтобы помочь жене; однако, похоже, ему трудно понять, каким образом депрессия могла вызвать у нее такую сильную боль в груди.*

#### Настоящее заболевание

*Почти ничего не добавил к информации, сообщенной пациенткой, за исключением одной детали: жена сказала ему, что ее мать не умерла бы, будь она дочерью получше, и она чувствует, что этот грех лег на ее душу.*

#### Детские годы и отношение к матери

*Всегда старалась угодить своей матери, но та неизменно придиралась к ней. В прошлом году хотела, чтобы мать жила с ними, но мистер Вудс не склонен был поддержать эту идею из-за постоянно возникающих ссор.*

#### Анамнез семейной жизни

*Они встретились, когда ей было тридцать два года. Это произошло через несколько месяцев после того, как она развелась с первым мужем, который бросил ее, да и прежде относился к ней бессердечно. Через полгода после знакомства они вступили в брак и поначалу были довольно счастливы, хотя она проявляла склонность к собственничеству. Половая жизнь удовлетворяла обоих и была регулярной, пока жена не заболела после смерти своей матери. В первые годы совместной жизни отмечалась некоторая натянутость во взаимоотношениях, поскольку он не ладил с ее матерью, но в последние два года теща приезжала к ним несколько раз и подолгу жила у них.*

#### Дети

*Дороти, 21 год: нервная и плаксивая. Пациентка была скорее гиперпекающей, не отпускала дочь играть с другими детьми.*

#### Сведения о психических заболеваниях в прошлом

*Нет.*

#### Преморбидные особенности личности

*Обычно жизнерадостная, но имеет склонность впадать в мрачное, подавленное настроение порой на несколько недель, если что-то не ладится. В такие периоды бывает раздражительной, плохо спит и выглядит вялой и апатичной.*

*Всегда с увлечением занимается домашним хозяйством. «Вы могли бы завтракать в ее кухне на полу». Склонна по многу раз проверять газовые краны и выключатели. Очень обидчива, мнительна; считала, будто бы сослуживцы критикуют их методы воспитания дочери — никак не могла понять, что это не так.*

*Любит шить одежду для себя и дочери, интересуется также народными танцами и принимает участие в работе группы помощи пожилым людям. Неумоимо работает для других людей: поразительно энергична. Имеет много друзей и ведет активную общественную жизнь. Алкоголь употребляет только в компании; не курит; не принимает никаких стимулирующих препаратов. Транквилизаторы принимала только однажды по назначению своего врача; это было, по мнению информатора, около трех лет назад.*

Брайан Мэттьюз,  
студент медицинского факультета

---

# 3 Исследование психического состояния

Исследование психического состояния является такой же планомерной и систематизированной процедурой, как и исследование соматического состояния; его в обязательном порядке проводят при обследовании каждого нового больного, повторяя (полностью или частично) при каждом последующем осмотре. В данной главе после этого введения следует краткое изложение основных характеристик психического состояния. Затем рассматривается каждая из них в отдельности с описанием необходимых наблюдений и тестов, которые нужно провести, раскрываются принципы интерпретации результатов этих наблюдений, а также объясняется, какое отношение они имеют к диагнозу. Разделение психического состояния на эти компоненты удобно, но до некоторой степени условно, поскольку они имеют тенденцию частично совпадать.

В этой главе акцент делается на правильной оценке наиболее важных симптомов и признаков психического заболевания. Студенту рекомендуется начать с освоения методики применения представленных ниже тестов и научиться правильно оценивать значение полученных результатов. Помимо рассматриваемых здесь многие другие симптомы (особенно наблюдаемые при шизофрении) описаны в главах, посвященных соответствующим расстройствам.

Как и в других областях медицины, анамнез заболевания должен наводить на предположения об определенном диагнозе, а обследование — помогать подтвердить его. Если опытный врач сумеет сосредоточиться на определенных аспектах психического состояния, то еще не имеющий прочных навыков студент будет на первых порах лишь учиться быстро и эффективно проводить исследование психического состояния, придерживаясь при работе с каждым больным общепринятой практики, описанной в учебниках. Новичок может рассчитывать, что в некоторых случаях обследование займет около часа, но по мере овладения методикой через несколько недель он уже сможет провести по крайней мере первич-

ный осмотр больного за 20 минут. (Вообще-то один час — обычное время, традиционно выделяемое для сбора анамнеза и проведения клинического обследования «длинного случая».)

Всегда необходимо приводить в истории болезни полное и точное описание психического состояния как для медицинских, так и для медико-юридических целей. Как и в любых медицинских документах, под каждой записью должны проставляться дата и подпись врача. Данные наблюдений необходимо регистрировать отдельно от своих комментариев к ним. Например, после сделанной в результате наблюдений записи

*Больной упорно утверждает, что доктор Смит — его отец, употребляет по отношению к нему обращение «папа», а своего настоящего отца, когда тот приходит его навестить, воспринимает как самозванца. Больного невозможно уверить в ложности его убеждения.*

отдельно фиксируется мнение:

*(Эта убежденность, по-видимому, является бредовой идеей.)*

Приведенная формулировка — отнюдь не единственный возможный вариант интерпретации данных наблюдения: описанное явление могло бы оказаться сверхценной идеей или же притворством, розыгрышем. Записи, в которые вносится только заключение, например: «больной высказывает бредовые идеи», — практически не представляют ценности. Другой врач, осматривая больного через несколько дней, может не обнаружить никаких признаков бредовых идей; в этом случае он, вероятно, решит, что зафиксированное мнение ошибочно, и припишет его неопытности своего предшественника, если не будет иметь доступа к данным наблюдений, на основании которых был сделан этот вывод.

Отрицательные данные не менее важны, чем положительные, и также должны регистрироваться. Например, в записи об ориентировке во време-

ни необходимо привести ответы больного на вопросы о времени, дне недели и числе вместе с правильными ответами, а не ограничиваться констатацией мнения, например: «правильно ориентирован во времени». Точно так же запись «настроение нормальное» неприемлема в качестве альтернативы формулировке «описывает свое настроение как „удовлетворительное“ и демонстрирует адекватные изменения настроения на протяжении всей беседы».

Высказывания больного нужно записывать дословно, если они особенно ярко раскрывают определенный болезненный феномен или представляют собой характерный пример; слова пациента следует приводить в кавычках.

Особенно важно зафиксировать образцы речи, которые вы считаете патологическими; в связи с этим снова напоминаем: запись, которая содержит бездоказательное утверждение типа «речь больного, по-видимому, чрезвычайно нарушена», ничего не стоит — вы должны привести конкретный пример. Необходимо также указать, в каком контексте прозвучало высказывание, было ли оно ответом на вопрос.

В этой главе вам встретятся некоторые слова, употребляемые также в обиходной речи, где они часто имеют несколько иное, менее точное значение. Например, слово «навязчивость» обычно понимается как синоним надоедливости, назойливости, тогда как в психиатрии этот термин применяется в более специфическом значении, зафиксированном точным определением, и должен использоваться только в соответствии с принятой дефиницией. Далее на протяжении всего изложения мы будем прибегать к специальным терминам, среди которых могут быть и незнакомые для вас. Чтобы не прерывать текст пояснениями каждый раз при введении нового термина, мы сгруппировали всю эту информацию в **глоссарии**, помещенном в конце книги, а по ходу изложения материала использовали для ссылок на этот справочный раздел «звездочки». Таким образом, если вам попадется термин со ссылкой, помеченной «звездочкой», например: «**акатизия** (\*с.287)» — это означает, что его полное описание можно найти в глоссарии на 287-й странице.

## ВНЕШНИЙ ВИД И ПОВЕДЕНИЕ

### Общее описание

Исследование психического состояния следует начинать с краткого описания внешнего вида боль-

ного, стремясь дать настолько точное представление, чтобы любой, кто ознакомится с этой характеристикой, смог бы узнать вашего пациента (никогда не встречавшегося ему ранее) даже в многолюдном помещении. Описывайте телосложение, одежду, прическу, макияж, обратите внимание на опрятность; оцените также, соответствует ли все это возрасту, полу, культурной группе и социальному классу, к которым принадлежит пациент.

Признаки запущенности (неопрятный вид, щетинистая борода, запах давно немытого тела, грязный костюм или слишком широкая, просторная одежда, что может быть связано с потерей массы тела) наблюдаются при многих психических заболеваниях, особенно при депрессивных расстройствах, деменции и шизофрении, но могут быть обусловлены и нищетой.

Всегда отмечайте любые признаки расстройства **уровня сознания**. Находится ли больной полностью в бодрствующем состоянии и ясном сознании, нормально реагирует на раздражители — или же он вялый, имеет сонный вид, никак не может полностью проснуться? Если исключить нормальную усталость, то состояние нарушенного сознания дает серьезные основания предполагать органическое мозговое расстройство, в особенности делирий, но невнимательность часто наблюдается также при аффективных расстройствах. Исследования ориентировки могут помочь дифференцировать эти состояния.

### Реакция на врача, ведущего беседу

Дальше необходимо описать поведение больного по отношению к врачу. Дружелюбно ли он держится, проявляет ли готовность участвовать в совместной работе? Предъявляет ли постоянно жалобы? Настроен ли он подозрительно или критически? В случаях, когда больной отказывается сотрудничать, студенты часто либо склонны предполагать, что это они сами виноваты, либо, наоборот, считают, что им попался «трудный» больной. Между тем подобная некооперативность представляет собой важную характеристику психического состояния больного, в определенной степени указывающую на его отношение к другим людям в настоящее время. Затем необходимо выяснить, обусловлено ли такое поведение больного реакцией на незнакомую обстановку и на переживаемый им стресс, или же оно является симптомом заболевания либо указывает на личностные проблемы.

## Двигательная активность

При оценке двигательной активности (иногда в том же смысле употребляется термин «психомоторная активность») следует обращать внимание на выражение лица, позу, походку пациента. В частности, необходимо отмечать быстроту движений, их количество, наличие патологических движений. Имеются ли признаки повторяющихся, явно нецеленаправленных либо произвольных движений?

Бывает *слишком мало* движений. Отличайте **акинезию** (\*с.287), при которой отмечается бедность произвольных движений, особенно сильно затрагивающая мимику, от **заторможенности** (\*с.289), при которой все движения замедлены. **Абулия** (\*с.287) — состояние безволия, при котором у больного отсутствуют спонтанные побуждения; при **ступоре** (\*с.291) пациент совершенно обездвижен, хотя сознание при этом полностью сохранено.

Может быть *слишком много* движений. Проводите различие между вообще повышенным уровнем двигательной деятельности, обозначаемым термином **гиперактивность** (\*с.288), и болезненным, «стереотипным» беспокойством, ведущим к **ажитации** (\*с.287). **Акатизия** (\*с.287) — это состояние беспокойства и гиперактивности, вызываемое побочным действием нейролептических препаратов. Отмечая у пациента повышенную двигательную активность, всякий раз задавайтесь вопросом: не связано ли это явление с **расторможенностью** (см. с.179)?

У пациента могут быть **непроизвольные движения**. Некоторые из них представляют особый интерес для психиатра. Вы, вероятно, уже знакомы с **тиками** (\*с.291) и наблюдали хореические движения в неврологических отделениях. Движения, характерные для **острой дистонии** (\*с.290, — это болезненные спазмы, а **поздняя дискинезия** (\*с.290) проявляется широким разнообразием повторяющихся и мучительных движений; оба состояния возникают как побочный эффект при приеме нейролептиков.

## РАССТРОЙСТВА РЕЧИ И МЫШЛЕНИЯ

Мысли другого человека могут стать нам известными только через посредство речи или некоторых других форм коммуникации, например письма или жестов. Речь и мышление тесно связаны между собой; при этом мышление обычно предшествует речи, однако мысли могут оставаться невысказан-

ными. Поэтому мы рассматриваем речь и мышление вместе.

Студентам часто бывает трудно понять сущность различия между формой и содержанием речи. Кратко и упрощенно это можно пояснить так: **форма** — это то, как мы разговариваем, тогда как **содержание** — то, что мы говорим. Например, мы можем говорить быстро и бессвязно (форма), но это никоим образом не указывает на то, говорим ли мы о погоде или о предстоящем обеде (содержание).

### Темп речи

Темп речи в значительной степени различается у разных людей, так что умеренно ускоренную или замедленную речь нельзя считать патологией. Крайности в отношении этой характеристики могут сопровождаться также изменениями в громкости и количестве речи.

#### ЗАМЕДЛЕННАЯ РЕЧЬ

**Замедленность речи** (\*с.288) характеризуется задержкой речи в начале высказывания, а также замедленным темпом.

#### МУТИЗМ

**Мутизм** (\*с.289) — это полное отсутствие речи. **Избирательный мутизм** — это отсутствие речи, возникающее только в определенных условиях и исчезающее в остальных.

Количественные изменения речи возникают при депрессии и маниакальном состоянии. Обеднение разговорной речи можно иногда наблюдать при деменции, когда больные говорят очень мало; в других случаях, наоборот, пациент иногда говорит очень много, но при этом его высказывания могут почти не содержать информации.

#### РЕЧЕВОЙ НАПОР

**Речевой напор** (\*с.291) отражает быстрый поток идей; часто такую речь трудно прервать.

### Последовательность и связность речи

Обращайте внимание, говорит ли больной нерешительно, делает ли он более длительные, чем обычно, паузы для обдумывания, связна ли его речь и соответствует ли ее содержание текущей беседе. Помните, что речь следует оценивать исходя из того, насколько она соответствует состоянию и обстоятельствам больного (который может быть озабочен

жизненным кризисом), а не с точки зрения того, что представляется уместным вам как интервьюеру. Неуверенная, с запинками речь характерна для людей, находящихся в состоянии тревоги или депрессии, нерешительных или поглощенных своими заботами и проблемами. Нередко свободному течению беседы мешает ослабленный слух пациента, причем может оказаться, что ранее никто и не подозревал, что он глуховат.

Использует ли больной им же придуманные слова — **неологизмы** (например: «мой ум *заспирален*») или необычные грамматические конструкции?

Соблюдается ли в речи **последовательность**, при которой высказываемые одна за другой идеи логически связаны между собой и направлены к цели, поддающейся идентификации, или же речь чрезмерно обстоятельная, соскальзывающая либо разорванная? В любом случае если есть основания подозревать какое-либо расстройство, нужно записать иллюстрирующие его образцы речи дословно (вместе с вопросом, который вы перед этим задали), например так:

*Когда вы поступили в больницу?*

*В прошлую среду, это был чудесный день для грибов. Вы любите яичницу?*

Больной может говорить обстоятельно либо переходить от одной темы к другой, не преследуя при этом, по-видимому, никакой определенной цели, кроме поддержания социального контакта как такового. Это необходимо дифференцировать с разорванностью идей, при которой отмечается явное стремление к соблюдению логической последовательности, но эти попытки не достигают цели.

#### ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО МЫШЛЕНИЯ

При **шизофреническом расстройстве мышления** логическая последовательность идей может нарушаться так, что предложения, следующие одно за другим в речи больного, не имеют между собой связи; в одном предложении могут содержаться два не связанных между собой элемента:

*Я хочу уйти домой, потому что эта больница расположена ближе к магазинам, чем та, где я был раньше.*

Здесь во второй части предложения явно делается попытка мотивировать желание, высказанное

в первой, но все же вразумительного объяснения нет, и две мысли остаются не связанными между собой. Обязательно попросите больного раскрыть ассоциацию между идеями, если вам не удастся уловить какую-либо имеющую смысл связь. Нередко это помогает выявить еще более серьезные нарушения логического мышления или, напротив, получить достаточно логичное объяснение высказывания, которое поначалу не было очевидным. В ответ на вашу просьбу пояснить предыдущее утверждение больной может сказать:

*Магазины пугают меня, а если я останусь здесь, мне, возможно, придется их посещать. Я был бы не против перейти в другую больницу.*

Теперь невразумительное ранее высказывание начинает обретать смысл.

В другом случае пациент мог бы заявить:

*Я имею в виду, что хочу уйти домой, потому что дом рядом с магазинами, а магазины рядом с больницей.*

В этом утверждении даже меньше смысла, чем было в первоначальном. При крайних формах расстройства речь может превращаться в набор не связанных между собой слов («словесная крошка»).

#### СКАЧКА ИДЕЙ

Выражение «**скачка идей**» используют при описании речи больных в маниакальном состоянии, когда они быстро переходят от одной темы к другой; при этом обычно заметна определенная связь, которая может быть довольно слабой. Например:

*Мне тут не нравится. По правде говоря, здесь скучновато. Больные вечно храпят. Просто какая-то сплошная зевота. Я бы лучше посмотрел мягкое «порно». А у вас, доктор, мозги не размягчаются?*

Здесь между мыслями прослеживается некоторая связь, и в конце заметен возврат к начальной теме. Такая «скачка» обычно имеет отношение к речевому напору, отличающемуся от шизофренического расстройства мышления. Однако в действительности форма расстройств мышления и речи при шизофрении и маниакальном состоянии может быть настолько сходной, что разграничение становится очень сложным.

Если больной во время обследования внезапно умолкает, причем у него совершенно отсутствующий вид, то вероятнее всего это объясняется про-

сто тем, что он встревожен, но имейте в виду возможность **обрыва мыслей** — для данного явления используется также термин **шперрунг** (\*с.292). Обязательно спросите у пациента, что с ним происходило во время паузы. Аналогичная картина может также наблюдаться при **эпилепсии** — в случае **абсанса** (см. с.129).

#### ПЕРСЕВЕРАЦИЯ

О **персеверации** говорят в случаях, когда больной, дав правильный ответ на первый вопрос, затем повторяет его и при последующих вопросах, уже явно невпопад. Например:

*Какой сегодня день?*

*Понедельник. (Правильно.)*

*В какой день вы поступили в больницу?*

*Понедельник.*

*Как называется отделение больницы, в котором вы находитесь?*

*Понедельник.*

Вербальная персеверация часто сочетается с двигательной: «Поднимите левую руку». Больной выполняет инструкцию. «Поднимите правую руку». Больной снова поднимает левую руку. Персеверация обычно является признаком органического поражения головного мозга.

## РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ

Исследование настроения охватывает четыре основных аспекта: субъективную его оценку, данные объективного наблюдения, изучение функций вегетативной нервной системы, анализ содержания мыслей.

### Субъективная оценка настроения

Вначале всегда спрашивайте больного о его настроении, используя при этом открытый вопрос:

*Какое настроение было у вас в последнее время?*

или

*В каком расположении духа вы находились?*

Если пациент дает уклончивый ответ, продолжайте спрашивать:

*У вас было в основном веселое или грустное настроение?*

Если больной сообщает о том, что настроение было печальным, спросите:

*Насколько печальным? Удастся ли вам освободиться от дурного настроения?*

Если больной описывает депрессивное настроение, никогда не забывайте спросить:

*О чем вы обычно думаете, когда у вас такое настроение? Что вы думаете о своем будущем? Бывает ли у вас ощущение полной безнадёжности?*

(В случае положительного ответа:)

*Так, как будто жизнь не стоит того, чтобы продолжать существовать?*

(Если ответ утвердительный, то продолжайте задавать вопросы, направленные на выявление возможных суицидальных намерений, см. с.34).

### Объективное наблюдение за настроением

Печальное, тревожное или веселое настроение проявляется в соответствующем выражении лица, позе, степени подвижности. «Нормальное» настроение часто колеблется в зависимости от содержания мыслей и переживаний индивида.

Следует обратить внимание на два отдельных момента:

1. Какое настроение преобладает во время беседы?
2. В какой степени колеблется настроение, адекватны ли эти колебания содержанию беседы, в какую сторону они происходят?

Иногда больные отрицают состояния неприятного настроения (например, депрессию, чувство растерянности и замешательства, подозрительность), хотя это может противоречить целому ряду объективных признаков, выдающих то, что они стараются скрыть. В частности, некоторые пациенты намеренно пытаются утаить депрессию, отказываясь отвечать на вопросы, и это должно насторожить врача, проводящего беседу, поскольку в таких случаях повышен риск самоубийства.

**Печаль** является признаком депрессивного настроения, но она, конечно же, сама по себе не свидетельствует о наличии психического заболевания. **Плач** обычно связывают с печалью, хотя он может быть и просто средством разрядки скрытого нервного напряжения.

При менее тяжелых депрессивных состояниях настроение может улучшаться, когда больного от-

влекают забавные или вызывающие живой интерес события, т.е. настроение реагирует на обстоятельства (вот это и есть в собственном смысле слова «реактивная депрессия»). При более тяжелых депрессивных состояниях больные плачут реже, наблюдается также тенденция к большей устойчивости меланхолического настроения, отсутствуют нормальные модуляции настроения, что легко может быть ошибочно принято за притупление аффекта (см. ниже). Больной может описывать ощущение неспособности испытывать чувства или заботиться о других людях, например о членах семьи или друзьях.

Улыбка и смех ассоциируются с весельем, **эйфорией** и в таком случае обычно обладают свойством «заразительности». Однако они порой наблюдаются также и в несчастье (как выражение иронии или как реакция на социальное ожидание), когда не могут передавать подлинную радость. Больные в маниакальном состоянии не всегда пребывают в веселом и бодром настроении: они нередко проявляют раздражительность и нетерпеливость, спровоцированные теми, кто пытается ограничить их активность. **Раздражительность** — распространенное явление при любых аффективных заболеваниях.

У больного может быть **лабильное настроение** (\*с.289) — при этом у него почти отсутствует контроль над эмоциями. Реже вы можете заметить признаки неадекватного или **инконгруэнтного аффекта** (\*с.289) либо обнаружить **притупление аффекта** (\*с.291), при котором способность испытывать эмоции кажется утраченной.

## Функции вегетативной нервной системы

Аффективные изменения сопровождаются неустойчивостью функций вегетативной нервной системы. Возможно, во время рукопожатия вы замечали, что у больного холодная, влажная от пота ладонь.

Повышенное возбуждение характеризуется потливостью, сердцебиением, сухостью во рту, учащенным дыханием, учащенным мочеиспусканием. Все эти признаки обычно выявляются во время исследования психического состояния, тогда как повышенное диастолическое и систолическое кровяное давление, тахикардию, повышенную двигательную функцию желудка и перистальтику кишечника можно обнаружить при проведении соматического осмотра. Повышение функций вегетативной нервной системы типично для всех психи-

ческих расстройств, связанных с тревогой (включая тревожные и депрессивные состояния), а также часто наблюдается при острой и хронической шизофрении.

## СОДЕРЖАНИЕ МЫШЛЕНИЯ

Содержание мышления раскрывается прежде всего в речи больного; кроме того, о нем можно судить на основании наблюдений за поведением. В этом плане нередко «действия говорят громче, чем слова». Например, пациент отрицает подозрительность по отношению к другим людям, но при этом, приоткрыв дверь кабинета, выглядывает в коридор, чтобы удостовериться, не подслушивает ли кто-нибудь снаружи.

### Чрезмерная озабоченность

Темы, доминирующие в содержании мышления больного, могут раскрываться в его спонтанной речи. Обращайте внимание на любые темы, к которым он многократно обращается во время беседы, и на затруднения, с которыми вы сталкиваетесь, пытаясь увести его от этих тем и возвратиться к обсуждению других аспектов анамнеза и исследования психического состояния. Если не обнаруживаются явных признаков чрезмерной озабоченности, спросите:

*Что вас больше всего волнует?*

или

*У вас есть какие-либо мысли, которые вы, кажется, просто не в состоянии выбросить из головы?*

Озабоченность — весьма распространенное явление, но обычно она адекватна жизненным обстоятельствам человека. Так, вполне естественно, если больной, которому предстоит серьезная хирургическая операция, будет поглощен мыслями о сопряженном с ней риске, о ее вероятном исходе, об обеспечении благополучия тех, кто находится на его иждивении, и т.д., — даже несмотря на то, что окружающие могут подбадривать его, говоря, чтобы он не думал об этом и положился на них. Однако озабоченность бывает и патологической; в этом случае содержание соответствующих мыслей может иметь значение для постановки диагноза.

**Умственная жвачка** — это повторяющиеся мысли и темы (обычно имеющие неприятное содержание), которые больной может обдумывать в тече-

ние чрезвычайно длительного времени. Данное явление обычно возникает при тревожных и депрессивных расстройствах, когда содержание мыслей отражает **аффективное состояние**: например, бесконечные раздумья пациента могут быть связаны с идеями виновности, низкой самооценкой или с ипохондрией. Подобные мысли необходимо дифференцировать с бредовыми идеями (см. далее), при которых содержание может быть то же, но форма уже иная. Умственная жвачка бывает также при **навязчивых состояниях** (см. с.199); в этом случае размышления отражают имеющиеся у больного колебания.

**Суицидальные мысли** имеют особое значение из-за риска для жизни больного. У пациента, который сказал, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать, следует спросить:

*У вас когда-нибудь возникали мысли покончить с жизнью?*

*Вы планировали, что именно вы должны сделать?*

*Вы намеревались довести это до конца?*

Возможно, вас поразит то, что большинство больных отвечают на такие вопросы честно, но особенно будьте начеку с теми, кто уклоняется от ответа. Хотя суицидальные мысли наиболее распространены при депрессивном синдроме, они отнюдь не ограничиваются этим расстройством.

## Патологическая убежденность

Идеи, разделяемые многими представителями определенной культурной или этнической группы, могут казаться странными тем, кто не принадлежит к данной общности; наиболее характерный пример — особые религиозные убеждения и практики. У отдельных людей также могут быть идеи, которые кажутся окружающим чересчур своеобразными, неприемлемыми или эксцентричными, но они не обязательно являются симптомами психического заболевания.

**Сверхценные идеи** — это очень стойкие, овладевающие субъектом убеждения по вопросам, которым этот человек придает особое значение. Это не бредовые идеи, поскольку они лишены такого качества, как непоколебимость убежденности. Например, у женщины, страдающей нервной анорексией, может появиться типичная убежденность в том, что она «жирная», хотя ей известно о значительном дефиците массы тела, и если бы речь шла о других людях с таким же весом, то она сочла бы подобную худобу опасной для здоровья. Сверхцен-

ные идеи не обязательно свидетельствуют о наличии психического заболевания.

**Бредовые идеи** — это ложные суждения и умозаключения, которые отличаются непоколебимой твердостью, не разделяются другими людьми, принадлежащими к той же культурной или социальной группе и обладающими примерно таким же уровнем интеллекта, и стойко удерживаются, несмотря на все доказательства противоположного. Например, больной настаивает на том, что среди кустов и деревьев больничного парка скрываются злоумышленники, вступившие в заговор с целью убить его. Врач вместе с ним обходит весь парк, внимательно осматривая все укромные места. Когда они в конце концов возвращаются в палату, врач констатирует, что на всей территории никого не было.

*«Конечно, нет, — говорит больной. — Они же знали, что мы собираемся искать их, и ушли. Но я знаю, что теперь они снова вернулись».*

**Первичный бред** не является производным других болезненных процессов, например патологического настроения или галлюцинаций. Однако он может быть спровоцирован не имеющими отношения к болезни явлениями или процессами. Например, больной, увидев в небе три облака (нормальное восприятие), истолковывает эту картину как личное послание ему от Бога — знамение, означающее, что он является членом Святой Троицы. Первичный бред обычно указывает на шизофрению при условии, что возникает у больного только на фоне ясного сознания. Существует несколько видов первичного бреда, но особенно важным является **бредовое восприятие**, пример которого был приведен выше. Здесь восприятие нормальное, но ему придается бредовое значение.

**Вторичный бред** является производным некоторых других патологических процессов. Например, больной ошибочно убежден в том, что его преследуют соседи. Такая убежденность может быть вторичной по отношению к состоянию патологически измененного настроения, например депрессии (он верит, что виновен и заслуживает наказания, считая преследование формой возмездия), или же по отношению к голосам (которые, по его мнению, принадлежат соседям), говорящим: «Убейте его!». Вторичный бред возникает при многих, достаточно разнообразных расстройствах, но его содержание может быть характерным для определенного диагноза. Так, бредовые идеи о наличии заболевания (или, например, убежденность больного в том, что он умирает) обычно связаны с депрессивным



настроением, тогда как идеи величия чаще встречаются при маниакальном состоянии.

Предполагаемое наличие бредовых идей обычно становится очевидным во время сбора анамнестических сведений. Например, больной с бредом преследования может рассказать вам о том, каким образом окружающие действуют против него, как он пытался прекратить это, подавая жалобы в полицию либо обращаясь за консультацией к адвокату; иногда такой пациент проявляет подозрительность во время беседы.

Не задавайте шаблонно, всем подряд вопросы о бредовых идеях — делайте это только в случаях, когда другие сведения из анамнеза или особенности психического состояния указывают на их возможное существование. Тогда спросите:

*Считаете ли вы, что другие люди пытаются причинить вам вред?*

*Вы когда-либо испытывали чувство вины или корили себя за что-то?*

*Считаете ли вы, что ваше тело каким-то образом изменилось?*

*Считаете ли вы, что являетесь избранным или обладаете особой властью?*

В случаях, когда больной отвечает на какой-либо из этих вопросов утвердительно, его необходимо расспросить подробнее, чтобы выяснить, удовлетворяют ли подобные идеи (если они присутствуют) критериям диагностики бредовых идей. Есть ли какие-то доказательства, подтверждающие мнение больного? Разделяются ли его взгляды другими людьми, поощряют ли окружающие его убеждения? Возможно ли каким-то образом поколебать его уверенность в правильности сделанных им умозаключений?

Бредовые идеи присутствуют при различных психических заболеваниях — практически при всех тех формах, которые принято определять как **психозы** (см. с.46). Персекуторный и ипохондрический бред возникает при многих расстройствах и мало помогает установлению диагноза. Другие бредовые идеи с большей определенностью подтверждают диагноз (см. выше); их описание можно найти во второй части книги или в глоссарии.

## ВОСПРИЯТИЕ

Обычно — в течение большей части времени — мы осознаем свои собственные мысли, свое тело и окружающий нас мир лишь до некоторой ограни-

ченной степени, но мы можем сосредоточить свое внимание на каком-либо из этих объектов; они имеют определенные качества, организацию и структуру, которые распознаются и принимаются нами как данность, не требующая каких-либо пояснений или доказательств. Это ощущение чего-то хорошо знакомого, близкого, привычного может патологически разрушаться, причем нарушения могут возникать в любой из модальностей нашего восприятия себя и внешнего мира.

Нет необходимости подробно расспрашивать каждого больного относительно расстройств восприятия, но в большинстве случаев полезно задать несколько «просеивающих» вопросов, например:

*Случалось ли вам замечать в себе или в своем окружении какие-либо изменения, которых не можете объяснить?*

*Приходилось ли вам слышать голоса людей, когда в пределах видимости и слышимости никого не было?*

и затем более настойчиво продолжить поиск признаков соответствующих нарушений, если анамнез или результаты исследования психического состояния дают основания для определенных подозрений.

У больного может быть неприятное ощущение, что при постоянстве окружающей обстановки он сам или его тело изменились — это наводит на мысль о **деперсонализации** (\*с.288). Напротив, пациент может ощущать, что хотя сам он остался тем же, окружающая обстановка каким-то образом изменилась — в этом случае следует предположить наличие **дереализации**. Деперсонализация и дереализация далеко не всегда указывают на заболевание: они нередко возникают при сильном утомлении или перевозбуждении, особенно в связи с тревогой и депрессией; несколько реже такие явления наблюдаются при шизофрении, эпилепсии и состояниях, вызванных употреблением психоактивных веществ.

## Иллюзии

**Иллюзия** — это искаженное восприятие внешних раздражителей. Иллюзии могут возникать в любой сенсорной модальности. Наиболее распространены слуховые иллюзии, когда человек неверно воспринимает услышанное, и зрительные, при которых в искаженной форме воспринимаются визуальные стимулы. Иллюзии не обязательно связаны с какой-либо патологией: большинству людей знакомы «оп-

тические иллюзии»; очень многие, проходя в одиночестве поздним вечером по темной улице, склонны «слышать» за спиной как бы преследующие их шаги. Определенные эмоциональные состояния, например тревога, часто сопровождаются подобными явлениями.

Возможно, наиболее распространенной патологической причиной иллюзий является сенсорная недостаточность (как, например, при ослабленном зрении или слухе); аналогичный эффект может возникать при крайне ограниченном поступлении сенсорных сигналов той или иной модальности, например в темноте. Сходное действие оказывает снижение уровня сознания. Особенно вероятно возникновение иллюзий при делирии. Например, в этом состоянии игра теней может быть искаженно воспринята, скажем, как движение каких-то опасных животных, а прикосновение постельного белья к коже — как ползание насекомых. Неудивительно, что больные, испытывающие такие иллюзии, часто выглядят испуганными.

## Галлюцинации

**Галлюцинации** — это восприятия, в основе которых нет внешних раздражителей. Например, человек слышит голос, который что-то говорит, тогда как на самом деле никто не издавал никаких звуков и никто из окружающих ничего не слышал. Так же как и иллюзии, галлюцинации могут возникать в любой модальности восприятия, но, несомненно, наиболее распространены слуховые.

### СЛУХОВЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Спросите:

*Вы когда-либо слышите голоса, хотя там, где вы находитесь, никого нет или никто не разговаривает?*

Если пациент отвечает утвердительно, задайте следующий вопрос:

*Это реальные голоса, исходящие извне, или ваши собственные мысли, звучащие у вас в голове?*

*Случается ли иногда, что вы слышите свои собственные мысли, произносимые вслух, вне вашей головы?*

Спросите также о содержании высказываний голосов:

*Что говорят голоса?*

*Расскажите мне для примера, что вы слышали сегодня или вчера.*

Всегда записывайте сообщения больного о его переживаниях дословно, включая содержание галлюцинаций.

Слуховые галлюцинации могут возникать при многих расстройствах, включая шизофрению, органические психосиндромы и маниакально-депрессивный психоз, а их содержание часто связано с характером расстройства. Например, при маниакальных состояниях оно может быть созвучно идеям величия (например, голос говорит больному о том, что он обладает особой властью), тогда как при депрессивных расстройствах высказывания голосов чаще имеют оскорбительное содержание и соответствуют низкой самооценке, типичной для подобных состояний. Особенности слуховых галлюцинаций, позволяющие предполагать шизофрению, описаны на с.155.

### ЗРИТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Зрительные галлюцинации встречаются сравнительно редко, в основном при острых органических состояниях (например, при интоксикации такими психоактивными веществами, как амфетамины, или при других делириозных состояниях), хотя иногда возникают также при шизофрении и аффективных расстройствах. Дезорганизованные зрительные галлюцинации (характеризующиеся отсутствием нормальных очертаний) могут быть следствием патологии затылочной доли головного мозга.

### ДРУГИЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

**Обонятельные и вкусовые галлюцинации** могут свидетельствовать о патологии височных долей головного мозга. Описываются также **тактильные и висцеральные галлюцинации**, т.е. восприятия, как бы исходящие с поверхности тела или от внутренних органов, но их трудно отдифференцировать от иллюзий. Галлюцинации всех перечисленных типов иногда отмечаются при шизофрении.

Галлюцинации, обычно возникающие в сновидениях, а также в промежуточном состоянии при переходе от бодрствования к сну (**гипнагогические галлюцинации**), не являются патологическими. Простые, или элементарные, галлюцинации (иначе говоря, выражающиеся в том, что человек слышит, к примеру, стук или видит вспышки света) могут наблюдаться при сильной усталости. Следовательно, вы всегда должны выяснять у пациента, при каких обстоятельствах у него были галлюцинации:

*Это происходило днем или ночью?*

*Вы лежали в постели, и свет в комнате был выключен?*

*Вы находились в бодрствующем состоянии или дремали?*

Иногда не просто провести различие между иллюзией и галлюцинацией. Если, например, пациент говорит, что слышал голос, сказавший: «Ты особо избран», — спросите:

*Откуда исходил голос?*

*Был ли кто-нибудь еще поблизости в этот момент?*

*Разговаривали присутствующие в это время или нет?*

**Псевдогаллюцинации** лишены таких (присущих и нормальным восприятиям, и галлюцинациям) качеств, как живость и реальность; они имеют качество «как будто» и переживаются во внутреннем субъективном пространстве. Таким образом, голос слышится «внутри головы», а изображение видят как бы «внутренним взором». Спросите:

*Это звучало так же, как реальный голос, — наподобие того, как вы сейчас слышите мой голос?*

Псевдогаллюцинации, подобно иллюзиям, почти не имеют диагностической специфичности. Они могут возникать при любом психическом заболевании, а также при отсутствии патологии со стороны психики, особенно у людей с очень живым и богатым воображением или со сниженным интеллектом. В случаях, когда не удается дифференцировать псевдогаллюцинации и галлюцинации, у больного иногда ошибочно диагностируют психоз.

## ФУНКЦИИ ИНТЕЛЛЕКТА

Интеллектуальные функции необходимо исследовать у большинства больных, находящихся в психиатрическом отделении, в особенности во всех случаях, когда есть основания предполагать органический психосиндром. Чтобы результаты описываемых ниже исследований представляли определенную ценность, все тесты должны выполняться надлежащим образом. Прежде всего следует объяснить пациенту, что именно вы намереваетесь делать и с какой целью:

*Сейчас я собираюсь задать вам несколько других вопросов, чтобы выяснить, как вы ориентируетесь в настоящей ситуации. Важно, что-*

*бы вы старались выполнить все задания как можно лучше, даже если они покажутся вам чересчур легкими или слишком трудными.*

Регистрируйте и правильные, и неправильные ответы. Также обращайте внимание на отношение больного к выполнению тестов. Действительно ли он старается? Возможно, он *не способен сотрудничать*, потому что слишком встревожен или подавлен? Теряет ли он терпение? Отказывается ли выполнять задания, например, мотивируя это тем, что они слишком тривиальны? При интерпретации результатов не забывайте, что на них в определенной степени влияют как умственные способности, так и культурный и образовательный уровень, а следовательно, необходимо принимать во внимание полученную при сборе анамнеза информацию об образовании и профессиональном маршруте, чтобы оценить истинное значение показателей пациента и причины его неудач.

## Ориентировка

Сначала необходимо проверить **ориентировку** во времени и месте. Спросите:

*Какой сегодня день недели?*

*Не глядя на часы, скажите, который час?*

*Вы можете сказать мне, какое сегодня число, назвать месяц и год?*

*Где мы сейчас находимся?*

Если полученные ответы неверны, задайте более детализированные вопросы:

*В каком городе мы находимся?*

*Как называется учреждение, где мы с вами сейчас беседуем?*

*Как вы сюда добрались от своего дома?*

*Как вас зовут?*

*Кто я?*

Если больной не может ответить ни на один из этих вопросов, спросите:

*Сейчас день или ночь?*

*Сейчас ближе к девяти утра или к полудню?*

*Вы можете сказать — сегодня понедельник или вторник?*

*Сейчас начало или конец месяца?*

Любой пациент должен быть способен правильно ответить на вопросы, касающиеся идентификации его личности; кроме того, он должен сознавать, что находится в больнице, иметь адекватное представление о дне недели и времени суток (с точнос-

тью примерно до одного часа). Ответы больного записывайте дословно, приводя также (в скобках) правильные ответы.

Фиксируйте данные любых других наблюдений, свидетельствующие о нарушении ориентировки. Например, имеет отношение к делу информация о том, что пациент через несколько дней после поступления в больницу все еще с большим трудом находит дорогу в свою палату, в столовую, в процедурный кабинет или же по ошибке пытается занять чужую койку.

**Дезориентировка** — главный признак помрачения сознания, характерного для делирия. Эти явления могут, кроме того, сопровождаться ослаблением осознания окружающей обстановки и снижением способности быстро схватывать суть происходящих событий; при этом внимание обычно также нарушено. Больные в делириозном состоянии нередко не имеют представления о времени суток, не знают, где они находятся и какие функции выполняют окружающие их люди. Однако возможны и другие причины неправильных ответов на вопросы, касающиеся ориентировки: они могут быть обусловлены, например, плохой памятью (при деменции) или суженным кругом интересов при депрессивных расстройствах.

## **Внимание и концентрация**

Недостаточность внимания и концентрации обычно четко проявляется во время сбора анамнеза. Иногда бывает трудно привлечь внимание больного или же оно оказывается очень неустойчивым: его отвлекают такие обстоятельства и объекты окружающей обстановки, какие во время врачебной консультации принято игнорировать (пение птиц в саду за окном, книга, лежащая на столе, и т.п.), либо внимание быстро переключается с одного предмета на другой. В качестве отвлекающего фактора могут выступать специфические переживания больного (например, в случае, когда он прислушивается к голосам), которых интервьюер не может воспринимать. В основу специальных тестов на внимание положено использование способности человека воспроизводить последовательность хорошо знакомого (а значит, не требующего усвоения новой информации) материала.

Предоставьте больному столько времени, сколько ему потребуется для выполнения каждого теста, но при этом незаметно фиксируйте затраченное им время и зарегистрируйте показатель. Задания обычно формулируют так:

*Назовите мне дни недели в обратном порядке, начиная с субботы.*

*Назовите мне месяцы года в обратном порядке, начиная с декабря.*

Как всегда, дословно записывайте ответы больного, отмечая продолжительность выполнения каждого теста. При отсутствии у испытуемого нарушения внимания он, как правило, быстро и без ошибок выполняет эти задания:

*Из ста вычитайте последовательно по семь и говорите результат.*

Если больной не понимает задание в такой форме — спросите:

*Сколько будет, если от ста отнять семь?*

*А от девяноста трех отнять семь?*

Задавайте вопросы подобным образом до тех пор, пока он не поймет, что от него требуется. Если же ему и после этой подсказки не удастся уловить суть задания (или если он скажет, что это слишком сложно), попросите его вычитать по три от двадцати.

Это задание отличается от предыдущих тем, что его выполнение в большей степени зависит от уровня образования и интеллектуальных способностей, а следовательно, результаты необходимо интерпретировать в свете данных анамнеза об образовании и трудовой деятельности. Расстройства внимания наблюдаются часто, они могут возникать почти при любом психическом расстройстве, особенно при органических заболеваниях и аффективных расстройствах.

**(Больные, у которых по данным этих исследований есть явные признаки нарушенного внимания, обычно не в состоянии выполнить последующие тесты на проверку памяти, которые в этом случае уже не смогут предоставить какой-либо дополнительной информации, и потому проводить их не нужно.)**

## **Запоминание и кратковременная память**

### **ЦИФРОВОЙ РЯД**

Это тест на запоминание и немедленное воспроизведение. Начните с объяснения:

*Я назову несколько цифр, которые вам нужно запомнить. Как только я закончу перечисление, вы должны повторить эти цифры. Например, если я скажу: «2, 4, 7», то вы повторите: «2, 4, 7».*

Дайте пациенту несколько таких серий по три цифры, называя их с одинаковой скоростью (примерно одну цифру в секунду) и стараясь при этом не выделять интонацией какие-либо одни цифры по сравнению с другими. Попросите больного повторить их немедленно.

Если он справляется с этим безошибочно, называйте уже по четыре цифры, каждый раз используя новую последовательность, затем по пять — и так далее до тех пор, пока больной не сделает ошибку (допустим, на семи цифрах).

В конце запишите максимальное количество цифр, которые больной смог повторить в правильной последовательности. При отсутствии нарушений памяти большинство взрослых со средним интеллектом могут запоминать по семь цифр. Если испытуемый в состоянии запомнить только пять или менее цифр, это дает серьезные основания предположить нарушение кратковременной памяти.

#### ФРАЗЫ СТЭНФОРДА — БИНЕ

Это тест на запоминание и непосредственное воспроизведение, в котором принимается во внимание интеллект. Объясните пациенту суть задания:

*Я попрошу вас запомнить предложение. Внимательно выслушайте его и затем повторите как можно точнее.*

Медленно прочитайте одно из приведенных ниже предложений, выбрав наиболее подходящее для данного больного исходя из предполагаемого уровня интеллекта. Затем попросите пациента тут же повторить прочитанное. При неверном воспроизведении подберите более легкое предложение, при точном — предложите более трудное. Читайте предложение только один раз, медленно и четко. Ответ записывайте дословно.

Вот предложение, которое рассчитано на взрослых со сниженным интеллектом (оно успешно запоминается одиннадцатилетними в 50% случаев):

*Вчера мы прокатились на машине по дороге, проходящей через мост.*

Следующее предложение предназначено для взрослых с умеренно выраженным снижением интеллекта (успешно запоминается тринадцатилетними в 50% случаев):

*Самолет приземлился точно на приготовленной для него посадочной площадке.*

Для взрослых со средним интеллектом:

*Красноголовые дятлы подняли ужасный шум, когда пытались прогнать мальчишек от своего гнезда.*

Для взрослых с высоким интеллектом:

*В конце этой недели газеты опубликовали подробный отчет об экспериментах, проведенных выдающимся исследователем.*

#### ИМЯ, АДРЕС И ЦВЕТОК

Это тесты на запоминание, непосредственное воспроизведение и кратковременную память. Объясните пациенту задание:

*Я назову вам имя и адрес воображаемого человека, а также название цветка, который ему нравится. Это обычное исследование памяти, которое проводится с каждым пациентом. Я хочу, чтобы вы постарались запомнить все, что я скажу, и повторили сразу же, как только я закончу. Вот эти данные: «мистер Уильям Томсон; 118 Гамильтон Террас, Хорлтон, Манчестер 13\*. Цветок — желтый нарцисс». Теперь повторите все это.*

Запишите имя и адрес, названные вами больному, и его непосредственный ответ. Обратите внимание, что нужно запомнить девять единиц информации, не считая слова «мистер». При выборе имени и адреса избегайте очень распространенных имен (например, Джон Смит) или местных адресов, хорошо известных пациенту. Если больной сделал ошибку, прочитайте еще раз те же данные, и попросите повторить их снова. Продолжайте до тех пор, пока больной не повторит все точно, и зарегистрируйте количество сделанных попыток. После того как больной воспроизвел нужную информацию правильно, скажите ему:

*Постарайтесь, пожалуйста, запомнить это имя и адрес — позже я опять попрошу вас назвать их.*

Затем продолжайте проводить другие исследования, например памяти на отдаленные события. Через две минуты попросите больного повторить имя и адрес. На этот раз не исправляйте никаких

\* В русскоязычной культуре лучше подобрать более привычные имя и адрес, например: «господин Борис Николаев, ул. Заводская, дом 24, квартира 118, город Самара». — *Ред.*

ошибок. Еще через три минуты снова предложите повторить. Каждый раз записывайте ответы. Есть ли какие-нибудь признаки плохого запоминания? После правильного запоминания материала отмечается ли правильное его воспроизведение? Если пациент допускает ошибки, то при каждом ли повторении они одни и те же или воспроизведение через пять минут хуже, чем через две?

Если этот же тест будет проводиться неоднократно, то в дальнейшем каждый раз используйте другие имена и другие адреса, аналогичные приведенному образцу по количеству слогов, букв и по степени сложности. Большинство испытуемых могут безошибочно повторить имя и адрес немедленно после прослушивания и пять минут спустя. Три и более ошибки при повторении через пять минут дают серьезные основания предполагать клинически значимое нарушение памяти.

### Долговременная память

Можно исследовать память на недавние события, расспрашивая пациента о том, что происходило в его жизни на протяжении последних нескольких дней, а также о впечатлениях за этот период; если есть возможность, задавайте вопросы, правильность ответов на которые можно проверить. Например, спросите:

*Сколько времени вы находитесь в больнице?  
Кто вас сюда доставил?  
Вы можете рассказать мне о телевизионных передачах, которые вы смотрели вчера вечером?  
О чем пишут в газете, которую вы читали сегодня утром?*

Проверьте память на отдаленные события, задавая вопросы о некоторых фактах из биографии больного, например:

*Вы можете сказать, как называлось последнее оконченное вами учебное заведение? А кто им руководил? Как его фамилия?  
Назовите дату вашей свадьбы.*

Ответы на вопросы о событиях общего характера, происшедших в прошлом (например, датах начала и окончания второй мировой войны или именах последних пяти премьер-министров), характеризуют скорее общую эрудицию, чем состояние долговременной памяти, и зависят от интеллекта и образования в той же степени, что и от памяти. Таким образом, плохие показатели при выполнении теста могут быть обусловлены низким уровнем об-

разования так же, как низким уровнем интеллекта или органическим поражением головного мозга. Обычно используются следующие вопросы:

*Вы можете перечислить мне пять крупных городов Англии?  
А названия пяти видов фруктов?  
Как фамилия премьер-министра?  
А его предшественника?*

Явные признаки нарушения более долговременной памяти часто обнаруживаются в процессе сбора анамнеза. Например, в сообщаемых пациентом данных иногда раскрываются серьезные несоответствия в отношении возраста, года выхода на пенсию или даты смерти его жены.

Изолированное нарушение кратковременной памяти, выявляемое посредством приведенных выше тестов, фактически отражает недостаточность усвоения новой информации. Память на события, предшествующие началу заболевания головного мозга, остается интактной, но имеется расстройство запоминания и удержания (ретенции) нового опыта.

К нарушениям более долговременной памяти можно отнести **ретроградную амнезию**, т.е. потерю памяти на события, пережитые до начала заболевания головного мозга.

У больных с деменцией часто наблюдается нарушение кратковременной памяти, но при этом они, по-видимому, нередко на удивление хорошо помнят события раннего периода жизни, сообщая даже подробности. Однако не забывайте о возможности **конфабуляций** — не соответствующих действительности, вымышленных воспоминаний, которые пациент описывает в ответ на заданные ему вопросы, стремясь скрыть плохую память. По мере прогрессирования деменции в конце концов нарушается даже долговременная память.

### Интеллектуальные способности

В процессе сбора анамнеза складывается определенное впечатление об уровне интеллектуальных способностей больного на основании используемого им словарного запаса, сложности высказываемых концепций и правильно воспроизводимых фраз Стэнфорда — Бине соответствующей степени сложности. Если все эти показатели согласуются с известными нам из анамнеза уровнем образования и характером трудовой деятельности пациента, а при выполнении описанных выше тестов не выявлено никаких признаков снижения памяти, то вряд ли

будет целесообразно проводить специальное исследование интеллекта.

Если есть основания предполагать **умственную отсталость**, целесообразно применить простые тесты на сообразительность, например:

*Сколько будет трижды девять?  
Шестнадцать разделить на четыре?  
Чем отличается забор от стены?  
Если флаг развевается в сторону запада, то откуда дует ветер?*

Серьезные затруднения при выполнении заданий может вызывать неграмотность; между тем больные о ней нередко не упоминают, и может случиться, что у врача не возникнет никаких подозрений на этот счет. Если есть основания сомневаться в грамотности испытуемого, спросите у него:

*Вы учились читать и писать в школе?  
Вы не против прочитать мне отрывок из этой газеты?*

## АБСТРАКТНОЕ МЫШЛЕНИЕ

Исследование абстрактного мышления может понадобиться для выявления его расстройств и должно проводиться только в случае, если предполагается их наличие (см. с.31). Предложите больному объяснить значение одной или двух **пословиц**. Начните с примера:

*Пословицы — это выражения, которые имеют переносное, обобщающее значение. Например, «у семи нянек дитя без глазу» означает: «если много людей выполняют одну и ту же работу, то скорее всего она будет сделана плохо». Вы слышали, говорят: «куй железо, пока горячо»?*

(Если пациент отвечает утвердительно:)

*Можете сказать мне, что это значит?*

Запишите ответ; если он правилен — предложите более трудное задание:

*Теперь объясните мне смысл пословицы «не руби сук, на котором сидишь».*

Проанализируйте полученный ответ, оценивая, в какой степени он демонстрирует расстройство мышления (которое может указывать на шизофрению), с одной стороны, или конкретное мышление (наводящее на предположение об органическом поражении или о сниженном интеллекте) — с другой.

## ОСОЗНАНИЕ И ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОМ СВОЕГО ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Понимание наличия и характера психического заболевания, а также его причин никогда не бывает полным и лишь в редких случаях совершенно отсутствует; поэтому при рассмотрении данного вопроса избегайте обобщений, выражающихся в таких формулировках, как «хорошо осознает свое психическое состояние» или «плохо осознает свое психическое состояние». Признаки, указывающие на степень осознания больным его психического состояния, могут проявляться на разных этапах сбора анамнеза и обследования. Довольно типичны, например, следующие утверждения:

*Ничего плохого со мной не происходит. Я не болен. Это мой врач хотел, чтобы вы меня осмотрели.*

*Если кто и нуждается в вашем осмотре, так это разве что моя жена.*

*Мне просто требуются более эффективные снотворные таблетки.*

Иногда обнаруживается несоответствие между подобными заявлениями, отражающими оценку собственного психического состояния, и невербальным поведением пациента. Например, человек настаивает на том, что не болен психически, но при этом соглашается добровольно поступить в психиатрическое отделение больницы и принимать соответствующие лекарственные препараты. В такой ситуации спросите:

*Вы полагаете, что больны?*

*Что вы думаете о характере вашего заболевания?*

*Полагаете ли вы, что это может быть нервное или психическое заболевание?*

Насколько правильно определяет пациент происхождение своих симптомов? Например, признает ли он, что чувство вины и суицидальные мысли обусловлены депрессивным заболеванием, от которого можно излечиться? Рассматривает ли он присутствующие у него слуховые галлюцинации как болезненные переживания, которые свидетельствуют о психическом заболевании и требуют лечения, — или же считает их вполне нормальными явлениями, какие бывают и у других людей, а следовательно, не могут служить поводом для обращения к врачу?

Для выяснения взглядов больного на причины его заболевания и соответствующее лечение могут понадобиться дополнительные вопросы:



*Чем, по вашему мнению, могло быть вызвано это заболевание?*

*Случилось ли что-нибудь такое, что расстроило, огорчило вас?*

*Какая помощь, по вашему мнению, вам нужна сейчас?*

Получив ответы на эти вопросы, можно оценить, насколько реалистичны взгляды больного.

Оценка степени осознания пациентом своего психического состояния очень важна с точки зрения организации его лечения. Больной, который не признает, что его суицидальные мысли являются симптомом излечимого заболевания с хорошим прогнозом, гораздо более склонен действовать в соответствии с ними; следовательно, он нуждается в усиленном наблюдении — возможно, предпочтительно в условиях стационара. Если пациент с бредовыми идеями преследования не осознает, что его страхи обусловлены заболеванием, — более вероятно, что он попытается защитить себя, нападая на других. И напротив — от пациента, разделяющего мнение врача по вопросу о соответствующем лечении, скорее можно ожидать, что он будет сознательно и дисциплинированно участвовать в лечебном процессе, например, соблюдая схему приема назначенных ему препаратов либо посещая сеансы психотерапии. Таким образом, осознание больным своего психического состояния имеет большое значение для прогноза (см. гл. 8).

## РЕАКЦИЯ ИНТЕРВЬЮЕРА НА БОЛЬНОГО

Какова ваша собственная субъективная реакция на данного больного? Приятно ли было вам встречаться с этим пациентом или же общение с ним производило на вас удручающее впечатление, вызывало фрустрацию либо раздражение? Трудно или легко было контролировать ход беседы, проводимой для получения необходимой информации? Задайтесь вопросом: а что же, собственно, произошло во время беседы, почему она привела вас именно в такое состояние? Ваши реакции в чем-то характеризуют и вас, и вашего пациента, и ваши взаимоотношения. Является ли больной пассивной, зависимой личностью, вследствие чего он вызывает у вас одновременно как фрустрацию, так и сочувствие? Или же это агрессивный, самоуверенный, высокомерный либо эгоцентричный человек, который в ходе беседы перехватил у вас инициативу, помешал получить нужные данные — а в ре-

зультате остался неприятный осадок из-за того, что вам не удалось справиться со своей задачей, и вы ощутили гнев и раздражение? Или, может быть, ваш больной постоянно распространяется о том, как другие люди (особенно врачи) подводили его или причиняли ему вред, — и эти его заявления вызывают у вас чувство вины?

Если вы испытываете затруднения при формировании рабочих взаимоотношений с пациентом — обдумайте, в какой степени эти сложности определяются его поведением и обусловлено ли это симптомами его настоящего заболевания. А возможно, вы получили сведения о проблемах, постоянно возникающих у больного во взаимоотношениях с членами семьи, сослуживцами и т.д.? В таком случае вполне вероятно, что ваша собственная реакция на пациента сходна с реакциями других людей и может многое рассказать вам относительно особенностей его личности.

## ПРИМЕР ЗАПИСИ ДАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

### Внешний вид и поведение

*Миссис Вудс — склонная к полноте женщина среднего возраста, не пользующаяся никакой косметикой. При знакомстве вяло пожала руку и избегала глазного контакта, но проявила готовность к сотрудничеству. Она медленно шла в кабинет врача, после чего в течение всей беседы сидела на стуле в одной и той же позе почти неподвижно, за исключением жестов: она заламывала руки и стискивала ладони, как бы потирая одну о другую, особенно когда говорила о своей утрате.*

### Речь

*Речь медленная. Ответам на вопросы предшествуют относительно короткие паузы. Спонтанно говорит мало, за исключением жалоб на свое соматическое здоровье. Однако на задаваемые вопросы отвечает связно и по существу. Признаков формальных расстройств мышления нет.*

### Настроение

*Описывает свое настроение следующим образом: «В последнее время настроение у меня несколько понизилось. Я без конца терзаю себя из-*



за своей матери». По ее словам, считает, что жить стоит — хотя бы «ради своей семьи». На протяжении почти всей беседы выглядела грустной и напряженной, плакала, говоря о матери, но несколько раз улыбалась, адекватно реагируя на ситуацию.

## Содержание мышления

Описывает себя как «постоянно терзаемую печальными мыслями» о матери. Несколько раз вспоминала о недавно появившихся у нее болях в грудной клетке и в конце беседы спросила, не считаю ли я, что это мог быть «сердечный приступ». Высказывает идеи самообвинения: «Если бы только я сделала больше для своей матери, я уверена, что она бы еще продолжала жить...», «Я не была хорошей дочерью». На вопрос о том, было ли что-то конкретное, что она могла бы сделать, но не воспользовалась такой возможностью, отвечает отрицательно; однако эта убежденность очень устойчива. Других нарушений мышления нет. Суицидальные мысли отрицает.

## Восприятие

В ответ на прямо поставленные вопросы миссис Вудс призналась, что после смерти матери она три или четыре раза (по ее мнению) слышала голос покойной, которая обращалась к ней со словами: «Не беспокойся обо мне. Сейчас мне хорошо»; при этом было ощущение, «как будто мать рядом, здесь, в комнате. Это, должно быть, было мое воображение, но тогда все казалось реальностью». (По-видимому, больная испытывала слуховые галлюцинации.) Она также описывает чувство «оцепенения» в день похорон, которое в дальнейшем постепенно уменьшалось. Других расстройств восприятия не наблюдалось.

## Ориентировка

«Вторник, около десяти часов утра, ноябрь 1997 года; насчет числа я не уверена — кажется, 26-е?». (Все верно, за исключением того, что сегодня 28 ноября.)  
«В психиатрическом отделении Манчестерского королевского лазарета».  
(Верно.)

## Внимание и концентрация

В течение всей беседы в общем внимательна, за исключением тех моментов, когда погружается в мысли о своей тяжелой утрате и о своем здоровье.

«Суббота, пятница, четверг, среда, вторник, понедельник, воскресенье».

(Говорит медленно, с паузами длительностью до 25 секунд.)

«Декабрь, ноябрь, октябрь, сентябрь... сентябрь, август, июль, март... Нет... Где я осталась?.. Извините».

(40 секунд.)

«100, 93, 86, 80, 73, 65, 60... Вы сказали — по семь от ста? 60, 50... Нет — 53, 45... Нет, извините».

(4 ошибки; 2 минуты 10 секунд.)

«20, 17, 14, 11, 9, 7, 5... Нет, неправильно, не так ли?».

(25 секунд.)

## Запоминание и кратковременная память

Исследование не проводилось, поскольку есть явные признаки нарушения внимания.

## Долговременная память

Подробно и последовательно рассказывает о детстве и юности.

Города: Манчестер, Лондон, Бирмингем, Ливерпуль, Честер.

Знает, как зовут премьер-министра и президента США, но не может вспомнить их предшественников.

Даты мировых войн: 1914–1918, 1939–1945.

## Интеллектуальные способности

Вероятно, средние, исходя из полученного школьного образования и выполнения работы, не требующей высокого уровня квалификации.

## Осознание психического заболевания (критическое отношение к своему психическому состоянию)

«Эта боль в сердце... Я не думаю, что это психическое заболевание... Как вы считаете — не нужно ли мне снова сделать ЭКГ? Возможно, у

*меня несколько понизилось настроение после смерти матери».*

## СХЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

### 1. Внешний вид и поведение

Описание: реакция на врача; двигательная активность

### 2. Речь

Темп; количественная оценка; плавность; адекватность

### 3. Настроение

Субъективная оценка настроения пациентом; данные объективного наблюдения; реактивность вегетативной нервной системы

### 4. Содержание мышления

Озабоченность; болезненные мысли; патологическая убежденность

### 5. Восприятие

Иллюзии; галлюцинации; деперсонализация

### 6. Функции интеллекта

#### 6.1. Ориентировка

Время и место

#### 6.2. Внимание и концентрация

Перечисление дней недели и месяцев года в обратном порядке

Последовательное вычитание по семь из ста или по три из двадцати

#### 6.3. Запоминание и кратковременная память

Память на события последнего времени

Цифровой ряд; фразы Стэнфорда — Бине

Имя, адрес и цветок

#### 6.4. Долговременная память

Описание событий раннего периода жизни; пять городов

Всемирно известные деятели; мировые войны

#### 6.5. Интеллектуальные способности

Оцениваются по данным анамнеза жизни

### 7. Осознание психического заболевания (критическое отношение к своему психическому состоянию)

Природа заболевания; его причины; соответствующее лечение

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Fish, F. (1985) *Psychopathology*. Bristol: John Wright. (Ed. M. Hamilton.)

## 4 Синдромы и диагноз

### ЦЕЛЬ И ОГРАНИЧЕНИЯ ДИАГНОЗА

Цель установления диагноза — сгруппировать, объединить в рамках определенной категории заболевания, которым присущи одни и те же характерные особенности. В идеале диагноз должен идентифицировать расстройства, имеющие в своей основе одну и ту же органическую патологию, одни и те же причины и, вероятно, одинаково реагирующие на лечение. Однако в реальности соблюдение всех этих условий достигается очень редко. Так, диагноз **хорея Гентингтона** определяет необходимую причину (аутосомно-доминантный ген), органическую патологию (дегенерация корковых и подкорковых структур), клинические проявления (деменция и хореоформные движения; начало заболевания отмечается обычно в возрасте от тридцати до пятидесяти лет), а также течение (прогрессирующее ухудшение, заканчивающееся смертью). В идеале диагноз должен также указывать на ожидаемую реакцию на лечение, которое при данном заболевании (взятом для примера) в настоящее время сводится к генетическому консультированию и симптоматической терапии. Хотя этот диагноз идентифицирует болезненный процесс, существуют определенные ограничения, снижающие его ценность: далеко не у всех людей, страдающих этой болезнью, картина будет соответствовать типичной модели. Например, у некоторых больных наблюдаются хореоформные движения при слабовыраженной деменции или без нее. Возраст, в котором начинается заболевание, варьирует; в отдельных случаях хорея Гентингтона может возникать в детстве или в старческом возрасте. Это иллюстрирует тот факт, что все болезненные процессы подвержены значительной изменчивости.

**Туберкулез легких** — диагноз, еще более далекий от идеала. У всех больных наблюдаются одни и те же патологические изменения в одном и том же органе, но клинические проявления колеблются от

случайных рентгенологических находок при отсутствии клинических признаков заболевания до острого молниеносного процесса. Течение этих состояний, как и их лечение, будет в значительной степени различаться. Все случаи этого заболевания имеют одну и ту же необходимую причину (туберкулезная палочка), но одного лишь присутствия возбудителя в организме недостаточно для развития туберкулезного процесса, и в этиологии заболевания будут играть важную роль многие другие факторы (например, питание, жилищно-бытовые условия и социально-экономический статус).

Другие «диагнозы» говорят нам еще меньше и главным образом служат средством идентификации клинических синдромов. Распространенным примером является **сердечная недостаточность с явлениями застоя** — термин, с помощью которого идентифицируют ряд симптомов и признаков, но этот диагноз несет в себе лишь ограниченную информацию о лежащих в основе болезни этиологических факторах или о характере соответствующей патологии — и не содержит почти никаких указаний относительно вероятного течения или реакции на конкретные методы лечения. Однако даже такая ограниченная клиническая формулировка может насторожить нас относительно ряда возможных причин.

Большинство психиатрических диагнозов являются синдромологическими. Практически все они (подобно приведенному в последнем примере) говорят нам в основном о симптомах и признаках, характеризующих расстройство, и лишь очень немного — о его этиологии, которую необходимо выяснять отдельно. Диагноз **делирий** передает содержание клинических проявлений, но не говорит нам о том, какая из множества возможных причин этого синдрома вызвала расстройство в данном конкретном случае (см. с. 136); следовательно, из диагноза нельзя сделать вывод о том, какой конкретный метод лечения будет адекватным.

Однако он все-таки направляет наше внимание на известные причины делирия, так же как диагноз «депрессия» привлекает внимание к известным причинам депрессивного психоза. Следовательно, у каждого больного необходимо выяснять причину заболевания и обдумывать его лечение отдельно от диагноза.

Проблема не исчерпывается тем, что у разных больных синдром обусловлен различными причинами. Дополнительное осложнение связано с тем, что нередко в этиологию отдельного случая вносят свой совокупный вклад множественные, взаимодействующие между собой факторы. Так, в примере с туберкулезом легких здоровый человек при контакте с больным подвергается риску развития заболевания, но заражение может и не произойти, если не будут вовлечены еще и некоторые другие факторы. Аналогичным образом восприимчивость женщины к депрессивному психозу повышается, если она в возрасте до 11 лет пережила смерть матери, а в настоящее время не имеет поддержки со стороны близких, причем воспитывает троих или больше детей в возрасте до четырнадцати лет. Однако даже при таких условиях не у любой женщины разовьется депрессивный психоз.

Кроме всего этого, нужно иметь в виду, что как недостаточное или неполноценное питание может предрасполагать к целому ряду различных соматических заболеваний — точно так же одни и те же этиологические факторы могут повышать восприимчивость сразу к нескольким психиатрическим синдромам.

## ТРАДИЦИОННАЯ СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЙ

Стало традицией дифференцировать категории психических расстройств двумя способами. Первый подход предусматривает их разделение в соответствии с клиническими проявлениями на **психозы, невроты и личностные расстройства**. Согласно второму расстройств с учетом этиологии разделяются на «**органические**» — вторичные по отношению к установленному заболеванию головного мозга — и «**функциональные**», анатомо-физиологическая основа которых не установлена.

Как к психозам, так и к невротам может быть применен общепризнанный критерий болезни, а именно — ухудшение состояния здоровья (по сравнению с предположительно существовавшим ранее) и появление и развитие симптомов расстройства. Напро-

тив, при **личностных расстройствах** изменение не предполагается. Они определяются наличием особенностей (черт) личности, которые остаются относительно стабильными на протяжении всей жизни и заставляют страдать человека и (или) общество.

Разграничение между психозами и невротами является в значительной мере произвольным; оно основано главным образом на исторически сложившихся представлениях и установившейся практике. К **психозам** принято относить расстройства, которые традиционно рассматривались как «помешательство», характеризующееся странными умозаключениями и необычными нарушениями восприятия, а также часто сопровождающееся агрессивным и разрушительным поведением, что рано или поздно приводило таких больных к заточению в психиатрические приюты. Долгое время считали, что одни из этих расстройств вторичны по отношению к заболеваниям мозговых структур — поэтому их называли **органическими психозами**, тогда как другие, как представлялось, возникают при нормальной гистологической картине головного мозга — и потому для них использовался термин «**функциональные**» психозы.

Однако с помощью современных методов исследования удается обнаружить явные структурные или нейрохимические изменения и при функциональных психозах, так что разграничение между ними и органическими психозами уже не имеет под собой прочного основания.

Термин **невроз** был впервые применен в 1769 году Уильямом Кулленом для описания расстройств, которые определялись как органические заболевания нервной ткани. Больные с этими расстройствами обращались к врачам, жалуясь на такие нарушения, какие обычно считают признаками соматического заболевания — например, апатия, головокружение, слабость и плохой аппетит. Полагали, что эти пациенты страдают буквально от «слабых нервов», и подобная терминология все еще продолжает существовать — даже несмотря на то, что обычно не удавалось выявить никакого соответствующего органического заболевания нервной ткани, которое лежало бы в основе таких нарушений. В течение XIX столетия врачи и ученые все больше осознавали, что такие соматические жалобы могут иметь в своей основе скорее психические, чем соматические механизмы. По мере развития психоанализа начиная с 1890-х годов и бихевиоризма в 1920-х годах все более углублялось понимание действия психических механизмов, способного привести к возникновению этих симптомов.

К началу XX века психиатры осматривали больных с соматическими симптомами, не имеющими под собой известной органической почвы (диссоциативные расстройства и ипохондрия), а также начали принимать пациентов с исключительно психическими расстройствами, такими как тревожное состояние, невроз навязчивых состояний и невроз страха.

Только в 30-х годах XX века в Соединенном Королевстве начали вводить в состав персонала больниц общего профиля какое-то количество психиатров; открывались отделения «психологической медицины», куда направляли больных с соматическими симптомами, не сопровождающимися соматическим заболеванием, — «невротиков», по терминологии прошлого столетия. Однако большинство психиатров продолжали работать в психиатрических больницах, где их клиническая деятельность была связана главным образом с «психотическими» расстройствами. Таким образом, больные с неврозами попадали в одни больницы, пациенты с психозами — в другие; в большинстве случаев их осматривали и лечили разные группы психиатров. Несмотря на почти полное устранение этих барьеров, разделение между неврозами и психозами продолжает существовать как рудимент.

К середине этого столетия психиатры стали работать в более тесном контакте с коллегами из больниц общего профиля, осматривали больных, направляемых врачами общей практики; к ним начали все чаще обращаться за консультацией люди с **дезадаптивными формами поведения**, которые не подпадают под категорию ни неврозов, ни психозов. К этим расстройствам относятся, например, алкоголизм, нервная анорексия, нервная булимия и наркомания; формы поведения с самоповреждением (такие, как самоотравление и членовредительство); определенные формы сексуальных расстройств.

А теперь перейдем к рассмотрению различий между теми категориями, которые мы до сих пор обсуждали.

## **Органические и функциональные психозы**

Расстройства, которые в настоящее время называют «органическими», правильнее было бы понимать как такие расстройства, об этиологии которых мы имеем ясное представление, причем нам известно, что в их основе лежит соматическое заболевание. Сюда относятся состояния, при которых происходит патологическое изменение структуры

головного мозга, такие как болезнь Альцгеймера, или психозы, вторичные по отношению к сосудистым заболеваниям головного мозга, а также состояния, при которых признаки органического поражения головного мозга отсутствуют, — например, делирий, связанный с брюшным тифом, пневмококковой пневмонией либо алкогольным синдромом отмены («белая горячка»). Можно было бы утверждать, что расстройства, включенные в последнюю группу, являются в некотором смысле «функциональными», и что по мере прогресса знаний в области нейрхимии мы можем надеяться лучше понять многие — если не все — из тех психозов, которые сейчас обозначаются как «функциональные», например шизофрению и маниакально-депрессивный психоз.

На данном этапе очевидные преимущества дает проведение различия между теми состояниями, причиной которых является либо грубая органическая патология головного мозга, либо какое-нибудь соматическое заболевание, и теми, которые возникают в результате нарушенного функционирования самого головного мозга.

## **Невроз и психоз**

Популярное некогда мнение, будто бы психозы отличаются от неврозов тем, что они «более тяжелые», неубедительно, поскольку многие больные неврозами тоже страдают хроническими, серьезно инвалидизирующими заболеваниями. Хотя утверждают, что больные психозами находятся в меньшем контакте с реальностью (или демонстрируют «дефекты в исследовании реальности») и в меньшей степени осознают свое заболевание, следует помнить (о чем уже говорилось в предыдущей главе), что осознание своего психического заболевания никогда не бывает полным и в то же время никогда не отсутствует абсолютно. Больные психозами лишь в редких случаях совершенно не критически воспринимают свое психическое состояние, а у больных неврозами его оценка никогда не бывает вполне объективной. Речь может идти лишь о том, в какой степени присутствует данное качество, поэтому на основании осознания своего психического состояния нельзя проводить различие между двумя категориями заболеваний.

Единственный критерий, позволяющий надежно разграничить эти группы расстройств, включает использование условного операционального определения. Психотические заболевания характеризуются наличием «психотических симптомов», особенно бредовых идей и галлюцинаций. Эти явления

возникают только при психозах, тогда как «невротические симптомы» наблюдаются как при неврозах, так и при психозах. Таким образом, если бредовые идеи или галлюцинации обнаруживаются при данном психическом заболевании, то это — в соответствии с определением — психоз; если их нет — невроз. Почему вообще целесообразно проводить такое разграничение? Основным аргументом заключается в том, что у больных с психотическими симптомами чаще присутствуют выраженные нейрохимические нарушения, а следовательно, более вероятна позитивная реакция на биологические методы лечения, например психофармакологическую и электросудорожную терапию (ЭСТ). Среди них также более распространены серьезные нарушения поведения, требующие стационарного лечения.

Однако термин «невроз» применяется к такому виду заболевания, которое может появляться и исчезать, тогда как определение «невротический» относится к устойчивым характерным чертам человека. Существует много индивидов, у которых бывают эпизоды как бы «невротического» заболевания, например депрессии, однако при этом они не считаются особенно «невротичными» людьми. Собственно говоря, следовало бы избегать термина «невроз», но, вероятно, он будет упорно продолжать существовать — хотя бы потому, что его удобно использовать в качестве синонима слова «непсихотический». Тем не менее далее в этой книге мы не будем его употреблять.

Итак, непсихотические заболевания образуют большую (как бы остаточную) категорию расстройств, не обладающих описанными выше признаками. В рамках этой категории расстройства настроения — те, которые имеют отношение к депрессии и тревоге, — в наибольшей степени напоминают соматические синдромы, такие как мигрень, но есть также другие формы дезадаптивного поведения, например алкоголизм или самоотравление, и формы аномального поведения, связанного с болезнью, о которых врач должен иметь соответствующее представление. Все они будут описаны в последующих главах.

## ИЕРАРХИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДИАГНОЗОВ

Мы видели, что разнообразные синдромы психических расстройств можно приблизительно систематизировать в иерархию, на вершине которой («первый уровень») располагаются состояния, «орга-

ническое» происхождение которых уже установлено. «Второй уровень» образуют те психотические состояния, при которых возможны выраженные нейрохимические нарушения в функционировании головного мозга, а далее следует более гетерогенная («остаточная») группа состояний с неустановленными причинами. Целесообразно различать расстройства, для которых имеются соответствующие концепции лечения и восстановления («третий уровень»), такие как аффективные расстройства, дезадаптивные формы поведения и формы аномального поведения, связанного с болезнью, — и те состояния, которые представляют собой стабильные характерные признаки функционирования человека («четвертый уровень»): личностные расстройства, расстройства половой идентификации и сексуальной ориентации. Последние не следует считать болезнями, но часто они имеют отношение к пониманию этиологии заболевания, могут вносить определенные сложности при составлении и реализации лечебных планов; кроме того, они связаны со страданием — либо для больного, либо для тех, с кем он живет.

Рассмотренная здесь схема представлена в табл. 4.1. С точки зрения студента основным преимуществом такой иерархии является напоминание о том, что определенные симптомы более специфичны — по сравнению с другими — с точки зрения продвижения к постановке синдромологического диагноза.

Так, признаки нарушения «функций интеллекта», описанные в главе об исследовании психического состояния, сигнализируют о том, что необходимо всерьез подумать — не следует ли отнести данный случай к вершине иерархии? Если этот вопрос будет решен положительно, то мы уделим меньше внимания другим (соответствующим более низким уровням иерархии) симптомам, которые могут быть у пациента. Например, если мы решим, что у больного делирий, то придадим меньшее диагностическое значение тревожному настроению, поскольку всецело сосредоточимся на выявлении (и лечении) причины делирия.

В рамках иерархии психотических расстройств в настоящее время принято располагать выраженные маниакальные симптомы «выше» симптомов шизофрении, а симптомы шизофрении — «выше» депрессивных симптомов (см. далее). Это произошло под влиянием данных большого количества исследований, выявивших у больных с маниакальным состоянием шизофреноподобные симптомы, которые через некоторое время полностью исчезали, а

Таблица 4.1. Иерархическая модель диагнозов

<i>Первый уровень:</i> ОРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	Делирий («острый органический психосиндром») Деменция («хронический органический психосиндром») Корсаковский синдром
<i>Второй уровень:</i> «ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ» ПСИХОЗЫ	Маниакальное состояние Шизофрения Психотическая депрессия
<i>Третий уровень:</i> НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	Депрессивное состояние Тревожные расстройства Тревожное состояние Специфические фобии Агорафобия Паническое расстройство Посттравматическое стрессовое расстройство  Дезадаптивные формы поведения Алкоголизм Наркомания Нервная анорексия или булимия Ожирение Обсессивно-компульсивное расстройство  Аномальное поведение, связанное с болезнью Соматизированное расстройство Стойкое соматоформное болевое расстройство Ипохондрическое расстройство Патомимическое состояние Симуляция Диссоциативные расстройства
<i>Четвертый уровень:</i> ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА	Параноидное личностное расстройство Шизоидное личностное расстройство Диссоциальное личностное расстройство Эмоционально-неустойчивое личностное расстройство Демонстративное личностное расстройство Обсессивное личностное расстройство Зависимое личностное расстройство

в дальнейшем развивался четкий маниакально-депрессивный (биполярный) психоз. Однако если маниакальных симптомов нет, то «дезинтегративные бредовые идеи» (бред чтения мыслей, отнятия мыслей или бред воздействия) наводят на мысль о шизофрении *при условии, что признаки, указывающие на органическое расстройство, отсутствуют.* Дело в том, что определенные органические заболевания могут быть причиной шизофреноподобных симптомов (см. с.157-158), и при наличии таких заболеваний обычно диагностируются именно они, а не шизофрения.

При таком подходе «шизофрения» становится наименованием, присваиваемым расстройствам с определенными типичными симптомами, в основе которых нет какой-либо органической патологии и которые не являются чисто маниакальными; именно в этом смысле следует понимать то, что органические заболевания и маниакальные состояния занимают более высокий уровень в иерархии по сравнению с шизофренией. С другой стороны, такие расстройства настроения, как депрессия и тревога, нередко возникают при шизофрении, но не влияют на диагноз, поскольку считается, что в иерархии

они находятся «ниже» шизофрении. Таким образом, депрессивное состояние диагностируют только в случаях, когда признаки шизофрении и органической патологии отсутствуют.

К третьему уровню иерархии относят любые возможные симптомы, за исключением тех, которые являются патогномичными для органических расстройств или дают серьезные основания предполагать психотическое заболевание. Эти симптомы неспецифичны в том смысле, что они могут возникать также при состояниях, относящихся к более высоким уровням иерархии, но если это и происходит, то их присутствие не изменяет диагноз. Они получают статус синдрома только тогда, когда появляются самостоятельно. Вы, вероятно, заметите, что понятие «депрессия» присутствует как на втором, так и на третьем уровне. Дело в том, что тяжелая форма депрессии может сопровождаться психотическими симптомами, тогда как при ее более распространенных формах наблюдаются более простые для понимания симптомы. Это должно еще раз предостеречь вас против абсолютизации различий между «функциональными» психозами и менее тяжелыми формами психического расстройства: не следует забывать — это всего лишь удобная фикция.

## ОДИН ДИАГНОЗ ИЛИ ДВА?

Что касается «дезадаптивных форм поведения», то их часто полезно диагностировать *в дополнение* к диагнозу, основанному на имеющихся у пациента симптомах.

Например, если у больного шизофренией (*диагноз второго уровня*) есть также симптомы алкоголизма (дезадаптивное поведение), мы должны диагностировать оба состояния, поскольку второй диагноз несет в себе важную информацию, не содержащуюся в первом. При этом мы никоим образом не подразумеваем, что между ними предполагается какая-то взаимосвязь: диагностируемые расстройства могли случайно совпасть по времени либо одно из них может выступать как фактор, вносящий определенный вклад в этиологию другого. Во всех случаях, когда диагнозов больше одного, необходимо задаваться вопросом, существует ли связь между заболеваниями: так, в вышеприведенном примере у больного могла развиться типичная форма галлюциноза после многолетнего пьянства (в данном случае мы говорим об **алкогольном галлюцинозе**), либо, возможно, он пьет только потому, что его побуждают к этому голоса (следовательно,

но, первичный, основной диагноз — **шизофрения**); не исключено также, что какая бы то ни было связь между этими заболеваниями отсутствует, и тогда мы просто ставим два диагноза, причем первым из них будет тот, который относится к более высокому уровню в иерархической системе.

Вот еще примеры взаимосвязанных диагнозов, где второй заключает в себе информацию, которую нельзя извлечь из первого:

1. *Агорафобия*
2. *Алкоголизм*

или

1. *Нервная анорексия*
2. *Депрессивное состояние.*

Второй диагноз необходим, поскольку алкогольные проблемы возникают отнюдь не у всех страдающих агорафобией, и далеко не всегда нервная анорексия сопровождается подавленным настроением. В каждом случае наличие второго диагноза, вероятно, будет учитываться при разработке плана лечения, предлагаемого больному. Обратите внимание на то, что дезадаптивное поведение в последнем примере поставлено на первое место: подразумевается, что оно может иметь отношение к формированию депрессии.

Диагноз личностного расстройства также может ставиться как дополнительный по отношению к другому диагнозу и либо помогает нам понять этиологию заболевания, либо влияет на подход к решению проблемы, например:

1. *Параноидный психоз*
2. *Параноидное личностное расстройство*

или

1. *Самоотравление*
2. *Эмоционально-неустойчивое личностное расстройство.*

После всего сказанного необходимо подчеркнуть, что два диагноза следует ставить только тогда, когда одним обойтись нельзя; поэтому вначале всегда необходимо попытаться найти единственный диагноз, охватывающий все имеющиеся у больного симптомы и признаки. И только если это невозможно, целесообразно рассмотреть вопрос о втором диагнозе.

Проведение **дифференциального диагноза** — это совершенно особый, самостоятельный процесс, относящийся к установлению альтернативного, а не дополнительного диагноза; этот вопрос обсуждается в гл. 9.



## КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ

Терминология, используемая для обозначения различных синдромов, упорядочена в рамках различных систем классификации. В пятой главе Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) дана классификация психических расстройств. Она охватывает 458 категорий психических расстройств, которые объединены в десять основных групп. В большинстве своем это редкие расстройства или разновидности более крупных группирований, описанных в этой книге. В табл. 4.2 представлено 51 расстройство из числа описанных в этой книге; они сгруппированы в соответствии со своими официальными кодами по

МКБ-10. Эта система применяется наиболее широко — как в Соединенном Королевстве, так и за его пределами. Доказано, что при ее использовании разные психиатры, работающие в различных больницах и в разных странах, достигают высокой степени согласованности при установлении диагнозов одним и тем же больным. Всемирная организация здравоохранения издала упрощенную версию этой классификации, предназначенную специально для системы первичной медико-санитарной помощи и медицинских учреждений общего профиля (ее называют ICD-10 PNC): к каждому из 24 состояний, включенных в эту систему, даются четкие рекомендации относительно организации лечения расстройства.

**Таблица 4.2.** Десять основных групп расстройств, входящих в пятую главу МКБ-10, и их связь с основными расстройствами, описанными в этой книге

<b>F0</b>	<b>Органические, включая симптоматические, психические расстройства</b>
F00	Болезнь Альцгеймера
F01	Сосудистая деменция
F02	Деменция при болезнях, классифицированных в других разделах
F05	Делирий
<b>F1</b>	<b>Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ</b>
F10	Расстройства, связанные с употреблением алкоголя
F10.2	Синдром алкогольной зависимости
F10.6	Корсаковский синдром
F11–19	Расстройства, связанные с употреблением других психоактивных веществ
<b>F2</b>	<b>Шизофрения и бредовые расстройства</b>
F20	Шизофрения
F22	Стойкое бредовое расстройство («параноидный психоз»)
F25	Шизоаффективное расстройство
<b>F3</b>	<b>Расстройства настроения (аффективные расстройства)</b>
F30	Маниакальный эпизод
F31	Биполярное аффективное расстройство
F32.0	Депрессивный эпизод
F32.3	Депрессивный эпизод с психотическими симптомами
F34.0	Циклотимия
<b>F4</b>	<b>Невротические, стрессогенные и соматоформные расстройства</b>
F40.0	Агорафобия
F40.1	Социальные фобии
F40.2	Специфические (изолированные) фобии
F41.0	Паническое расстройство
F41.1	Генерализованное тревожное состояние
F42	Обсессивно-компульсивное расстройство
F43.1	Посттравматическое стрессовое расстройство
F43.2	Расстройства адаптации
F44	Диссоциативные (конверсионные) расстройства
F45.1	Соматизированное расстройство
F45.2	Ипохондрическое расстройство
F45.4	Стойкое соматоформное болевое расстройство

## Окончание табл. 4.2

<b>F5</b>	<b>Физиологическая дисфункция, связанная с психическими факторами</b>
F50	Расстройства пищевого поведения
F50.0	Нервная анорексия
F50.2	Нервная булимия
F51.0	Неорганическая бессонница
F52.0	Отсутствие полового влечения
F52.11	Отсутствие полового удовлетворения
F52.2	Отсутствие генитальной реакции (сюда относятся импотенция у мужчин, отсутствие возбуждения у женщин)
F52.3	Оргазмическая дисфункция
F52.4	Преждевременная эякуляция
F52.5	Вагинизм
F52.6	Диспареуния
F53	Послеродовое психическое расстройство
<b>F6</b>	<b>Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых</b>
F60.0	Параноидное («сенситивное») личностное расстройство
F60.1	Шизоидное личностное расстройство
F60.2	Диссоциальное («антисоциальное») личностное расстройство
F60.3	Эмоционально неустойчивое личностное расстройство
F60.4	Демонстративное личностное расстройство
F60.5	Обсессивное («ананкастическое») личностное расстройство
F60.7	Зависимое личностное расстройство
F64	Расстройство половой идентификации
F68.1	Патомимикрическое расстройство
<b>F7</b>	<b>Умственная отсталость</b>
F70-73	Легкая; умеренная; тяжелая; глубокая
<b>F8</b>	<b>Расстройства развития</b>
F84.0	Аутизм
<b>F9</b>	<b>Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинающиеся в детском или подростковом возрасте</b>
F90	Гиперкинетические расстройства
F91	Расстройства поведения
F93	Эмоциональные расстройства

В «Диагностическом и статистическом руководстве» Американской психиатрической ассоциации (в его четвертом пересмотренном издании — DSM-IV) предложена другая классификация, которая в последнее время привлекла к себе большой интерес. Она имеет некоторые существенные отличия от Международной классификации болезней, главное из которых заключается в том, что при постановке диагноза делается больший акцент на четких операциональных критериях.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- American Psychiatric Association (1993) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington, DC.
- Kendell, R.E. (1975) *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific.
- World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

## 5 ЭТИОЛОГИЯ

В этой главе мы рассмотрим общие принципы, лежащие в основе формирования причин психических расстройств, и метод их применения для построения гипотез об этиологии заболевания в каждом конкретном случае. Очень важно правильно установить этиологию расстройства, но при этом необходимо опираться на данные тщательного обследования, а не на домыслы и чисто теоретические предположения. Сделанные выводы в дальнейшем послужат логической основой для плана организации лечения (гл. 7). Конкретные причины отдельных синдромов будут рассмотрены во второй части книги.

### ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Выявляя этиологические факторы заболевания у пациента, мы, в сущности, стремимся ответить на следующие вопросы:

*Почему возникло это расстройство?*

*Почему оно возникло именно в это время?*

При хронически текущих расстройствах мы должны, кроме того, поставить вопрос:

*Почему не наступает выздоровление?*

Этиологические факторы могут вносить свой вклад в развитие заболевания на разных стадиях: вначале формировать предрасположенность к его развитию, затем провоцировать его возникновение и, наконец, выступать в роли поддерживающих факторов. Первый из приведенных выше вопросов относится к предрасполагающим факторам, второй — к провоцирующим, третий — к поддерживающим.

### Предрасполагающие факторы

К предрасполагающим относятся те факторы, которые усиливают восприимчивость индивида к заболеванию и повышают вероятность его разви-

тия у данного человека в любое время в будущем. К ним обращен вопрос *«Почему возникло это расстройство?»*. Предрасположенность может носить общий характер (например, такое действие оказывают тревожные **черты личности**) — в этом случае повышается риск развития различных заболеваний в более позднем периоде жизни человека; однако она может также быть высокоспецифичной (типичный пример — **генетическая предрасположенность к хорее Гентингтона**), повышая риск развития одного конкретного заболевания. Некоторые типы **патологической личности** сопряжены с повышенным риском развития конкретных заболеваний; они описаны в конце этой главы.

### Провоцирующие факторы

От провоцирующих факторов зависит, когда начнется заболевание (*«Почему именно в это время?»*). Некоторые люди с повышенной восприимчивостью к психическому расстройству тем не менее не заболевают иногда очень долго — на протяжении многих лет; поэтому мы должны определить факторы, вызывающие этот переход от здоровья к болезни. Обычно провоцирующие факторы действуют неспецифически, т.е. они определяют время начала заболевания, но не тип заболевания: например, связанные с утратой **жизненные события** (см. с.56) могут спровоцировать почти любое расстройство, к которому человек уже был предрасположен.

### Поддерживающие факторы

Кроме аспектов, о которых уже было сказано, мы должны рассмотреть возможность существования дополнительных поддерживающих факторов, продлевающих расстройство, если оно течет дольше, чем обычно ожидается (*«Почему не наступает выздоровление?»*). Так, аффективное расстройство в большинстве случаев заканчивается выздоровлением через несколько недель или месяцев, и если оно

затягивается дольше, то следует выяснить, нет ли данных о каких-либо факторах, продолжающих действовать на больного и препятствующих выздоровлению.

## **Системный подход**

Мы должны использовать доступные нам данные, чтобы ответить на эти три вопроса в каждом конкретном случае при оценке состояния больного. В табл. 5.1 представлена примерная схема, которой следует придерживаться для обеспечения системного подхода; все этапы необходимо рассматривать поочередно. На каждом этапе этиологические факторы можно разделить на биологические, социальные и психологические. Внимательно проанализируйте имеющуюся информацию о пациенте: не обнаружите ли вы каких-то фактов, подпадающих под эти категории (вероятно, для конкретного больного вы используете лишь некоторые из них).

Старайтесь фиксировать в систематизированном виде все сведения о возможных этиологических факторах, выявленных вами после сбора анамнеза и исследования психического состояния. Эти записи в дальнейшем войдут в обоснование диагноза (см. гл. 9) как важная составная часть. Первоначальная гипотеза должна подвергнуться тщательной проверке; возможно, она будет пересмотрена и модифицирована, если вы, проводя исследования (см. гл. 6) с целью подтвердить свое предположение, получите данные, которые изменят картину.

В прошлом вызывал много споров вопрос о том, являются ли психические заболевания главным образом наследственными или приобретенными; в настоящее время подход к данной проблеме изменился: представляется гораздо более целесообразным оценивать, в какой мере в развитие заболевания вносят вклад генетический фактор и экзогенные влияния.

**Таблица 5.1. Примеры этиологических факторов**

### *1. Предрасполагающие*

**А. Биологические.** Генетические факторы; неблагоприятные факторы, действующие на плод в процессе внутриутробного развития; родовая травма; расстройства с более поздним началом, возникающие в результате церебральной патологии или физического дефекта. Некоторые формы личностных расстройств.

**Б. Социальные.** Физическая или эмоциональная депривация в детстве, обусловленная разладом в семье, утратой близких или разлукой. Постоянные трудности и проблемы, связанные с работой, супружескими взаимоотношениями, жилищными условиями или материальным положением. Отсутствие поддерживающих отношений.

**В. Психологические.** Неадекватные родительские модели, например мать с агорафобией или отец с проявлениями насилия в поведении; конституциональная предрасположенность к развитию невротических черт (возможно, отчасти биологически обусловленная); низкая самооценка. Некоторые формы личностных расстройств. Привычное использование определенных механизмов психологической защиты.

### *2. Провоцирующие*

**А. Биологические.** Недавно перенесенное (или недавно обнаруженное) соматическое заболевание (например, инфекционное), травмы, приводящие к инвалидности, злокачественное новообразование с угрозой калечащей либо обезображивающей операции или смерти.

**Б. Социальные.** Жизненные события недавнего прошлого, особенно связанные с угрозой или утратой, например сокращение на работе, уход ребенка из дома, разлука или развод, утрата поддерживающих отношений.

**В. Психологические.** Реакции человека на биологические или социальные факторы (например, на следующие одна за другой тяжелые утраты или калечащую хирургическую операцию); ощущение утраты самооценки; беспомощность; безнадежность.

### *3. Поддерживающие*

**А. Биологические.** Физические дефекты; боль, вызываемая соматическим заболеванием; невозможность употреблять лекарственные средства или нежелательный эффект препаратов.

**Б. Социальные.** Крайне неблагоприятные социальные обстоятельства; отсутствие близких, доверительных взаимоотношений; негативные взаимодействия дома; отсутствие поддержки со стороны близкого человека, который воспринимается субъектом как главная (ключевая) фигура в его жизни; неадекватная организация лечения.

**В. Психологические.** Безнадежность (полное отсутствие надежды на выздоровление); явные неблагоприятные личностные особенности, например низкая самооценка, чрезмерная зависимость или тревожные черты.

## ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Наследственный характер психического заболевания может быть подтвержден на основании ряда доказательств, к которым относятся:

1. Более высокие — по сравнению с риском развития данного заболевания в общей популяции — показатели его распространенности среди родственников пробанда первой степени родства.
2. Повышенные показатели распространенности заболевания среди детей пробандов, разлученных с биологическими родителями и воспитанных в другой семье здоровыми приемными родителями.
3. Более высокие показатели конкордантности у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными.
4. Устойчивость повышенной конкордантности даже в тех случаях, когда монозиготные близнецы были разлучены в младенческом возрасте и воспитывались в разных семьях.

Роль генетических факторов в возникновении и развитии различных заболеваний варьирует в довольно широких пределах. Например, показатель конкордантности для родственников первой степени родства больных шизофренией колеблется между 5 и 15%, что в любом случае значительно превышает показатель вероятности возникновения шизофрении на протяжении жизни, который в общей популяции составляет около 1%. Показатели конкордантности у монозиготных близнецов колеблются в диапазоне от 40 до 60% и остаются почти такими же высокими у близнецов, которых воспитывали раздельно в разных приемных семьях. Аналогичную картину получаем и при анализе соответствующих данных для маниакально-депрессивного психоза (биполярного аффективного расстройства).

В свете этих цифр представляется совершенно очевидным, что в этиологию этих заболеваний важный вклад вносит наследственность, и всякие сомнения на этот счет отпадают. Однако тип наследования неясен. Он не может быть детерминирован простым доминантным или рецессивным геном, так как коэффициенты конкордантности слишком низкие. Поэтому было выдвинуто предположение, что наследственная передача, вероятно, осуществляется либо путем полигенных взаимодействий (интеракций) (т.е. речь идет о действии множества различных малых генов, дополняющих или модифицирующих друг друга), либо единственным геном с неполной пенетрантностью. Тот факт, что

коэффициенты конкордантности у монозиготных близнецов значительно ниже 100%, свидетельствует о существенном вкладе факторов окружающей среды в развитие заболевания.

Психических расстройств, в возникновении которых генетические факторы играют гораздо большую роль, чем в только что рассмотренных случаях, очень мало, и эти заболевания развиваются в результате передачи единственного гена в соответствии с классическими законами Менделя. Примерами могут служить:

*хорея Гентингтона* (аутосомно-доминантный тип наследования)

и некоторые из редких заболеваний с выраженным психическим дефектом, такие как:

*туберозный склероз* (аутосомно-доминантный тип наследования)

и

*фенилкетонурия* (аутосомно-рецессивный тип наследования).

Вклад генетических факторов в развитие большинства распространенных психических заболеваний — непсихотических форм аффективного расстройства, — вероятно, мал, и в основе его лежит наследование скорее общей склонности, чем специфической предрасположенности к конкретным заболеваниям. Эта склонность больше выражена при тревожных состояниях и обсессивно-компульсивных расстройствах, чем при депрессивных. Предполагают, что у индивидов с более высокими показателями по шкале «невротизма» могут легко формироваться условные рефлексы в периоды, когда они находятся в состоянии тревоги.

Некоторые психические заболевания являются **семейными** в том смысле, что они имеют тенденцию накапливаться в определенных семьях, хотя достаточно убедительных данных, свидетельствующих о наличии специфической генетической отягощенности, при этом может и не быть. Характерный пример — депрессивное заболевание, однако неизвестно, каким образом члены семьи «передают» депрессию друг другу.

## СРЕДОВЫЕ ФАКТОРЫ

Многие типы различных факторов окружающей среды, играющих роль в этиологии психического заболевания, уже упоминались. Некоторые особые события — такие, как тяжелая утрата, понесенная в

детском возрасте, — могут оказывать воздействие, которое иногда долго остается скрытым и проявляется лишь в более позднем периоде жизни. К средовым факторам относятся, кроме того, переживаемые в течение более или менее длительного периода трудности (например, жестокое физическое обращение или сексуальные злоупотребления, которым человек подвергался в детстве; несчастливый брак или не приносящая удовлетворения, неблагодарная работа); они могут обладать кумулятивным действием, т.е. их эффект как бы накапливается, концентрируясь на протяжении многих лет.

## ЖИЗНЕННЫЕ СОБЫТИЯ

Жизненные события — это отдельные, дискретные изменения в окружении человека, которые могут заключать в себе — в той или иной форме — угрозу для индивида или вызывать у него стресс. Проводились различные исследования, посвященные этому фактору: в одних внимание концентрировалось на конкретном типе психотравмирующих событий, в других — на последствиях подобных событий любого типа. В основу исследований первого рода было положено проспективное наблюдение за людьми, которые перенесли одинаковое переживание, — например, смерть супруга (супруги); при этом ставилась задача установить, у какого количества представителей этой группы на протяжении года после утраты разовьются психические нарушения, и сравнить полученные данные с аналогичным показателем по контрольной группе лиц без такого психотравмирующего опыта.

При проведении исследований второго рода берут группу больных, страдающих одним и тем же расстройством, например депрессией, и подробно расспрашивают, чтобы установить, пережили ли они на протяжении нескольких месяцев, предшествующих началу заболевания, более тяжелые психотравмирующие события по сравнению с зарегистрированными в контрольной группе. Затем путем тщательного изучения исключают те события, которые могли быть скорее следствием, чем причиной заболевания. На основании анализа результатов таких исследований делаются выводы о том, события каких типов играют наиболее важную роль в этиологии различных психических заболеваний. Так, спровоцировать приступ шизофрении могут любые ситуации, связанные с переменами и включающие в себя — в дополнение к негативным переживаниям — такие «желательные» события, как про-

движение по службе, получение новой работы, переезд на новое место жительства. Согласно данным исследований, на протяжении трех недель, предшествующих приступу шизофрении, у больных зарегистрировано втрое больше жизненных событий всех типов, чем в контрольной группе. Кратковременность периода повышенного риска указывает, что событие имеет отношение только к *моменту возникновения* приступа заболевания — предрасполагающие факторы мы должны искать не здесь.

Напротив, при анализе жизненных событий, предшествующих началу депрессивных расстройств, выявлено пятикратное увеличение количества событий только негативного характера, которые могут происходить на протяжении, по меньшей мере, шестимесячного периода, предшествующего началу заболевания. Доказано, что «ситуации утраты», например смерть близкого человека, развод, тяжелое заболевание у близкого родственника или увольнение с работы, особенно значимы. Судя по всем этим данным, в провоцирование конкретного эпизода депрессии жизненные события вносят относительно более весомый вклад, чем в провоцирование эпизода шизофрении. Разумеется, далеко не у каждого человека после таких событий развивается шизофрения, депрессивное расстройство или какое-либо иное психическое заболевание — очень многие выходят из подобных испытаний без серьезных последствий. Это свидетельствует о важной роли взаимодействия между жизненными событиями и предрасположенностью. В случае депрессии гораздо более вероятно, что психотравмирующее жизненное событие повлечет за собой эпизод данного заболевания у женщины с низкой самооценкой (личностный фактор), не имеющей близкого друга, которому она могла бы довериться (социальный предрасполагающий фактор).

## МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ

Описание механизмов психологической защиты берет свое начало из психоаналитических работ Зигмунда Фрейда (1856–1939). Это *бессознательные* процессы (субъект не осознает их), назначение которых состоит в том, чтобы *защитить индивида от тревоги*, возникающей вследствие либо внутренних импульсов, либо какой-то исходящей извне угрозы. Субъект не осознает болезненных переживаний и неприятных чувств, связанных с ними. Люди

склонны иметь определенные механизмы защиты, которые приобретаются в детстве и привычно используются, хотя иногда они могут впервые проявиться уже у взрослого индивида, когда он оказывается перед лицом серьезного кризиса, с каким ранее никогда не сталкивался. Однако если конкретный механизм используется привычно, он иногда помогает нам ответить на вопрос «Почему возникло это расстройство?», поскольку существует тенденция к использованию различных механизмов психологической защиты при разных заболеваниях.

## Вытеснение и отрицание

Механизмы психологической защиты входят как неотъемлемая часть в обычный «репертуар» здоровых людей, поскольку всем нам необходимо как-то ограждать себя от тревоги. **Вытеснение**, например, означает исключение из нашего сознания импульсов или эмоций, которые в противном случае вызвали бы дистресс. Нелегко было бы оставаться здоровыми, не обладая способностью подавлять неприятные элементы психического содержания, но совершенно очевидно, что этот процесс может зайти слишком далеко. Порой защита от тревоги может помешать человеку осознать, что в его жизни есть проблемы, требующие конструктивных действий. Случается, что используемый индивидом защитный механизм ведет к неадекватным, дезадаптивным формам поведения.

Таким образом, защитные механизмы играют важную роль в этиологии психического расстройства: иногда помогая защититься от него, а иногда способствуя формированию предрасположенности к заболеванию либо его провоцированию. Мы рассмотрим только те механизмы, которые имеют особое значение для понимания заболевания.

**Отрицание** — механизм, с помощью которого переживания или чувства, которые могли бы вызвать тревогу, отрицаются либо их проникновение в бодрствующее сознание предотвращается.

*Вдова может бережно хранить все личные вещи своего покойного мужа, готовить для него еду и с волнением ожидать его возвращения; в этом случае говорят, что она отрицает его смерть.*

Человек, которому врачи сказали, что у него злокачественное заболевание, может в дальнейшем не помнить об этом диагнозе и вести себя так, как будто уверен в своем выздоровлении: он *отрицает* полученную информацию.

## Проекция

Проекция — это процесс приписывания своих собственных чувств или побуждений другим людям.

*Например, больной, не принимая никаких заверений врача, упорно жалуется, что никто не сможет ему помочь. Он проецирует собственное чувство беспомощности на своих врачей.*

Проекция является важным механизмом, формирующим предпосылки для параноидных психозов — заболеваний, при которых больной убежден в том, что другие люди преследуют его: свое собственное критическое к себе отношение он приписывает другим.

## Интроекция

Интроекция — это противоположный проекции процесс, в результате которого взгляды, точка зрения другого человека могут внедриться в восприятие индивидом самого себя.

*Больной может постоянно критиковать себя за то, что он неудачник в жизни, даже если объективно у него все получается хорошо. Его критика в свой адрес исходит из критического отношения к нему его отца, которое он в настоящее время интроецировал: оно стало частью его восприятия себя.*

## Идеализация

Идеализация — механизм, под действием которого амбивалентные чувства к другому человеку могут расщепиться таким образом, что негативные чувства отрицаются либо (в некоторых случаях) интроецируются, и тогда другой человек рассматривается как совершенный. Это характерно для состояния влюбленности. Однако часто подобные явления наблюдаются также при патологической реакции горя.

*Например, миссис Вудс (см. с.110) имела крайне амбивалентные отношения с матерью: будучи очень зависимой от нее, она никогда не могла ей угодить. После смерти матери она реагировала бессознательным использованием идеализации, так что помнила только о хороших качествах матери и о своем чувстве любви к ней. Более отрицательные чувства — гнев и возмущение — были интроецированы и приняли форму чувства вины и идей самообвинения: те-*

*перь объектом ее обвинений была уже не мать, а она сама. (Еще один пример интроекции — появление у миссис Вудс болей в груди, подобных тем, какими страдала ее мать. Здесь присутствует также защитный механизм «идентификации» — процесс, посредством которого она объединила — или «переплела» — свою собственную идентичность с идентичностью своей матери.)*

## Соматизация и конверсия

Слово «соматизация» может применяться как описательный термин для обозначения психического расстройства, представленного главным образом соматическими симптомами (см. с.202). Но его можно также использовать для описания защитного механизма, под влиянием которого сосредоточение внимания на соматических жалобах служит для того, чтобы увести субъекта в сторону от осознания конфликтов, вызывающих тревогу. Тесно связано с этим понятие **конверсии**, представляющей собой процесс, посредством которого вызванный конфликтом аффект замещается соматическим симптомом (или «превращается» в него). Идеализация обычно тоже связана с конверсией: при ее крайних формах больной заявляет, что у него нет никаких проблем, кроме соматического заболевания, и если оно излечится, то его жизнь станет совершенной во всех отношениях (поистине удивительное состояние).

*Примером мог бы служить мужчина, ставший глубоким инвалидом вследствие головной боли, которая мучила его в течение трех лет. Он настаивал на том, что не может вспомнить никакого психотравмирующего события, которое произошло бы на протяжении года, предшествующего появлению у него симптомов заболевания. Однако из беседы с его женой выяснилось, что в течение этого периода он пережил тяжелую утрату, потеряв отца, брата и самого близкого друга, причем был настолько расстроен, что даже не смог присутствовать на похоронах.*

## Диссоциация

Диссоциация — это защитный механизм, который включает в себя расщепление сознания на два (или больше) психических процесса (которые в норме должны были бы представлять собой единое целое); в дальнейшем одна часть становится бессознательной. Считают, что расщепление бодрствующего

сознания приводит к такому феномену, как **диссоциативная амнезия** или **фуги**, во время которых проявляются высокоорганизованные формы поведения, несмотря на выраженное нарушение памяти или осознанного восприятия окружающей обстановки. Диссоциация и конверсия — защитные механизмы, которые, по-видимому, должны играть ведущую роль при **диссоциативном расстройстве** (см. с.208), а возникающие в результате их действия симптомы описываются соответственно как «диссоциативные» и «конверсионные».

## ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Личность человека характеризуется устойчивыми моделями поведения, проявляющимися при широком спектре разнообразных ситуаций. Типичные способы реагирования называются **характерными чертами**, а совокупность индивидуальных характерных черт составляет **тип личности**. Так, любые совокупности психически здоровых людей можно описывать с точки зрения «экстравертированности — интровертированности», «устойчивости — невротичности» или других параметров личности, применяя многомерный анализ информации, полученной с использованием стандартизованных опросников. В этой книге не будут приводиться подробные сведения о нормальной личности: данный вопрос освещается в соответствующих учебных пособиях и руководствах.

Мы будем рассматривать те стороны личности, которые представляют особый интерес для врачей: либо потому, что они *повышают восприимчивость индивида* к определенному заболеванию, либо потому, что они помогают нам понять, *как индивид может вести себя, когда он болен*.

К **личностным расстройствам** относятся характерные качества индивидов, причиняющие страдания им самим или другим людям в обществе; они описаны в Международной классификации болезней как

*глубоко укоренившиеся стереотипы дезадаптивного поведения, которые обычно распознаются к подростковому периоду или на более раннем этапе и удерживаются у взрослого человека в продолжение большей части его жизни, хотя в среднем или пожилом возрасте часто становятся менее явно выраженными.*

С самого начала необходимо подчеркнуть два момента. Во-первых, личностное расстройство —



не заболевание, и поэтому такие понятия, как «лечение» и «выздоровление» здесь просто неуместны. Иногда удается до некоторой степени изменить, модифицировать привычные формы поведения, хотя это, как правило, требует огромных затрат времени и сил, к тому же далеко не всегда подобные попытки вообще дают удовлетворительный результат. Во-вторых, по самой своей природе личностные расстройства являются количественными, а не категориальными нозологическими формами. Другими словами, между нормой и каким-либо из описанных далее «расстройств» может существовать бесконечное множество переходных состояний. Разграничение наличия и отсутствия личностного расстройства носит условный характер: соответствующие характерные черты проявляются у индивидов в большей или меньшей степени; кроме того, в конкретном случае могут наблюдаться отдельные характерные черты из числа описанных в каждой рубрике при отсутствии остальных признаков.

Обладание некоторыми из характерных черт может быть вполне адаптивным: например, индивиды с нерезко выраженной обсессивностью становятся хорошими врачами, бухгалтерами или юристами; человек с умеренно выраженными демонстративными чертами обычно оказывается хорошим оратором, он может быть душой компании, с ним не соскучишься; многие люди с шизоидными чертами хорошо работают с компьютером, а зависимые личности успешно справляются с поддерживающей ролью в общественных организациях. Люди с циклотимией способны проявлять высокую творческую продуктивность в периоды подъема настроения.

Лучше взять себе за правило описывать те характерные черты, о которых наиболее подробно и убедительно сообщает ваш конкретный пациент, а не подгонять индивидуальные особенности личности больного под одно из нижеприведенных описаний.

### **Параноидное личностное расстройство (F60.0)**

(известное также как сенситивное личностное расстройство)

#### **О П И С А Н И Е**

Чрезмерная чувствительность к унижениям и категорическим отказам; тенденция неверно истолковывать действия других людей (имеющие нейтральный или дружественный характер) как враждебные и унижающие; обостренное осознание своих личных прав и агрессивная готовность упорно от-

стаивать их. Может наблюдаться склонность к ревности или к гипертрофированному представлению о собственной значимости. Такие люди очень часто (в большинстве случаев без достаточных оснований) чувствуют себя униженными и обманутыми; некоторые из них чрезмерно самонадеянны. Они недоброжелательны, завистливы и злопамятны.

#### **Э Т И О Л О Г И Я**

Неизвестна. У родственников первой степени родства больных параноидными психозами отмечается высокая частота этого расстройства.

#### **М Е Д И Ц И Н С К О Е   З Н А Ч Е Н И Е**

На фоне депрессии у людей с выраженными сенситивными чертами особенно часто развиваются идеи отношения; иногда в процессе лечения антидепрессантами они переходят в явные симптомы персекуторного содержания.

В стационарных отделениях общего профиля такие больные склонны искаженно интерпретировать советы врача; нередко они враждебно и критически относятся к лечению, назначенному им или их родственникам.

### **Шизоидное личностное расстройство (F60.1)**

#### **О П И С А Н И Е**

Стремление избегать социальных и межличностных контактов в сочетании с эмоциональной холодностью и тенденцией предпочитать фантазии и самоанализ другим занятиям. У больного мало друзей вне узкого круга его семьи; он часто безразличен к похвале или критике со стороны других людей. Предпочитает индивидуальные виды деятельности — например, работу с компьютером, выполнение математических вычислений. Такой человек проявляет склонность к отчужденности и холодности; тесные личные взаимоотношения почти не приносят ему радости; тяга к сексуальным переживаниям отсутствует. Он редко испытывает сильные эмоции, такие как гнев или восторг.

#### **Э Т И О Л О Г И Я**

Не установлена; вероятно, имеется генетическая связь с шизофренией. Отмечается повышенная частота случаев шизоидных личностных расстройств у родственников первой степени родства больных шизофренией.

## МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

При наличии шизоидного личностного расстройства несколько повышен риск развития приступа шизофрении, и если заболевание возникнет, то прогноз будет хуже, чем при отсутствии такого расстройства. Однако необходимо подчеркнуть, что лишь у малой части людей с данным расстройством развивается шизофрения; известно также, что у многих страдающих шизофренией до заболевания личность была нормальной.

### Диссоциальное личностное расстройство (F60.2) (первоначально использовались термины «психопатическое личностное расстройство» или «антисоциальное личностное расстройство»)

## ОПИСАНИЕ

Наблюдающаяся в течение всей жизни склонность игнорировать социальные обязательства, а также отсутствие по-настоящему глубоких чувств к другим людям, что может проявляться либо импульсивным насилием, либо черствым безразличием. Больной может быть патологически агрессивным; часто отмечается также тенденция к эмоциональной холодности и безответственности. Люди с диссоциальным личностным расстройством плохо переносят фрустрацию и склонны к импульсивным действиям. Они также предпочитают перекладывать вину на других или выдвигать благовидные рационалистические объяснения, пытаясь оправдать свое поведение, приводящее к конфликту с обществом.

Оценка личности вытекает из анамнеза жизни, данные которого должны подтверждать наличие по меньшей мере четырех из перечисленных ниже признаков:

1. *Неспособность поддерживать устойчивые взаимоотношения* с другими людьми. Это легче всего определить по записям в трудовой книжке, свидетельствующим о *частой перемене места работы* и нестабильной ситуации в отношении занятости (например, отмечаются значительные периоды, когда человек нигде не работал, хотя устроиться на работу в то время было нетрудно; зафиксированы повторяющиеся прогулы или уходы с работы без уважительной причины). Характерна также неспособность поддер-

живать моногамные *сексуальные отношения* в течение длительного периода времени.

2. *Неспособность вести себя в соответствии с социальными нормами*, на что указывают сделанные пациентом признания в правонарушениях, которые не расследовались; многократные случаи невыполнения финансовых обязательств в определенный срок либо *судебный анамнез*, где зафиксированы случаи краж, повреждения чужой собственности, словесного оскорбления или угрозы физического насилия и др.
3. *Низкая толерантность к фрустрации* с раздражительностью и агрессивностью, проявляющаяся в драках, насилии, в том числе в побоях, наносимых жене, и в жестоком обращении с ребенком.
4. *Черствое безразличие к чувствам других людей* и выраженная склонность обвинять других, оправдывая собственное поведение, приводящее к конфликту с обществом. Отсутствие чувства раскаяния и угрызений совести.
5. *Неспособность планировать свою жизнь и свои действия; склонность к импульсивному поведению*: путешествия без определенной цели; отсутствие постоянного места жительства в течение длительных периодов времени.
6. *Отсутствие стремления к правдивости*: человек очень часто лжет даже без особой необходимости; знакомясь, называет себя вымышленными именами; «водит за нос» других людей.
7. *Пренебрежительное отношение к своей собственной безопасности или к безопасности других людей*: например, управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения или при отсутствии прав; многократные случаи езды с превышением скорости.
8. *Пренебрежение своими обязанностями по отношению к детям*: будучи родителем или опекуном, человек не заботится о своих подопечных, легкомысленно расходуя предназначенные для них средства.

## ЭТИОЛОГИЯ

Очевидно, в связи с колоссальным социальным значением данного феномена была проделана очень большая работа по изучению этиологии того, что в свое время называли «социопатическим личност-

ным расстройством». В его развитии, несомненно, играют важную роль как генетические, так и средовые факторы. Конкордантность по преступности у монозиготных близнецов намного выше, чем у дизиготных. Изучение приемных детей показывает, что у детей, биологические родители которых совершали уголовные преступления, гораздо чаще наблюдается социопатическое личностное расстройство, чем у тех, чьи биологические родители не были преступниками.

Как продемонстрировало исследование, проведенное в Дании, среди усыновленных детей, чьи биологические родители не были известны полиции, не отмечалось повышенной частоты совершения противоправных деяний даже в тех случаях, когда их приемный отец оказывался преступником. Однако поскольку коэффициент конкордантности по преступности у монозиготных близнецов составляет только 50%, очевидно, что средовые факторы также должны иметь определенное значение.

При исследованиях, направленных на поиск корней антисоциального поведения, неоднократно выявлялись факты, свидетельствующие о криминальном и отклоняющемся от социальных норм поведении родителей (например, сведения об охваченных бесконечными конфликтами и разрушенными семьями, об отсутствии заботы, надзора и воспитания в раннем возрасте). Много раз подтверждалось, что родители недостаточно или неадекватно применяли дисциплинирующие методы воспитания: так, матери осуществляли слабый контроль над своими (делинквентными) детьми и не добивались послушания, тогда как отцы либо проявляли чрезмерную мягкость, либо были слишком суровыми и требовательными.

#### МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Среди тех пациентов, которых вы встретите в травматологическом кабинете поздним вечером в субботу, наверняка очень многие окажутся либо пострадавшими от агрессии со стороны лиц с диссоциальным расстройством, либо носителями данного расстройства, получившими телесные повреждения в драке. Диссоциальное личностное расстройство сопряжено с повышенной (по сравнению с другими типами личностных расстройств) склонностью к развитию алкоголизма или наркомании.

## Эмоционально неустойчивое личностное расстройство (F60.3)

(включает в себя:

эксплозивное личностное расстройство;  
пограничное личностное расстройство)

#### О П И С А Н И Е

Ярко выраженная склонность действовать импульсивно, без учета возможных последствий, — в сочетании с легко возникающими признаками тревоги и депрессии. При «эксплозивном» типе расстройства вспышки бурного гнева часто ведут к насилию даже при минимальной провокации. У человека бывают взрывы агрессивности или пугающего поведения, часто сопровождающегося чувством внутреннего напряжения.

При «пограничном» типе расстройства такая же склонность к эмоциональной неустойчивости сопровождается постоянно испытываемым чувством опустошенности и отсутствием ясности эмоциональных предпочтений и долгосрочных целей. Гнев большого часто направлен против себя. Напряженные и нестабильные взаимоотношения нередко сопровождаются попытками избежать участи быть покинутым, удерживая при себе партнера с помощью угроз самоубийства или акта самоповреждения.

#### Э Т И О Л О Г И Я

Данные отсутствуют.

#### МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Люди с «эксплозивным» расстройством нередко наносят травмы другим. Иногда они сами обращаются за медицинской помощью, чтобы взять под контроль свою несдержанность. Лучше всего им можно помочь, обучая методу «управления гневом», который заключается в том, чтобы, распознав ранние признаки появления гнева, либо уйти от столкновения, либо перевести эмоции в другое русло, переключившись на занятия замещающими видами деятельности. Иногда таким пациентам приносят пользу бета-блокаторы типа пропранолола.

Больные с «пограничным» расстройством чаще всего обращают на себя внимание врачей в травматологических отделениях и отделениях неотложной помощи, куда они попадают после попытки самоповреждения или самоотравления (например, приняв повышенную дозу лекарственных препаратов), связанной с очередным кризисом в межличностных отношениях.

## Демонстративное личностное расстройство (F60.4)

(первоначально использовался приводящий к путанице термин «истерическое личностное расстройство»)

### ОПИСАНИЕ

Данное расстройство чаще встречается у женщин. Больная ведет себя демонстративно, стремясь преувеличить и драматизировать описание как своей симптоматики, так и обстоятельств. Особенности ее собственного поведения, не согласующиеся с излагаемой ею романтизированной версией, игнорируются или отрицаются. Рассказ обычно сопровождается проявлением эмоций (как рыданиями, так и вспышками гнева), но они поражают наблюдателя как легкостью возникновения, так и стремительным исчезновением. Типична тенденция к эгоцентризму в личных отношениях: человек уделяет слишком мало внимания чувствам других людей, что мешает сформировать и поддерживать какие-либо достаточно прочные и глубокие связи. Действительно, хотя в поведении пациентки отмечаются явные признаки сексуальной провокации, — ее собственные сексуальные отношения большей частью неудовлетворительны, и она склонна как к половой холодности, так и к наивности в половых отношениях. Часто это привлекательная девушка, которая научилась флиртовать скорее для достижения собственных целей, чем для инициирования сексуальных отношений.

### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Ярлык демонстративности (чаще всего в формулировке «истерическая личность») имеет тенденцию прочно прилипать к любой больной, которая добивается внимания медицинского персонала (мужского пола), преувеличивая во время беседы свои симптомы, — или же к пациентке, поведение которой является манипулирующим. И это весьма печально, поскольку при таком использовании термина он утрачивает свой смысл. Потому именно в данном случае мы приводим некоторые упрощенные диагностические критерии.

Итак, для постановки диагноза демонстративного расстройства **необходимо наличие всех трех перечисленных ниже признаков:**

1. Ищущее внимания или демонстративное поведение.

2. Постоянная тенденция требовать чего-то от других.
3. Демонстрация ярких эмоций, которые либо очень легко вызываются, либо являются более интенсивными, чем требуют данные обстоятельства.

### ЭТИОЛОГИЯ

Не установлена. Если брать демонстративность как характерную черту личности, то здесь генетический компонент, по-видимому, отсутствует, хотя расстройство имеет тенденцию к накоплению в семьях. Вероятно, целесообразнее всего рассматривать данное расстройство как набор форм поведения, которые усваиваются некоторыми незрелыми девушками, лишенными родительской привязанности и в то же время ощущающими острую потребность в ней. Трудно избавиться от впечатления, что эти больные используют свое поведение, чтобы привлечь к себе внимание молодых мужчин и добиться их восхищения; однако систематизированные исследования по этому вопросу отсутствуют.

### МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Само понятие возникло как средство описания лиц с предположительно повышенным риском развития истерии (отсюда и первоначальное название расстройства). Хотя при наличии данного расстройства действительно более вероятно развитие конверсионных симптомов, чем при отсутствии указанных черт характера, в настоящее время известно, что у большинства лиц с истерическими заболеваниями соответствующего расстройства личности нет.

Больных с демонстративным расстройством личности вы гораздо чаще будете встречать в кабинете неотложной помощи, чем в неврологических отделениях. Они чрезвычайно склонны к манипулирующему и ищущему внимания поведению в межличностных отношениях, поэтому такие люди нередко поступают в больницу с самоотравлением лекарственными препаратами или с неглубокими порезами в области предплечий. Однако вам следует насторожиться, если подобное поведение впервые появляется у кого-либо уже в зрелом возрасте: в этом случае гораздо более вероятно, что оно связано с аффективным, а не с личностным расстройством!

## Обсессивное личностное расстройство (F60.5)

(называемое также ананкастическим личностным расстройством)

### ОПИСАНИЕ

При этом расстройстве чувство неуверенности в себе, постоянные сомнения и ощущение несовершенства результатов собственных усилий ведут к чрезмерной добросовестности, многократным проверкам, упрямству и осторожности. Характерны стремление к совершенству, доходящая до педантизма тщательность, а также потребность в многократных проверках с целью гарантировать безопасность. Больной становится нерешительным. Он может настойчиво предъявлять к другим необоснованные требования, добиваясь, чтобы все действовали так же, как он. Наблюдается чрезмерная преданность работе — вплоть до полного отказа от развлечений, отдыха и поддержания дружеских отношений. Внешние проявления любви и великодушия могут удерживаться в определенных границах. Во многих случаях особенно заметны ригидность и чрезмерная склонность к сомнениям; возникают также настойчивые и недоброжелательные мысли. Часто больной не в состоянии освободиться от ненужных или старых, пришедших в негодность вещей.

### ЭТИОЛОГИЯ

Данные близнецовых исследований показали, что генетические факторы имеют значение в детерминировании обсессивных свойств и что существует связь между этими качествами и «невротизмом» — в совокупности они могут проявляться в виде симптомов навязчивости.

Ритуальное поведение и чрезмерная приверженность к соблюдению порядка, по-видимому, представляют собой нормальное явление на определенной стадии развития в детстве. Корреляция между этими характерными свойствами и принудительным обучением навыкам туалета отсутствует, хотя отмечается определенная связь между такими чертами характера у матери и у детей. В одном исследовании было показано, что модель поведения родителей, характеризующаяся как «сдержанная теплота», оказывала заметное влияние на детей, которые росли покорными, зависимыми, вежливыми, скромными и послушными, — а это как раз примерно то, что (как представляется в свете данных различных

исследований по изучению развития ребенка) подводит очень близко к «обсессивному личностному расстройству».

### МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

У людей с обсессивными чертами характера чаще развиваются симптомы навязчивости во время приступов депрессивного заболевания: в таких случаях обсессивные симптомы не требуют специального лечения, поскольку они исчезнут по мере улучшения состояния после применения антидепрессантов. У многих страдающих обсессивно-компульсивным расстройством (см. с.198-199) в преморбидном периоде наблюдалось обсессивное личностное расстройство.

## Зависимое личностное расстройство (F60.7)

(включает астеническое личностное расстройство; пассивно-зависимое личностное расстройство)

### ОПИСАНИЕ

При этом личностном расстройстве больной всегда предоставляет другим принимать за него решения и практически полностью лишен таких качеств, как находчивость, изобретательность, инициативность. Он испытывает трудности при разработке новых проектов или планов, а также при всякой самостоятельной деятельности. Он готов согласиться с любым мнением (даже противоположным его собственному), лишь бы избежать ухудшения взаимоотношений, и упорно поддерживает связи с людьми, которые плохо обходятся с ним, так как боится быть покинутым, остаться в одиночестве. Когда близкие отношения подходят к концу, такой человек чувствует себя опустошенным и беспомощным, поскольку его часто охватывает страх оказаться брошенным. Он постоянно жаждет все новых и новых успокоительных заверений и похвал, легко обижаясь при выражаемом кем-либо неодобрении.

### ЭТИОЛОГИЯ

Сведений о систематизированных исследованиях по изучению этиологии этого расстройства нет. Было доказано, что в семьях, где родители придерживаются авторитарного стиля воспитания, требуя беспрекословного выполнения своих указаний и неукоснительного соблюдения установленных правил, растут несчастные дети с низкой самооценкой

и с тенденцией к социальной отгороженности. Наверное, это могло бы сформировать почву для развития в дальнейшем (уже у взрослого человека) расстройства, отмеченного неумением использовать свои способности и стремлением угождать людям, которые играют доминирующую роль.

#### МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

У людей с зависимым расстройством личности повышен риск развития депрессивного состояния при утрате доминирующего человека (например, в результате смерти или разлуки). Будучи предоставленными самим себе, они нередко постепенно спускаются все ниже и ниже по социальной лестнице и в конце концов становятся безработными или бездомными.

#### ПРИМЕР ОПИСАНИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Давайте сейчас возвратимся к миссис Вудс (с которой мы последний раз встречались в гл. 3) и для примера опишем этиологические факторы имеющегося у нее расстройства.

*По-видимому, миссис Вудс предрасположена к развитию депрессивного заболевания, поскольку, как известно из семейного анамнеза, у ее матери было депрессивное расстройство, а она сама перенесла тяжелую утрату в детстве (смерть отца, когда ей было восемь лет). Имеются заметные обсессивные черты личности (всегда стремилась к совершенству, многократно проверяла свои действия, чрезмерно гордилась своим домом). По-видимому, испытывала трудности адаптации к переменам или утрате (например, когда ее дочь уехала в другой город, поступив в университет). У нее были близкие и сверхзависимые отношения с матерью (которой она звонила ежедневно на протяжении всей жизни — с тех пор как стала жить отдельно), однако миссис Вудс никогда не могла ей угодить, и это сделало ее особенно чувствительной к утрате матери. Настоящее заболевание было спровоцировано выяв-*

*лением у матери шесть месяцев назад терминального заболевания, закончившегося смертью три недели назад. Миссис Вудс не могла проявить гнев и горе, ухаживая за матерью во время болезни, или выразить амбивалентные чувства после тяжелой утраты; это привело к процессу интроекции (появление болевых ощущений в грудной клетке) и к последующей идеализации матери.*

Обратите внимание на то, что указанные факторы действуют в комплексе, и каждый из них, взятый в отрыве от других, не имеет самостоятельного значения. Хотя миссис Вудс обладала прямо-таки безукоризненным характером и всегда была хорошей, верной своему долгу дочерью, переживания раннего периода жизни (связанные с тяжелой утратой — смертью отца) усилили ее уязвимость вообще к воздействию утраты, а определенные особенности взаимоотношений с матерью сделали особенно чувствительной к ее потере.

Обратите также внимание, что хотя пациентка описывает как обсессивные черты характера, так и признаки зависимой личности, все это не дает достаточных оснований для постановки диагноза личностного расстройства того или другого типа. Однако она плохо приспосабливается к переменам из-за обсессивных черт характера, а зависимое положение в отношениях с матерью делает ее особенно чувствительной к утрате. Таким образом, ружье заряжено — и ждет, чтобы выстрелить. Осталось только, чтобы смертельное заболевание матери спустило курок.

Неспособность больной сознательно принять отрицательные аспекты своих амбивалентных чувств по отношению к матери ведет к отрицанию таких чувств.

Этот пример показывает еще одну особенность в этиологии психического заболевания: взаимодействие врожденного и приобретенного. Предрасположенность миссис Вудс к депрессивному расстройству до некоторой степени может быть детерминирована генетически (что подтверждается данными семейного анамнеза), однако социальные и психологические факторы также сыграли свою роль.

## 6 Методы ИССЛЕДОВАНИЯ

До сих пор в предыдущих главах мы видели, что данные, получаемые в процессе сбора анамнеза и исследования психического состояния, используются для формулирования гипотез в отношении дифференциального диагноза и этиологии. Следующим логическим шагом должна стать проверка этих гипотез путем планирования и проведения исследований, которые предоставят дополнительную информацию — либо подтверждающую, либо опровергающую наши первоначальные предположения.

**Цели** исследований можно вкратце изложить следующим образом:

1. Подтвердить **диагноз**, которому следует отдать предпочтение (если это возможно), и исключить другие версии.
2. Подтвердить предполагаемые **этиологические факторы**, если это возможно, или — в случае если картина неясна — получить дополнительные данные, которые приведут к новым гипотезам в отношении этиологии.
3. Оценить **изменения**, например для того, чтобы проконтролировать динамику болезненного процесса в ответ на проводимое лечение.
4. Оценить вероятную реакцию на лечение.

Очевидно, что объем и состав исследований определяют для каждого больного в соответствии с его индивидуальными нуждами. «Рутинных» исследований не бывает. В этой главе мы рассмотрим, как планировать исследования, и в дальнейшем опишем несколько методов, о которых должен быть осведомлен каждый врач-стажер. Исследования, которые особенно целесообразно проводить при определенных заболеваниях, описываются во второй части книги.

Во многих отраслях медицины (в соответствии с традиционными представлениями) принято понимать исследования как источник данных, получае-

мых посредством проведения лабораторных анализов, рентгенографии и других подобных процедур; однако в психиатрии этот термин трактуется более широко: мы включаем сюда также дополнительные источники информации, к которым нередко приходится обращаться после первого сбора анамнестических сведений и исследования психического состояния. Сюда могут быть отнесены, например, беседы с другими информаторами, изучение историй болезни предыдущих поступлений, данные стационарного наблюдения о настроении, формуле сна, график изменения массы тела или оценка домашних условий.

С большинством методов исследования соматического состояния, которые могут понадобиться, вы уже знакомы, хотя некоторые из вышеупомянутых процедур исследования почти наверняка окажутся новыми для вас. Однако описываемые далее методы требуют более подробных пояснений.

### ГЕНЕАЛОГИЧЕСКАЯ ТАБЛИЦА

Если врач предполагает, что в данном случае он имеет дело с семейным заболеванием (имеющим генетическую или какую-либо иную природу), часто бывает полезно начертить генеалогическую таблицу. Нужные для этого данные собирают во время беседы с больным и его родственниками. Если требуется, эту информацию можно дополнить материалами, взятыми из соответствующей документации (историй болезни, записей врачей общей практики, свидетельств о смерти). При составлении генеалогической таблицы необходимо учитывать всех кровных родственников, о которых можно получить точные сведения.

*На рис. 6.1 представлен пример генеалогической таблицы больной Джейн Смит, 43 лет, которая была направлена к врачу-специалисту в связи с жалобами на ухудшение памяти и непроизвольные движения. Схема наглядно пока-*

зывает, как данное расстройство проявлялось в семье в соответствии с аутосомно-доминантным типом наследования.

Используются следующие условные обозначения:

**Пациентка** — Джейн Смит — указана стрелкой. **Семейные пары соединяются горизонтальными линиями** (см., например: Саймон Смит и Эллен).

**Брак, закончившийся смертью одного из супругов**, можно обозначить, пересекая горизонтальную линию двумя косыми штрихами (см.: Джон Смит и Мэри).

**Брак, закончившийся разводом**, можно обозначить двойным крестиком (см.: Уильям и Элизабет Моррис).

**Детей** указывают вертикальными линиями, идущими от родителей, а сиблингов — горизонтальными линиями, идущими от одного к другому (в хронологическом порядке).

**Аборты** (как самопроизвольные, так и искусственные) и **мертворождения** обозначаются так, как это показано в отношении первых двух беременностей Мэри.

**Близнецы** указываются вертикальной линией, разветвляющейся под острым углом (например, Кит и Лоуренс Моррис).

Для каждого человека указывается год рождения (и смерти).

**Смерть** отмечают наклонной линией, как бы перечеркивающей идеограмму (см.: Саймон Смит, Фред Джонс); указывается также причина смерти.

Отмечаются значимые заболевания у ныне живущих родственников.

Члены семьи, заболевания которых (предположительно) связаны с заболеванием пациента, указаны идеограммой с затемненным (заполненным пунктиром) полем (см., например: Фред Джонс, Мэри, Джейн и Филип).

Можно добавить любую другую информацию, которая может оказаться полезной, например дату и место рождения или род занятий.

применения в клинической психиатрии, многие другие с успехом используются при проведении обследования, особенно при дифференцировании пациентов с органическими заболеваниями головного мозга, с аффективными расстройствами и не имеющих психического заболевания.

## Обследование больных при органических заболеваниях головного мозга

В настоящее время имеется много стандартизованных тестов для выявления нарушений функций головного мозга, возникающих при органических расстройствах. Одни из них предназначены для оценки специфических функций (например, визуально-пространственных функций теменной доли головного мозга или зрительной памяти — функции височной доли недоминантного полушария); другие являются более общими — к ним относятся тесты способностей, например таких, как те, которые оцениваются при использовании тестов уровня умственного развития. В течение периода, когда вы будете работать в психиатрической клинике, постарайтесь найти возможность понаблюдать за работой клинического психолога, который проводит некоторые из этих исследований.

### МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УМСТВЕННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Наиболее широко используемые методы исследования умственных способностей — **словарный тест** (Mill Hill Vocabulary Test), **прогрессивные матрицы Равена** (Raven's Progressive Matrices) и **векслеровская шкала интеллекта для взрослых** (Wechsler Adult Intelligence Scale). Эти тесты позволяют получить значение коэффициента интеллектуального развития (IQ); при этом сумма баллов, набранных испытуемым, выражается в процентах от среднеарифметического количества баллов, полученных в выборке, которая использовалась для стандартизации теста.

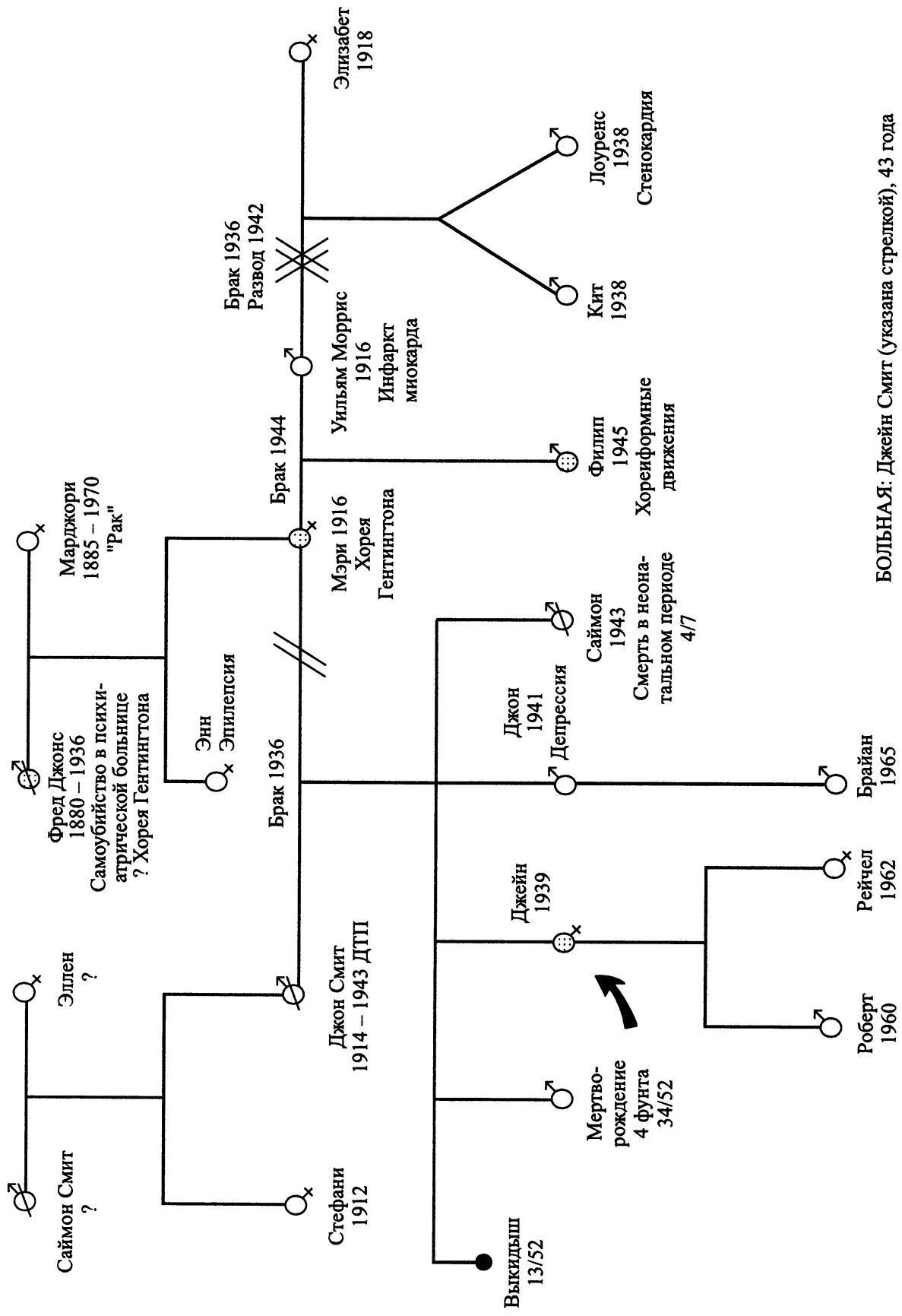
Принято подразделять результаты теста, представляя их как два самостоятельных показателя IQ: один для вербальных тестов, второй — для оценки «умственной работоспособности» (т.е. для невербальных тестов).

Методы исследования умственных способностей могут служить для выявления органического заболевания головного мозга следующим образом:

## ПСИХОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Психологами разработаны стандартизованные тесты для оценки практически любого из возможных аспектов человеческого мышления и поведения. Хотя значительная часть этих методов исследования (например, личностные тесты) не находят





**БОЛЬНАЯ:** Джейн Смит (указана стрелкой), 43 года  
 Направлена к психиатру своим врачом по поводу ухудшения памяти и непроизвольных движений

Рис. 6.1. Пример генеалогической таблицы

1. Если при однократном исследовании получен показатель IQ, который существенно ниже прежнего уровня (предполагаемого на основании анамнеза образования и сведений о профессиональных достижениях), это указывает на возможное органическое заболевание головного мозга. Например, на такую мысль определенно наводит общий IQ, равный 100, если он обнаружен у физика — но не у продавца.
2. Если показатель IQ по результатам вербального теста намного (например, на 20 или более) выше, чем IQ, отражающий невербальные способности, следует подумать об органической патологии, потому что вербальные функции имеют тенденцию к более длительной сохранности, чем невербальные. Противоположное расхождение обычно не имеет значения. На ранней стадии органического поражения головного мозга словарный запас довольно хорошо сохраняется, поэтому его исследование иногда используют для оценки способностей в преморбидном периоде.
3. Многократное проведение исследования умственных способностей на протяжении нескольких месяцев или лет может показать прогрессирование нарушений, и полученная таким образом картина дает гораздо более объективное и полное представление о последствиях органической церебральной патологии, чем результаты однократного исследования.

#### МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ

Тесты памяти используют для оценки способности регистрировать, удерживать и воспроизводить новую информацию. Сюда относятся тесты на заучивание слов (эта способность особенно поражается при патологии в структурах доминантного полушария) и на зрительную память, которая является функцией, главным образом, недоминантного полушария.

Примером теста, построенного на запоминании слов, служит **тест заучивания синонимов**. Человеку предлагают определения десяти ранее неизвестных ему (но соответствующих уровню его словарного запаса) слов, после чего просят воспроизвести их значения. Затем определения повторяют и снова просят воспроизвести. Определение показателя в баллах основано на количестве попыток, которое потребовалось для запоминания. Доказано, что этот тест имеет умеренное значение при дифференцировании деменции, аффективных расстройств и отсутствия психического заболевания.

При использовании **теста Бентона на зрительное сохранение** (Benton Visual Retention Test) человеку в течение 10 секунд показывают карту с рисунком и затем просят воспроизвести изображение. Процедуру повторяют с другими картами. Подсчет баллов осуществляют исходя из количества правильно воспроизведенных карт и количества сделанных ошибок. Проверяемые в этом тесте перцептивные и конструктивные способности можно отграничить от влияния нарушений памяти, позволяя человеку копировать рисунки непосредственно с карт, располагая их перед ним. Опыт показывает, что данный тест, по-видимому, обладает определенной ценностью при выявлении органических поражений головного мозга, хотя показатели, полученные при его использовании у пациентов с такой патологией и у тех, кто ее не имеет, частично совпадают.

Это, разумеется, лишь краткие сведения всего о нескольких из множества тестов, применяемых для обследования больных с органическим заболеванием головного мозга. Основной смысл заключается в том, что аномальные результаты указывают на повышенную вероятность наличия органического расстройства, а характер выявленных отклонений помогает установить его локализацию. Эти исследования проводят только в тех случаях, когда уже есть некоторые другие признаки, позволяющие предположить органическое расстройство.

Полученные данные необходимо интерпретировать в свете других сведений, полученных как из анамнеза и исследования психического состояния, так и посредством использования других специальных методов исследования.

#### Методы исследования настроения

Методы исследования настроения основаны на использовании стандартизованных самооценочных опросников, таких как «**Опросник для выявления депрессии**» Бека (Beck Depression Inventory — **BDI**) или опросник «**Тревожные состояния и черты тревожности**» (State-Trait Anxiety Inventory — **STAI**), применение которых (как и расчет соответствующих показателей) не вызывает никаких затруднений. Однако они не являются диагностическими инструментами; например, с помощью **BDI** можно оценить тяжесть депрессии, но нельзя дифференцировать аффективные симптомы, которые могут возникать при депрессивном психозе, деменции или шизофрении. Данным тестом не учитываются объективные признаки заболевания, поскольку

ку он базируется на субъективных переживаниях больного. Этот метод исследования не позволяет разграничить аффективное «состояние» и соответствующие «черты», хотя в STAI предпринимается такая попытка. Несмотря на эти ограничения, указанные тесты позволяют получить полезную количественную оценку, особенно если их использовать повторно для контроля происходящих изменений, например при проверке реакции на лечение. Существуют также шкалы для оценки настроения как при депрессивном, так и при маниакальном состоянии, опирающиеся на данные наблюдений медицинских сестер, которые ухаживают за больным.

## ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ (ЭЭГ)

Электроэнцефалограф представляет собой, в сущности, вольтметр, измеряющий изменения в потенциалах головного мозга, поступающих на поверхность черепа. Разместив электроды (обычно восемь или шестнадцать) на черепе билатерально в стандартных отведениях, осуществляют одновременную запись на полиграфе. У здорового бодрствующего взрослого человека в состоянии покоя при закрытых глазах регистрируется характерный **альфа-ритм** — низкоамплитудные волны с частотой колебаний около десяти в секунду. При открытых глазах или при интенсивной умственной деятельности кривая уплощается. У маленьких детей в норме регистрируются **дельта-волны**, которые значительно медленнее (менее четырех колебаний в секунду) и отличаются большей амплитудой. В подростковом возрасте эти волны замещаются **тета-волнами** (от четырех до семи колебаний в секунду). У взрослых медленные волны обычно отсутствуют, наблюдаясь только в состоянии сна.

Наибольшее значение ЭЭГ имеет для диагностики **эпилепсии**. Для нее характерны «пики» (короткие высокоамплитудные разряды) или «острые волны» (большей длительности, но тоже с высокой амплитудой). Чередование пиков и дельта-волн с частотой три колебания в секунду — классический признак генерализованных абсансов.

Электроэнцефалография может служить ценным вспомогательным средством диагностики органического заболевания головного мозга. При делириозном состоянии обычно регистрируются нерегулярные медленные волны. При деменции наибольшее значение имеет отсутствие альфа-активности и появление дельта-волн в бодрствующем состоянии. Однако подобные изменения постепен-

но развиваются и при нормальном старении головного мозга, поэтому интерпретировать такие данные нужно с осторожностью. Отсутствие отклонений на электроэнцефалограмме не исключает возможности органического заболевания, но очень грубые патологические изменения позволяют предположить его с достаточно большой долей вероятности. Следовательно, ЭЭГ может иметь ценность в случаях, когда требуется дифференцировать деменцию с депрессивной псевдодеменцией. К тому же это относительно дешевый, атравматичный и безболезненный метод. Данные ЭЭГ-исследования могут также указывать на локализацию очага, поскольку патологические изменения в дальнейшем можно проследить в записях кривых, полученных от ограниченного числа отведений, а не только на фоновой электроэнцефалограмме. Главным ограничением метода является неспецифический характер патологических изменений ЭЭГ-кривой, имеющих тенденцию к сходству, несмотря на разную органическую патологию, лежащую в основе заболевания.

## МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ ИЗОБРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Изображения головного мозга можно подразделить на структурные и функциональные в зависимости от того, дают ли они представление об анатомической структуре мозга или о его физиологических функциях.

**Компьютерная томография (КТ)** и **магнитно-резонансное изображение (МРИ)**, иногда называемое **ядерным магнитно-резонансным изображением (ЯМР)**, представляют собой два основных метода построения изображения структуры головного мозга. Сегодня они играют чрезвычайно важную роль в исследованиях, направленных на выявление патологии головного мозга, придя на смену рентгенографии черепа и пневмоэнцефалографии. Компьютерное томографическое сканирование дешевле и более доступно. Этот метод лучше, чем МРИ, выявляет кальцинированные очаги, но его разрешающая способность ниже, особенно если очаг поражения структуры головного мозга имеет небольшие размеры. Качество изображения задней и височной ямок, получаемого с помощью КТ, также не вполне удовлетворительно, хотя в последнем случае его можно улучшить, применив косую проекцию височных долей. Использование контрастного вещества, введенного в периферический сосуд, так-

же повышает качество компьютерного томографического сканирования головного мозга.

В психоневрологии КТ и МРИ-сканирование используют для выявления возможных опухолей мозга, как, например, при обследовании больных, страдающих эпилептическими припадками, или пациентов, у которых на основании данных анамнеза предполагается органическое заболевание головного мозга. С помощью этих методов можно также выявлять атрофию вещества головного мозга, которая наблюдается при различных формах деменции (например, генерализованная атрофия при болезни Альцгеймера или уплощение хвостатого ядра при хорее Гентингтона); они дают хорошие результаты при диагностике патологических изменений в коре и (или) белом веществе головного мозга, возникающих при мультиинфарктной деменции или сосудисто-мозговых расстройствах. Благодаря этим техникам удастся увидеть резидуальные повреждения головного мозга в случае черепно-мозговой травмы, что имеет значение для оценки органического компонента посттравматических расстройств.

Основные методы получения функциональных изображений головного мозга — **простая фотонно-эмиссионная (компьютерная) томография (ПФЭКТ или ПФЭТ)** и **позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)**. В силу того, что ПФЭКТ-сканирование — гораздо более дешевый метод, оно оказало влияние на клиническую работу, несмотря на его низкую разрешающую способность. Однако чудеса изображений, получаемых с помощью обладающего высокой разрешающей способностью позитронно-эмиссионного сканирования, в основном ограничиваются сферой научных исследований.

Оба метода позволяют отображать картину мозгового кровотока или (предварительно вводя путем инъекции меченные радиоактивным изотопом маркеры) выявлять определенные нейротрансмиттерные системы в головном мозге. Позитронно-эмиссионное томографическое сканирование может также использоваться для того, чтобы наглядно продемонстрировать характер мозгового метаболизма, например потребление глюкозы, нарушающееся в пораженных болезнью тканях. Важным преимуществом этих методов является их способность обнаруживать мозговую патологию, возникающую до развития или при полном отсутствии каких-либо структурных патологических изменений (поддающихся выявлению при КТ или МРИ-сканировании). Это происходит, например, при некоторых формах лобной деменции; более спорными являются функ-

циональные нарушения, иногда отмечаемые, как сообщалось в ряде публикаций, при шизофрении или аффективном расстройстве. Кроме того, функциональные изображения головного мозга доказывают, что функциональное нарушение, сопутствующее органическому поражению, такому как опухоль, инсульт или эпилептический очаг, часто охватывает значительно более обширную зону, чем можно было бы предположить исходя из результатов КТ или МРИ-сканирования.

## КАК ПЛАНИРОВАТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Лучше всего планировать исследования в соответствии с определенной системой. Вначале продумайте, нужно ли получить дополнительные анамнестические сведения, в дальнейшем не забывайте о хорошо знакомых вам группах **биологических, психологических и социальных факторов**. В табл. 6.1 приведены примеры некоторых наиболее часто используемых методов исследования вместе с показаниями для их проведения. (Как обычно в подобных случаях, здесь представлено лишь общее руководство: мы не ставили перед собой цель обеспечить читателя исчерпывающим перечнем всех возможных методов исследования.) Теперь давайте выясним более конкретно, как же выполняется процедура планирования исследований. Для этого вновь вернемся к миссис Вудс.

*Вначале проанализируем анамнез. У нас уже есть объективные сведения, полученные от мужа больной и согласующиеся с тем, о чем сообщила она сама; поэтому нам, по всей видимости, не нужны другие информаторы. Однако было бы полезно подробнее узнать у семейного врача о состоянии миссис Вудс в те периоды, когда он назначал ей лекарственные препараты «от нервов»; кроме того, мы обязательно должны получить из психиатрической больницы истории болезни ее матери.*

*Затем нам необходимо провести дифференциальную диагностику. В данном случае круг положительных диагнозов ограничен, так как у пациентки обнаруживаются признаки патологической реакции горя и достаточно широкий спектр симптомов депрессии. Однако она жалуется на боль в грудной клетке.*

*Из биологических исследований, безусловно, необходимо включить в план соматический ос-*

Таблица 6.1. Примеры исследований

**1. Анамнез**

Всегда должен привлекаться, по меньшей мере, один дополнительный **информатор**, а иногда и больше.

Включайте (*предварительно получив согласие больного*) работодателей или учителей, если это представляется целесообразным.

**Истории болезни из психиатрической больницы и больницы общего профиля**, где больной находился в прошлом, а также информация от семейного врача.

Истории болезни родственников пациента, если анамнез наводит на предположение о семейном психическом заболевании.

**2. Биологические методы исследования**

Включают любые необходимые методы исследования соматического заболевания (связанного или несвязанного с психическим состоянием), в том числе:

**Соматический осмотр** (если он к этому времени еще не проведен).

**Гематологические исследования:** например, скорость оседания эритроцитов, количество лейкоцитов при инфекционных заболеваниях.

**Биохимические исследования:** исследование печеночной функции — при алкоголизме, функции щитовидной железы — при гипертиреозе, электролитов — при делирии или нервной анорексии.

**Бактериологические, вирусологические и серологические исследования:** при инфекционном заболевании мочевыводящих путей, опоясывающем лишае, нейросифилисе.

**Электронцефалография:** при эпилепсии, делирии, деменции.

**Рентгенологическое исследование:** компьютерное аксиальное томографическое сканирование — при деменции или объемных образованиях.

**3. Социальные методы исследования**

**Обследование членов семьи:** осуществляется путем проведения бесед с близкими пациента (наедине или в его присутствии), чтобы понять, что это за люди и как они относятся друг к другу.

**Оценка домашней обстановки:** проводится (*при необходимости*) социальным работником психиатрической службы (или другими сотрудниками) с целью оценить адекватность жилищных условий, работы соответствующих служб и психологическую атмосферу в доме.

**Оценка финансового состояния:** проводится (*в случае, если это имеет отношение к делу*) анализ баланса доходов (из всех источников) и расходов семьи; отмечается наличие и размер долгов.

**Оценка трудоспособности:** проводится специалистом по трудотерапии для установления характера и тяжести инвалидизации с точки зрения возможности самообслуживания или трудоустройства.

**4. Психологические методы исследования**

**Аналитическая психотерапия** (см. с.100).

**Стандартизованные психометрические тесты:** при органических психосиндромах, (аффективных) расстройствах настроения.

*мотр и ЭКГ — хотя бы для того, чтобы на основании объективного, документированного свидетельства успокоить миссис Вудс, а также убедиться самим, что у нее нет заболевания сердца. Осматривая больную, мы замечаем побледневшие синяки в верхней части левой руки и — тоже с левой стороны — в области грудной клетки. Она вспоминает, что три недели назад упала с лестницы после приема седативного средства, прописанного семейным врачом.*

*Социальные исследования на данном этапе, по видимому, не показаны.*

*Психологические исследования могут включать серийные наблюдения за настроением па-*

*циентки и другими аспектами психического состояния; если она находится в стационаре, мы должны попросить медицинских сестер ежедневно следить за характером изменений ее настроения, сна и аппетита, а также вести график изменения массы тела. Это поможет подтвердить диагноз депрессивного состояния. В дальнейшем результаты таких наблюдений послужат базовыми данными для оценки изменений состояния больной в ответ на лечение. Последующие беседы с миссис Вудс, проводимые с целью анализа взаимоотношений с матерью и реакции пациентки на ее болезнь и смерть, могут подтвердить значение этих обстоятельств как основных этиологических факторов заболевания (и могут одновременно быть терапевтическими).*

## УЧАСТИЕ ПАРАМЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

### Психиатрические социальные работники

**Психиатрические социальные работники** проходят специальную подготовку по работе с психически больными и членами их семей. Они вносят свой вклад в оказание помощи этим людям, занимаясь такими социальными аспектами обследования и лечения (с учетом материального благополучия), как финансовое положение и жилищно-бытовые условия, влияние психически больного и членов его семьи друг на друга, а также социальные взаимодействия пациента, источники поддержки и удовлетворения. Кроме того, некоторые из них имеют статус **официально утвержденного социального работника**, а это значит, что они выполняют определенные обязанности в соответствии с Законом о психическом здоровье 1983 года (см. с.283).

Нередко психиатрические социальные работники оказывают содействие врачам в процессе обследования, например интервьюируя членов семьи пациента, чтобы собрать дополнительные сведения для анамнеза или оценить отношение родственников к больному, либо изучая условия, в которых живет больной, с целью оценить адекватность материальных ресурсов и понаблюдать за характером семейных отношений в домашней обстановке.

### Психиатрические медицинские сестры

**Психиатрические медицинские сестры** получают специальную подготовку по уходу за психически больными; они играют главную роль в оказании помощи тяжелобольным пациентам. Не стоит выносить полное и окончательное суждение о со-

стоянии больного, полагаясь только на свои наблюдения, сделанные в процессе беседы: медицинские сестры ведут непосредственное наблюдение за больным в течение длительного времени в различных условиях и регулярно предоставляют дополнительную информацию о больных, значение которой по истине неопределимо. Они несут ответственность за выполнение лекарственных назначений и принимают участие в проведении групповой терапии в отделении, а также оказывают интенсивную помощь отдельным больным. **Патронажные психиатрические медсестры** проходят специальное обучение для оказания помощи людям по месту их проживания.

### Специалисты по трудотерапии

**Специалисты по трудотерапии** обладают специальными навыками, позволяющими справляться с несостоятельностью психически больных. Они помогают пациентам с острыми психическими заболеваниями восстановить уверенность в себе и способность взаимодействовать с другими людьми, раскрывают положительные качества больного и используют их, помогая также преодолеть несостоятельность. Кроме того, этих специалистов привлекают к оценке возможностей пациента в отношении «видов деятельности, необходимых в повседневной жизни» (сюда входят такие основные навыки самообслуживания, как умывание, одевание, приготовление пищи, пользование коммунальными услугами), в плане работы, отдыха и развлечений; занимаются они и выявлением психологических проблем путем использования «проективных техник», например изобразительного искусства и драмы. Особенно ценен их вклад в реабилитацию лиц с хроническими расстройствами; много пользы могут также принести специалисты по трудотерапии, занимающиеся проведением реабилитационных программ на дому у своих пациентов.

# 7 Лечение

В этой главе мы приведем *больше информации, чем необходимо для сдачи выпускных экзаменов*: чтобы успешно пройти это испытание, вполне достаточно знать показания к применению и побочные действия наиболее важных психотропных лекарственных препаратов, показания и противопоказания для электросудорожной терапии (ЭСТ) и ее побочные действия, а также иметь представление о различных типах психотерапии. Однако мы не приносим извинений за то, что предлагаем информацию в большем объеме, чем вам понадобится перед получением диплома, поскольку уверены: в дальнейшем вы снова и снова будете возвращаться к этой главе, когда у вас появятся пациенты, находящиеся под вашим наблюдением.

В психиатрии всегда необходимо продумывать лечение, имея в виду его **биологический, психологический и социальный** аспекты. Может показаться, что такой подход к лечению отличается от принятого в общей медицине, но на примере лечения эпилепсии можно проиллюстрировать эту модель:

**Биологические методы лечения:** противосудорожные средства, а также (при необходимости) фолиевая кислота.

**Психологические методы лечения:** поддерживающая психотерапия и успокаивающие объяснения по поводу диагноза и его значения для пациента; советы относительно того, как избегать психотравмирующих ситуаций и употребления алкоголя, если они провоцируют припадки; соответствующее лечение депрессии или тревоги, если эти состояния возникают.

**Помощь в решении социальных проблем:** консультирование по вопросам трудоустройства, управления автотранспортом, вступления в брак и планирования семьи; обучение членов семьи больного приемам оказания помощи при эпилептических припадках; при необходимости — содействие в оформлении инвалидности больному с эпилептическими припадками.

Не все врачи достаточно внимательны к психологическим и социальным аспектам лечения; некоторые недооценивают их значимость. Например, после мастэктомии нередко возникают тревога, депрессия и сексуальные проблемы, и в этих случаях пациенткам, как правило, хорошо помогает соответствующее лечение. Однако одни хирурги чаще, а другие — гораздо реже замечают эти симптомы у больных, перенесших операцию, и принимают меры для их устранения. Мы приводим отдельно сведения о биологических и психологических методах лечения. Некоторые формы социальной помощи включены в последний из этих двух разделов, тогда как другие виды ее зависят от местных ресурсов и потребностей конкретного больного: по этому вопросу вам следует всегда обращаться за советом к **медицинскому социальному работнику**.

## БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ: ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Хотя с незапамятных времен известно, что химические вещества могут вызывать изменения в сфере восприятия, когнитивных функций и в аффективной сфере, а также в значительной степени влиять на поведение человека, только в течение последних сорока лет использование лекарственных препаратов стало общепринятым в лечении психических расстройств. Применяемые в лечебных целях лекарственные средства относятся к двум основным категориям:

1. Препараты, непосредственно действующие главным образом на центральную нервную систему (ЦНС).
2. Препараты, которые оказывают на ЦНС опосредованное действие через влияние на другие системы организма.

В последней группе мы находим средства, которые первично действуют на сердечно-сосудистую, дыхательную, пищеварительную или эндокринную систему и таким образом могут корректировать гипоксические или метаболические нарушения в головном мозге (типичный пример — благотворное действие диуретиков при состоянии спутанности, вызванном интоксикацией вследствие сердечной недостаточности).

Однако мы ограничимся рассмотрением лекарственных средств, действующих преимущественно на центральную нервную систему (табл. 7.1). Дисциплина, изучающая такие средства, называется **нейрофармакологией**; ее разделом является **психофармакология**, в центре внимания которой находится действие лекарственных препаратов на поведение человека.

Существует два класса лекарственных средств — **избирательного и неизбирательного действия**. Препараты неизбирательного действия оказывают влияние на все нейроны головного и спинного мозга, либо снижая их возбудимость («депрессанты ЦНС»), либо повышая ее («стимуляторы ЦНС»). Препараты избирательного действия влияют толь-

ко на определенные группы нейронов или на определенные функции нервной системы.

Очевидно, что нейрофармакологические вещества должны обладать способностью преодолевать гематоэнцефалический барьер. Важным следствием этого является их свойство проникать и через другие липидные мембраны, например через плаценту: все лекарственные препараты центрального действия имеют доступ к плоду. Поэтому общее правило состоит в том, что следует избегать их назначения в первом триместре беременности и лишь с большой осторожностью применять на более поздних ее сроках (см. с.252–253).

В этой главе мы сосредоточимся на обсуждении лекарственных препаратов центрального действия, играющих важную роль в лечении психических расстройств.

## Барбитураты

Барбитураты оказывают общее (неизбирательное) угнетающее действие на ЦНС. В первой половине этого столетия они занимали ведущую позицию среди используемых в терапевтических целях

**Таблица 7.1.** *Классификация психофармакологических веществ*

### *I. Вещества неизбирательного действия*

#### **A. Депрессанты ЦНС общего действия**

1. Средства для ингаляционного наркоза (закись азота, эфир, галофен)
2. Алифатические спирты (этиловый спирт)
3. Барбитураты

#### **Б. Стимуляторы ЦНС общего действия**

1. Конвульсанты (стрихнин, пикротоксин)
2. Ксантины (кофеин)

### *II. Лекарственные препараты избирательного действия*

1. Противосудорожные средства (фенитоин, карбамазепин)
2. Мышечные релаксанты центрального действия (мефенезин)
3. Гипотензивные препараты центрального действия (клонидин)
4. Наркотические анальгетики (опиаты)
5. Обезболивающие жаропонижающие средства (аспирин)
6. Антипаркинсонические лекарственные препараты (L-ДОФА, антихолинергические препараты центрального действия)
7. Психофармакологические («психотропные») лекарственные препараты
  - а. Нейролептики (хлорпромазин, галоперидол)
  - б. Анксиолитики (бензодиазепины)
  - в. Антидепрессанты (имипрамин, фенелзин)
  - г. Психостимуляторы (амфетамин, кокаин)
  - д. Галлюциногены (LSD, псилоцибин)
  - е. Другие лекарственные препараты (литий, триптофан)



психоактивных веществ, однако за последние двадцать лет их применение стало очень ограниченным. В малых дозах эти препараты в некоторой степени обладают психостимулирующим действием и вызывают эйфорию. Однако в более высоких дозах они оказывают седативное действие, а при передозировке в конце концов приводят к коме.

Ко всем барбитуратам быстро развивается толерантность. Это означает, что при многократном и длительном приеме лекарственного препарата одна и та же его доза постепенно становится все менее и менее эффективной (либо для достижения того же эффекта требуется повышенная доза). Толерантность частично связана с **фармакокинетикой** (*толерантность, обусловленная распределением лекарственного вещества: метаболическое выведение барбитуратов становится более эффективным вследствие индукции микросомальных ферментов печени*), частично — с **фармакодинамикой** (*адаптация нервной ткани к наличию лекарственного вещества*). Очень важно следить за тем, чтобы по мере развития толерантности к снотворному действию лекарственного вещества это не сопровождалось увеличением количества препарата вплоть до летальных доз.

У больных, принимающих такие лекарственные вещества, может формироваться как психологическая, так и физическая зависимость; в этом случае отмена препарата сопровождается повышенной возбудимостью головного мозга, приводящей к развитию судорог. Поэтому при лечении бессонницы и тревоги барбитуратов следует избегать; лучше предпочесть более безопасные бензодиазепины (см. далее). Наркоманы часто злоупотребляют барбитуратами — особенно в сочетании с амфетаминами, поскольку барбитураты могут уменьшать вызываемое амфетаминами неприятное возбуждение, усиливая в то же время эйфорию. **Фенобарбитал** по-прежнему используется в лечебных целях как эффективное противосудорожное средство при генерализованных эпилептических припадках, а жирорастворимые барбитураты (например, тиопенталнатрий) употребляются для внутривенного наркоза. В психиатрии барбитураты, главным образом барбитамил, все еще находят некоторое ограниченное применение:

1. Для *отреагирования* (вызывание состояния помраченного сознания — обнубиляции, — при котором квалифицированный врач может выяснить у больного подавляемые психологически значимые сведения).

2. Для *стимуляции при ЭЭГ* (малая доза барбитуратов повышает амплитуду высокочастотных волн и может провоцировать появление признаков судорожной готовности моторных зон головного мозга).

## Противосудорожные средства

**Эпилепсия** является распространенным расстройством с психиатрическими осложнениями; поэтому больных, страдающих эпилепсией, часто направляют к психиатру, который должен хорошо знать принципы организации фармакологического лечения эпилепсии, быть осведомленным о побочных эффектах соответствующих лекарственных препаратов, а также о возможном взаимодействии между противосудорожными и другими психоактивными препаратами.

Хотя депрессанты ЦНС общего действия, например барбитураты, обладают противосудорожными свойствами, серьезным препятствием для их клинического применения является седативный эффект. Поэтому в арсенале средств, используемых при эпилепсии, из представителей этой группы остался только фенобарбитал, но и он способен создавать определенные проблемы, вызывая сонливость в дневное время и нарушение психомоторной деятельности. Идеальным было бы такое противосудорожное средство, которое оказывает избирательное действие на судорожный очаг, не затрагивая других областей центральной нервной системы. Ни одно из существующих средств не удовлетворяет этому требованию полностью: любое из них не только воздействует на очаг, но наряду с этим влияет и на другие нейроны, обычно предотвращая распространение эпилептического разряда на весь головной мозг.

### ФЕНИТОИН

**Фенитоин** (дифенилгидантоин) по своей химической структуре близок к барбитуратам. Будучи противосудорожным средством широкого спектра действия, он эффективен при всех типах эпилептических припадков, за исключением абсансов. При одной и той же дозе препарата могут отмечаться весьма значительные расхождения концентрации фенитоина в плазме крови у разных пациентов, поэтому данный параметр необходимо контролировать в процессе подбора клинически эффективной нетоксичной дозы препарата. Хотя фенитоин не обладает седативным действием, он вызывает некото-

рые другие побочные явления, описанные у больных, принимающих его в течение длительного времени:

1. Мозжечково-вестибулярные нарушения (атаксия, нистагм).
2. Психопатологическая симптоматика (интоксикационный делирий).
3. Симптомы со стороны пищеварительной системы (тошнота, рвота, понос, гиперпластический гингивит).
4. Нарушение кальциевого обмена, приводящее к остеомалации.
5. Мегалобластическая анемия.
6. Гирсутизм.
7. Припухлость десен.

Применяемые одновременно с фенитоином другие лекарственные средства могут оказывать влияние на его концентрацию в плазме крови:

1. Фенобарбитал и карбамазепин снижают концентрацию фенитоина в плазме крови вследствие индукции микросомальных энзимов печени.
2. Этиловый спирт повышает концентрацию фенитоина в плазме за счет снижения его инактивации.

#### КАРБАМАЗЕПИН

**Карбамазепин** по своей химической структуре близок к трициклическим антидепрессантам. Этот лекарственный препарат используется для устранения как генерализованных, так и парциальных судорожных припадков. Определение концентрации этого вещества в плазме крови помогает в процессе подбора адекватной дозы для приема *per os*. Карбамазепин обычно хорошо переносится; о токсическом действии свидетельствуют следующие симптомы: *диплопия, неясность зрения («пелена перед глазами»), сонливость, головокружение, атаксия, тошнота*. Наиболее тяжелым, хотя и редко встречающимся побочным эффектом является апластическая анемия; поэтому необходимо систематически следить за картиной крови. Карбамазепин используют также для профилактики рецидивов маниакально-депрессивных эпизодов, особенно у больных, резистентных к литию (см. с.88).

#### ВАЛЬПРОЕВАЯ КИСЛОТА

**Вальпроевая кислота** (вальпроат натрия) представляет собой кислоту с разветвленной карбоксильной цепью. Убедительно доказана эффективность ее применения при больших генерализованных припадках, миоклонически-атонических припадках и абсансах. При парциальных припадках (например, при височной эпилепсии) этот препарат менее эффективен. Считают, что действие вальпроевой кислоты заключается в том, что она *усиливает процессы торможения в ЦНС, медиатором которых служит ГАМК*.

#### ПРОИЗВОДНЫЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНА

Хотя противосудорожными свойствами обладает большинство **производных бензодиазепина**, для лечения эпилепсии чаще всего используют два препарата — клоназепам и диазепам. Это противосудорожные средства широкого спектра действия, эффективные при лечении большинства форм эпилепсии. Как диазепам, так и клоназепам в форме внутривенных инъекций являются препаратами первого выбора для лечения большого эпилептического статуса; клоназепам применяют при абсансах и миоклонических припадках у детей; диазепам можно использовать при алкогольном синдроме отмены для получения седативного эффекта и профилактики эпилептических припадков.

#### ЭТОСУКСИМИД

**Этосуксимид** является основным препаратом для лечения абсансов.

#### ЛАМОТРИГИН

**Ламотригин** — противосудорожное средство, действие которого, по-видимому, обусловлено тем, что этот препарат уменьшает выделение глутамата — активирующей аминокислоты. По сравнению с фенитоином ламотригин вызывает значительно меньше побочных явлений.

#### ВИГАБАТРИН

**Вигабатрин** — необратимый ингибитор энзима, расщепляющего ГАМК, которая является ингибирующей аминокислотой. Предполагают, что это усиливает ГАМК-ергическую нейротрансмиссию и запускает психотические реакции, представляющие собой хорошо известный побочный эффект. Эти нежелательные явления можно свести к минимуму путем тщательного подбора дозы.

## ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ

Современное лечение эпилепсии предполагает клиническую и электроэнцефалографическую идентификацию типа припадков, наблюдающихся у больного, выбор соответствующего лекарственного препарата и постоянный контроль за состоянием пациента, побочными действиями противосудорожного средства и его концентрацией в плазме крови. Особенно важно систематически проверять концентрацию фенитоина в сыворотке крови.

Необходимо стремиться к *монотерапии*, т.е. к обеспечению устранения припадков с помощью одного противосудорожного препарата. Следует избегать комбинации лекарственных средств из-за сложных фармакокинетических взаимодействий между ними; к тому же в этом случае при появлении побочных эффектов трудно определить, каким именно из применяемых препаратов они вызваны.

### Антипаркинсонические лекарственные препараты

Паркинсонизм — экстрапирамидный синдром, который состоит из триады симптомов, включающей *гипокинезию, мышечную ригидность и тремор*. Нейрохимически паркинсонизм можно определить как **синдром недостаточности дофамина в стриарной системе**. Он может быть вызван снижением дофаминергического влияния на полосатое тело, связанным с каким-либо из следующих факторов:

1. Разрушение nigro-стриарных проводящих путей: болезнь Паркинсона, постэнцефалитический паркинсонизм, отравление марганцем.
2. Истощение дофаминовых нейронов nigro-стриарной системы резерпином, тетрабеназином.
3. Блокада дофаминовых рецепторов в полосатом теле нейролептиками.

Из этой модели следует, что при лечении паркинсонизма должны давать положительный эффект **дофаминергические лекарственные препараты**, восстанавливающие функциональную целостность дофаминергической нейротрансмиссии в полосатом теле. Установлено, что **лекарственные средства антихолинергического действия** также могут смягчать явления паркинсонизма, чем подтверждается наличие функционального антагонизма между дофаминергическим и холинергическим влияниями в полосатом теле. Таким образом, антипаркинсонические препараты подразделяются на две главные группы:

1. Дофаминергические лекарственные препараты.
2. Антихолинергические лекарственные препараты центрального действия.

К дофаминергическим препаратам относятся:

1. *Способствующие высвобождению дофамина* (предшественник дофамина — L-ДОФА; стимулятор дофаминергической системы — мидантан).
2. *Дофаминомиметики* (например, апоморфин, бромокриптин).
3. *Препятствующие разрушению дофамина* (например, селегилин — центрально действующий ингибитор моноаминоксидазы В, который препятствует разрушению дофамина).

Среди этих лекарственных препаратов **L-ДОФА** играет ведущую роль в лечении паркинсонизма, обусловленного дегенерацией nigro-стриарной системы; остальные дофаминергические вещества являются вспомогательными. L-ДОФА обычно назначается вместе с периферическим ингибитором декарбоксилазы ароматической L-аминокислоты: его применение препятствует превращению L-ДОФА в дофамин на периферии, тем самым смягчая побочные периферические эффекты и давая возможность уменьшить дозу L-ДОФА. Прием L-ДОФА, а также (до некоторой степени) других препаратов, обладающих дофаминергической активностью, сопровождается серьезными побочными действиями на психическую сферу:

**Умеренно выраженные побочные явления** (тревога, бессонница; сонливость в дневное время) возникают очень часто, но со временем постепенно угасают.

**Выраженные побочные действия** отмечаются примерно у 15% больных, принимающих L-ДОФА; к ним относятся:

1. Острый органический психосиндром.
2. Аффективный психоз (депрессия, способная привести к самоубийству; гипоманиакальное состояние).
3. Параноидный психоз.

Антихолинергические препараты центрального действия быстро проникают через гематоэнцефалический барьер и могут эффективно блокировать центральные мускариновые рецепторы при относительно слабом воздействии на периферические. Эти лекарственные средства находят лишь ограниченное применение в лечении паркинсонизма, возникающего в результате дегенерации nigro-стриарной систе-

мы, но являются препаратами выбора при лечении паркинсонизма, вызванного нейролептиками. Во втором случае симптомы паркинсонизма представляют собой следствие блокады дофаминовых рецепторов полосатого тела нейролептиками, и потому дофаминергические препараты (действие которых основано на активации этих рецепторов) неэффективны. К наиболее часто применяемым антихолинэргическим препаратам центрального действия относятся **циклодол, бензтропин, проциклидин и орфенарин**. Их можно применять для смягчения проявлений паркинсонизма, обусловленного приемом нейролептиков, а инъекционный проциклидин может ослаблять симптомы *острых дистонических реакций*, вызванных действием нейролептиков.

*Следует избегать рутинного применения этих препаратов*, поскольку они могут снижать эффективную концентрацию нейролептика в организме, а также ускорять развитие поздней дискинезии. Они вызывают те же *побочные явления*, что и атропин: сухость во рту, паралич аккомодации, запоры, задержка мочи; при повышенной чувствительности к препарату или в случае приема больших доз может развиваться *атропинный психоз* (интоксикационный делирий).

У некоторых людей антихолинэргические препараты вызывают *эйфорию*, поэтому возможно злоупотребление ими.

## Нейролептики

Термин **нейролептик** ввели в 1952 году Delay и Deniker для описания характерной картины седации («нейролептический синдром»), вызываемой этими препаратами: *психомоторная замедленность, эмоциональное успокоение и аффективная индифферентность без какого-либо помрачения сознания и (или) атаксии*.

Эти лекарственные препараты называют также «большими транквилизаторами» или «антипсихотическими средствами». Первое наименование используют для того, чтобы отличать их от малых транквилизаторов — бензодиазепинов, — которые обладают снотворным действием. Термин «антипсихотический» отражает их способность оказывать целенаправленное действие на некоторые симптомы психотических состояний, например галлюцинации, бредовые идеи и расстройства мышления. Седативное и антипсихотическое действия могут проявляться отдельно: в то время как к седативному действию развивается толерантность, с антипсихотическим действием дело обстоит иначе. В табл. 7.2 приводится классификация нейролептических препаратов.

Нейролептики, относящиеся к разным классам, имеют общий механизм действия: они *блокируют*

**Таблица 7.2. Классификация нейролептиков**

- 
- I. Трициклические нейролептики*
- А. Производные фенотиазина
    - 1. С алифатической боковой цепью (например, хлорпромазин)
    - 2. С пиперидиновой боковой цепью (например, тиоридазин)
    - 3. С пиперазиновой боковой цепью (например, трифлуоперазин)
  - Б. Производные тioxантена
    - Например, флупентиксол, клопентиксол
  - В. Производные азепина
    - 1. Дибензоксапины (например, локсапин)
    - 2. Дибензодиазепины (например, клозапин)
- II. Производные бутилперидина*
- А. «Бутирофеноны» (фенилбутилперидины)
    - Например, галоперидол, дроперидол, спироперидол
  - Б. Дифенилбутилперидины
    - Например, пимозид, флушпирилен
- III. Другие гетероциклические соединения*
- А. Индолы
    - Например, оксипертин
  - Б. Замещенные бензамины
    - Например, сульпирид
- IV. Алкалоиды раувольфии*
- Например, резерпин
-

передачу импульса через дофаминергические синапсы. Большинство нейролептиков достигают этого благодаря своей способности блокировать постсинаптические дофаминовые рецепторы, тогда как алкалоиды раувольфии наряду с некоторыми синтетическими лекарственными препаратами (такими как тетрабеназин) нарушают дофаминергическую трансмиссию, обладая свойством истощать пресинаптические запасы дофамина (а также норадреналина и серотонина). Таким образом, центральное действие нейролептиков связано с четырьмя зонами головного мозга, где располагаются дофаминергические синапсы и, следовательно, дофаминовые рецепторы:

1. **Лимбическая система и новая кора.** Нейроны среднего мозга, содержащие дофамин, имеют связь с лимбической системой («мезолимбический проводящий путь») и некоторыми участками префронтальной зоны коры головного мозга («мезокортикальный проводящий путь»). Считают, что антипсихотическое действие нейролептиков базируется на блокаде дофаминовых рецепторов в этих местах.
2. **Полосатое тело.** Нейроны, содержащие дофамин в компактной части черной субстанции, имеют связь с полосатым телом («нигро-стриарный проводящий путь»). Полагают, что в основе паркинсонизма, вызываемого нейролептиками, лежит блокада дофаминовых рецепторов полосатого тела.
3. **Гипоталамус.** Дофаминсодержащие нейроны дугообразного ядра имеют связь с ножкой гипофиза («туберо-инфундибулярный проводящий путь»). Предполагается, что гиперпролактинемия, вызываемая нейролептиками, обусловлена блокадой дофаминовых рецепторов ножки гипофиза.
4. **Ствол головного мозга.** Дофаминовые рецепторы обнаружены в нижней части ствола головного мозга, которая находится за пределами гематоэнцефалического барьера («триггерная зона хеморецепторов»). Нейроны этой области имеют связи с дорсальным ядром блуждающего нерва, поэтому их стимуляция может вызывать рвоту. Считают, что противорвотное действие нейролептиков основано на блокаде дофаминовых рецепторов в триггерной зоне хеморецепторов.

В психиатрической практике имеется три главных показания к применению нейролептиков:

1. **Необходимость быстро купировать возбуждение у больного.** Инъекция мощного нейролептика кратковременного действия (например, дроперидол) может быть очень эффективной.
2. **Лечение острых психотических состояний.** Психозы — как органические (включая большинство состояний, вызванных употреблением психоактивных веществ), так и функциональные (острая шизофрения, маниакально-депрессивный психоз) — могут реагировать на лечение нейролептиками. Помимо снятия психомоторного возбуждения, эти препараты помогают устранить специфические «психотические» симптомы (галлюцинации, бред, расстройства мышления). По мере того как психопатологическая симптоматика угасает, больной более адекватно реагирует на окружающую среду и становится восприимчивым к другим формам лечения (например, терапия занятостью и социальная терапия).
3. **Поддерживающее лечение** при хронических и рецидивирующих психотических состояниях. Эта форма лечения особенно важна при шизофрении, поскольку при этом заболевании психопатологическая симптоматика может присутствовать постоянно или рецидивировать на протяжении многих лет. Поддерживающее лечение помогает контролировать психотические симптомы, поддерживать социальное функционирование больного на оптимальном уровне и предотвращать повторные острые психотические эпизоды.

Выбор лекарственного препарата и способа его введения в организм зависит от показаний и клинических проявлений у каждого конкретного больного. Для лечения острых психозов в условиях стационара могут использоваться пероральные лекарственные формы, в том числе сиропы.

**Хлорпромазин** — самый старый и наиболее известный представитель фенотиазинов — в большинстве случаев является наиболее надежным препаратом выбора. **Тиоридазин** обладает более выраженными антихолинэргическими и антиадренэргическими побочными действиями, но реже вызывает экстрапирамидные нарушения — вероятно, благодаря «встроенному» центральному антихолинэргическому противопаркинсоническому свойству.

**Трифлуоперазин, галоперидол и пимозид** — мощные нейролептики: они не обладают седативным действием и почти не дают побочных явлений

со стороны вегетативной нервной системы, но могут вызывать тяжелые экстрапирамидные синдромы. В амбулаторных условиях эти лекарственные средства можно использовать в малых дозах при лечении **хронических параноидных состояний**. Хотя препараты в таблетированной форме пригодны для длительного поддерживающего лечения, обычно для этой цели предпочитают инъекции депо-препарата, поскольку они позволяют гарантировать, что больной регулярно получает необходимое лечение. Депо-препараты обычно представляют собой только инъекционные формы в виде масляных растворов сложных эфиров (деканоаты или энантаты) лекарственных веществ; активное лекарственное вещество постепенно высвобождается из места инъекции в кровяное русло. Существуют инъекционные формы депо для **флуфеназина, флупентиксола, галоперидола и флуспирилена**. Инъекцию делают один раз через каждые четыре недели, обычно в «клинике для лечения депо-препаратами» или на дому у больного.

Терапевтическое действие **клозапина**, по-видимому, существенно отличается от оказываемого другими антагонистами дофаминовых рецепторов. По достоверным сведениям, этот препарат эффективен в случаях, резистентных к терапии остальными нейролептиками. К несчастью, он может давать крайне опасный побочный эффект, который выражается в подавлении деятельности костного мозга и может привести к смерти. Клозапин можно получить лишь после того, как пациент и психиатр сначала регистрируются в Центральной службе наблюдения за состоянием больных. Определенная доза выдается еженедельно только при условии, что этой службой получен анализ крови; если в трех последовательно взятых пробах крови отмечается снижение количества лейкоцитов — лечение прекращают.

Существует большая заинтересованность в создании на основе клозапина новых нейролептических лекарственных препаратов. Однако задача осложняется тем, что он обладает многими действиями, и не установлено, какое из них (или какая их комбинация) ответственно за его особый терапевтический эффект. Данные исследований в области молекулярной биологии свидетельствуют о существовании по меньшей мере пяти подтипов дофаминовых рецепторов. Полагают, что общепринятые нейролептики действуют путем блокирования  $D_2$ -дофаминовых рецепторов. С помощью современных методов построения изображений головного мозга было показано, что при рекомендуемых дозах нейролептиков достигается почти полное

заполнение рецептора. С этим согласуются данные клинических испытаний, подтверждающие, что высокие терапевтические дозы таких препаратов не несут в себе дополнительной опасности по сравнению с обычно применяемыми. Антипсихотическое действие клозапина несоразмерно его сродству с рецепторами  $D_2$ . Однако этот лекарственный препарат необычен в том отношении, что он обладает значительным сродством с рецепторами  $D_4$ . Рецепторы  $D_4$  сосредоточены в мезолимбических зонах головного мозга, а в базальных ганглиях их, напротив, мало. Последним обстоятельством может объясняться тот факт, что побочные действия препарата в форме экстрапирамидных расстройств и поздней дискинезии развиваются редко, тогда как его антипсихотическая активность, вероятно, обусловлена антагонизмом к рецепторам  $D_4$ .

Нейролептики — относительно безопасные лекарственные средства: они имеют высокий терапевтический индекс (выражаемый отношением токсической дозы к терапевтической), а поскольку кривая зависимости «доза — эффект» неглубокая, то диапазон доз, в которых они могут назначаться, довольно широк. Редко встречающимся, но серьезным осложнением является **злокачественный нейролептический синдром**. Это — наряду с побочными действиями и взаимодействиями нейролептиков с другими лекарственными веществами — отражено в табл. 7.3.

## АНКСИОЛИТИКИ

Для лечения тревоги используются фармакологические препараты, относящиеся к трем основным группам: антидепрессанты, бензодиазепины и бета-блокаторы. Антидепрессанты будут более подробно рассмотрены далее. Они оказывают противотревожное действие даже при отсутствии отчетливых признаков депрессии. Как антидепрессивное, так и противотревожное действие проявляется через одну-две недели после начала приема препарата, поэтому лечение необходимо продолжать, по крайней мере, в течение нескольких недель, прежде чем можно будет оценить выраженность терапевтического эффекта.

Более старые антидепрессанты, такие как кломипрамин и амитриптилин, обладают седативными свойствами, что дает преимущества при лечении возбуждения и бессонницы у тревожных больных. Тразодон также оказывает полезное седативное и снотворное действие. Имеются достоверные сведения о том, что лекарственные препараты, действу-

**Таблица 7.3. Побочные действия нейролептиков**

*Побочные явления со стороны центральной нервной системы*

Экстрапирамидные синдромы	Паркинсонизм	Гипокинезия, мышечная ригидность и тремор, которые облегчаются антихолинергическими лекарственными препаратами центрального действия
	Акатизия	«Неспособность спокойно усидеть на месте», чувство внутреннего беспокойства и компенсаторная шаркающая походка
	Острые дистонические реакции; окулогирные кризы	Спастические сокращения мышц шеи и плечевого пояса; облегчаются инъекциями проциклидина
	Поздняя дискинезия (позднее начало)	Высовывание языка и его быстрые движения, жевательные и латеральные движения челюсти, сжимание губ, гримасничанье, генерализованная хорей
	Злокачественный нейролептический синдром	Мышечная ригидность, гипертермия и кома (чрезвычайно выраженная блокада дофаминовых рецепторов: возможен смертельный исход); лечение бромкриптином (стимулятор дофаминовых рецепторов) и дантроленом (мышечный релаксант)
Снижение порога судорожной готовности моторных зон головного мозга	Эпилептические припадки	

*Побочные явления со стороны центральных отделов вегетативной нервной системы*

Нарушение терморегуляции	Охлаждение тела при низкой температуре окружающей среды → опасная гипертермия тела при высокой температуре окружающей среды → тепловой удар
Ортостатическая гипотензия	Частично центрального происхождения (см. ниже)

*Осложнения со стороны эндокринной системы*

Гиперпролактинемия	Галакторея, гинекомастия, импотенция и бесплодие
Снижение концентрации гонадотропинов, эстрогенов и прогестерона	Аменорея и бесплодие

*Осложнения со стороны психики*

Апатия, усталость, отсутствие инициативы	(Сходство с хронической шизофренией!)
Нарушение формулы сна и бодрствования	
Депрессия	
Острый (мозговой) органический психосиндром («атропиновый психоз»)	Особенно мощные антихолинергические лекарственные препараты (такие как тиоридазин)

*Побочные явления со стороны периферических отделов вегетативной нервной системы (производные фенотиазина > производные бутирофенона)*

Блокада мускариновых рецепторов	Паралич аккомодации, сухость во рту, запоры, задержка мочи
Блокада α <sub>1</sub> -адреноцепторов	Сужение зрачков, ортостатическая гипотония, заложенность носа, нарушение эякуляции

**Окончание табл. 7.3**

<i>Аллергические реакции</i>		
	Застойная желтуха	
	Патологические изменения крови	Агранулоцитоз
	Аллергические кожные реакции	Крапивница, дерматит
<i>Кожные реакции</i>		
	Контактный дерматит	Развивается у медицинских сестер, работающих с инъекционными растворами производных фенотиазина
	Повышенная чувствительность к солнечному свету	Создает проблемы в регионах с солнечным климатом
	Пятна повышенной пигментации (при длительном приеме препарата)	
<i>Взаимодействия лекарственных препаратов</i>		
	Блокада захвата лекарственного вещества в периферических норадренергических нейронах	Ингибция гипотензивного действия гуанетидина  Потенцирование действия седативных препаратов (включая этиловый спирт и опиаты)

ющие на систему 5-гидрокситриптамина (5НТ), — например, кломипрамин и новые специфические блокаторы обратного захвата серотонина — особенно эффективны при паническом расстройстве. Производные бензодиазепамина оказывают непосредственное противотревожное действие, однако к ним нередко развивается толерантность, и в этом случае при отмене препарата вероятно обострение болезненного процесса. Бета-блокаторы эффективны при тревожных состояниях, особенно сопровождающихся соматическими симптомами.

**ПРОИЗВОДНЫЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНА**

Эти лекарственные препараты называют также «малыми транквилизаторами»; они эффективно снижают уровень патологической тревоги, уменьшают чувство внутреннего напряжения и ажитацию, не оказывая общего угнетающего действия на центральную нервную систему (в отличие от барбитуратов). Они также не обладают антипсихотическим действием (в отличие от нейролептиков).

Механизм действия производных бензодиазепамина тесно связан с ГАМК-опосредованной ингибцией в центральной нервной системе. Специфические сайты связывания бензодиазепинов

(«бензодиазепиновые рецепторы») выявлены в большинстве отделов спинного мозга и ствола головного мозга; наиболее высокие концентрации были обнаружены в новой коре головного мозга, лимбической системе и мозжечке. Бензодиазепиновый рецептор тесно связан с рецептором ГАМК («ГАМК-бензодиазепиновый рецепторный комплекс»), а активация бензодиазепинового рецептора приводит к потенцированию ГАМК-медиаторных реакций. Предполагается, что противотревожное действие опосредовано усилением ГАМК-медиаторной ингибции 5-гидрокситриптамина — и нейронов, содержащих норадреналин. Считают, что функция нейронов, содержащих моноамины, важна в опосредовании подавления определенных форм поведения и повышенного возбуждения, связанного с реакциями страха. Подобным же образом усиление ГАМК-опосредованной ингибции нейронов в определенных нейронных путях связано с противосудорожным и центральным мышечно-релаксирующим действиями производных бензодиазепамина.

Каждый препарат, принадлежащий к данной группе, обладает (в большей или меньшей степени) пятью важными фармакологическими действиями, к которым относятся:



1. Противотревожное (анксиолитическое).
2. Снотворное.
3. Мышечно-релаксирующее.
4. Противосудорожное.
5. Вызывающее амнестические расстройства.

**Анксиолитическое действие** используется для лечения тревожных состояний. Хотя эти лекарственные средства эффективны (и относительно безвредны) при кратковременной ситуационно обусловленной тревоге, их применение для лечения тревожного невроза является более спорным. В настоящее время рекомендуется назначать их лишь на ограниченный срок (две — четыре недели); за этот период больной станет более восприимчивым к другим видам лечения (например, к бихевиоральной или социальной терапии). Следует избегать длительного применения этих препаратов из-за возможного развития толерантности и зависимости. **Диазепам**, препарат длительного действия, больше подходит для лечения устойчивой выраженной тревоги, тогда как препараты более кратковременного действия (например, **лоразепам**, **оксазепам**) можно использовать при эпизодически возникающей или ситуационно обусловленной тревоге.

Несколько производных бензодиазепина удовлетворяют требованиям, предъявляемым к **снотворным** средствам: **темазепам** является лекарственным препаратом короткого действия, способным *вызывать сон, почти не оставляя тягостных последствий в дневное время*, а препараты более длительного действия, такие как **диазепам**, **нитразепам** и **флуразепам**, не только *облегчают засыпание*, но и *поддерживают сон на протяжении всей ночи*.

**Диазепам** используется в качестве эффективного **мышечного релаксанта** для устранения спастических состояний, а **диазепам** и **клоназепам** — признанные **противосудорожные средства** (см. с.76).

Некоторые производные бензодиазепина (например, **диазепам**, **лоразепам**, **мидазолам**) могут вызывать **антероградную амнезию**; это свойство лекарственных препаратов используется для проведения премедикации перед дачей наркоза, а также при малых хирургических вмешательствах или определенных манипуляциях, связанных с диагностическими исследованиями (например, в стоматологической практике; при эндоскопии).

Почти все **побочные эффекты** производных бензодиазепина связаны с их воздействием на центральную нервную систему. Седативный эффект, сонливость в дневное время, нарушение психомо-

торных функций могут возникать как в процессе лечения тревоги, так и при использовании препаратов данной группы в качестве снотворных длительного действия («эффект похмелья»). Редко встречающимися, но неприятными осложнениями являются повышенная враждебность и агрессивное поведение. Были сообщения о случаях формирования физической зависимости, особенно при длительном приеме бензодиазепиновых препаратов в больших дозах.

Часто наблюдаются **симптомы отмены** — более тяжелые после приема мощных препаратов кратковременного действия (например, **лоразепам**), чем в случаях, когда больной получал лекарственные средства длительного действия (например, **диазепам**). К симптомам отмены относятся тревога, бессонница, дисфория, анорексия; изредка наблюдаются более тяжелые последствия (выраженная агитация, панические атаки, депрессия, бредовые идеи, галлюцинации, судороги). **Триазолам** — бензодиазепин короткого действия — изъят из употребления в связи с непрерывными сообщениями о случаях амнезии и симптомах отмены. Для устранения перечисленных явлений может понадобиться несколько недель; при этом нужно убеждать больных терпеливо переносить такое состояние, поскольку это необходимо, чтобы избавиться от лекарственной зависимости. Передозировка бензодиазепиновых препаратов относительно безопасна; однако их одновременный прием с депрессантами центральной нервной системы (этиловый спирт, барбитураты) может привести к летальному исходу.

## Антидепрессанты

Эти лекарственные препараты эффективны при лечении неврозов, включая депрессивные и обсессивно-компульсивные расстройства. Существует две основных группы антидепрессантов: **ингибиторы обратного захвата**, действующие путем блокирования обратного захвата моноаминов в синаптической щели, и **ингибиторы MAO**, которые тормозят разрушение моноаминов путем ингибирования фермента моноаминоксидазы; кроме того, есть небольшая группа атипичных лекарственных препаратов, обладающих антидепрессивными свойствами.

### ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА

Основным фармакологическим действием препаратов этой группы является торможение активного обратного захвата моноаминов в пресинапти-

ческие нервные окончания. Обратный захват моноаминов в нервные окончания — обычный механизм устранения эффектов моноаминов, выделенных нервным окончанием в синаптическую щель. Блокирование сайта обратного захвата приводит к накоплению моноаминов в синапсе. Однако понятно, что это не может быть единственным механизмом действия антидепрессантов. Моноаминовые нейроны чувствительны к концентрации моноаминов вокруг нервных окончаний и дендритов, которую они выявляют с помощью расположенных на их поверхности моноаминовых рецепторов, называемых ауторецепторами. Таким образом, когда внеклеточная концентрация моноаминов начинает повышаться вследствие блокады обратного захвата, ауторецепторы нервных окончаний подавляют дальнейшее высвобождение моноаминов, а ауторецепторы дендритов снижают скорость «сжигания» моноаминов. Это эффективно нейтрализует повышение содержания моноаминов в синапсах. Полагают, что ауторецепторы могут десенсибилизировать нейроны, так что у них вырабатывается толерантность к более высоким концентрациям моноаминов в синапсе и вокруг дендритов. Процесс десенсибилизации требует определенного времени, и этим можно объяснить замедленный терапевтический эффект ингибиторов обратного захвата. Помимо того что эти лекарственные вещества ингибируют обратный захват моноаминов, они также являются антагонистами некоторых постсинаптических моноаминовых рецепторов, включая  $\alpha$ -рецепторы и некоторые подтипы 5HT-рецепторов. Это может иметь отношение к их терапевтическому эффекту: вероятно, они действуют, корректируя нарушенное равновесие между  $\alpha$ - и  $\beta$ -норадренергической нейротрансмиссией или между разными подтипами 5HT-рецепторов.

Ингибиторы обратного захвата делятся на три основные группы. В первую (более старую) входят препараты, действующие как на норадреналин, так и на серотонин, во вторую — действующие преимущественно на норадреналин, в третью — ингибирующие обратный захват исключительно серотонина:

1. Среди смешанных ингибиторов обратного захвата моноаминов большинство составляют более старые лекарственные препараты; сюда относятся такие трициклические антидепрессанты, как **кломипрамин**, **амитриптилин** и **имипрамин**.
2. К ингибиторам обратного захвата норадреналина относятся такие лекарственные препараты, как **протиаден**, **лофепрамин** и **мапротилин**.

3. К селективным ингибиторам обратного захвата серотонина относятся такие лекарственные препараты, как **флуоксетин**, **флувоксамин** и **пароксетин**.

**Смешанные ингибиторы обратного захвата моноаминов**, или трициклические антидепрессанты, вошли в клиническую практику почти тридцать лет назад и с тех пор сохраняют ведущие позиции среди антидепрессантов. Существует огромное количество трициклических антидепрессантов, доступных в настоящее время. **Имипрамин** — базовое лекарственное средство этой группы, подтвердившее свою эффективность. **Дезипрамин** по сравнению с имипрамином в меньшей степени обладает седативным эффектом и оказывает более выраженное симпатомиметическое действие. **Амитриптилин** — широко применяемый, высокоэффективный препарат, обладающий заметным седативным действием, а также периферическим антимускариновым и адренолитическим свойствами. **Кломипрамин**, как утверждают, эффективен при обсессивных состояниях. Некоторые из побочных действий смешанных ингибиторов обратного захвата моноаминов можно отнести за счет их антагонизма не только к постсинаптическим рецепторам моноаминов, но также к ацетилхолиновым и гистаминным рецепторам. Считают, что блокада центральных  $\alpha_1$ -адреноцепторов, мускариновых и гистаминных рецепторов ответственна за седативное действие трициклических антидепрессантов; блокада этих рецепторов на периферии приводит к характерным побочным явлениям со стороны вегетативной нервной системы. Побочные действия антидепрессантов подытожены в табл. 7.4.

**Ингибиторы обратного захвата норадреналина** были созданы в результате попыток изолировать ингибицию обратного захвата от многих других фармакологических свойств смешанных ингибиторов обратного захвата моноаминов. У лекарственных препаратов избирательного норадренергического действия менее выражены седативные свойства (по сравнению со смешанными ингибиторами обратного захвата моноаминов), а препараты, появившиеся в последнее время, не имеют побочных антихолинергических эффектов.

Созданы более мощные селективные **ингибиторы обратного захвата серотонина**, почти лишённые других фармакологических действий, у них отсутствуют также побочные эффекты, перечисленные в табл. 7.4. Эти препараты вызывают три основных побочных явления. В самом начале лечения выражена тошнота, но примерно за неделю она прохо-

Таблица 7.4. Побочные действия антидепрессантов

<i>Неврологические побочные явления центрального происхождения</i>	
Снижение порога судорожной готовности моторных зон головного мозга	Мелкоразмашистый статический тремор Судороги
<i>Побочные явления со стороны периферических отделов вегетативной нервной системы</i>	
Антимускариновые	Паралич аккомодации, расширение зрачков; тахикардия; запоры; задержка мочи
Симпатомиметические (обусловленные блокадой обратного захвата норадреналина)	Расширение зрачков; тахикардия
Адренолитические (блокада $\alpha_1$ -адреноцепторов)	Сужение зрачков; ортостатическая гипотензия; заложенность носа; затрудненная эякуляция
<i>Побочные явления со стороны сердечно-сосудистой системы</i>	
Ослабление сократимости сердечной мышцы	Тахикардия Ортостатическая гипотензия
	Аритмии
Сильнодействующие антихолинергические препараты, подобные amitриптилину	Сниженный сердечный выброс
<i>Побочные явления со стороны психики</i>	
Аллергические реакции (относительно редкие)	Гипоманиакальное состояние Параноидно-галлюцинаторные состояния
	Острый (мозговой) органический психосиндром («атропиновый психоз»)
	Застойная желтуха Патологические изменения в крови Аллергические дерматиты

дит. Вторым важным побочным эффектом — отсутствие оргазма как у мужчин, так и у женщин. Кроме того, в первую неделю лечения может наблюдаться проходящее обострение симптомов тревоги. Важное преимущество этих лекарственных средств заключается в том, что из всех антидепрессантов лишь они не вызывают увеличения массы тела. Они не кардиотоксичны, а их передозировка не опасна.

#### ИНГИБИТОРЫ МОНОАМИНОКСИДАЗЫ

Антидепрессивное действие этих лекарственных препаратов связано непосредственно с их главным фармакологическим действием — ингибированием фермента моноаминоксидазы: угнетение ферментативной активности приводит к повышенной концентрации церебральных моноаминов, которые корректируют нейрохимическую недостаточность, лежащую в основе депрессивного заболевания (подробнее о моноаминовой теории аффективных рас-

стройств см. на с.172). Более старые ингибиторы MAO вступают в необратимую связь с ферментами. В клинической практике используются три таких препарата — **фенелзин**, **транилципромин** и **изокарбоксазид**. Применяются они главным образом в следующих случаях:

1. В качестве *препарата второго выбора*, если депрессивное состояние у больного не поддается лечению трициклическими антидепрессантами.
2. Для лечения некоторых *атипичных форм депрессии*, характеризующихся такими особенностями, как «обратные суточные колебания настроения», увеличение массы тела либо демонстративные или ипохондрические черты.
3. Для лечения *фобических тревожных состояний*, при которых они так же эффективны, как трициклические антидепрессанты. После отмены препарата часто возникает рецидив заболевания.
4. При *нарколепсии*.

Все эти препараты потенциально токсичны и нередко дают тяжелые **побочные эффекты**, к которым относятся чрезмерная стимуляция центральной нервной системы (ажитация, гипоманиакальное состояние, судороги), ортостатическая гипотензия (возможно, обусловленная блокадой симпатического ганглия); гепатоцеллюлярная желтуха (редкая, но тяжелая аллергическая реакция).

**Взаимодействие ингибиторов МАО с другими веществами** иногда приводит к серьезным последствиям, которые можно разделить в основном на два типа:

1. Потенцирование действия **предшественников моноаминовых медиаторов** (например, L-ДОФА) и симпатомиметических аминов непосредственного действия (например, тирамин, амфетамины). Потенцирование действия симпатомиметических аминов может вызывать гипертонические кризы (как при «**реакции на сыр**», развивающейся после употребления пищевых продуктов, содержащих тирамин, в частности сливочного сыра, бобов, маринованной сельди, плодов авокадо, экстрактов из мяса и дрожжей, вин типа кьянти).
2. **Ингибция детоксикации** ряда лекарственных и других веществ (барбитуратов, этилового спирта, антихолинергических препаратов центрального действия, трициклических антидепрессантов).

#### ОБРАТИМЫЕ ИНГИБИТОРЫ МОНОАМИНОКСИДАЗЫ

**Меклобамид** — первый из препаратов этого класса, но в настоящее время их становится все больше. В противоположность более старым ингибиторам МАО обратимые ингибиторы МАО являются конкурирующими антагонистами энзима моноаминоксидазы типа А. Это означает, что лечение трициклическими и другими антидепрессантами можно начинать через один — два дня после отмены меклобамида. Сравнительная клиническая эффективность обратимых ингибиторов МАО пока не установлена четко, и в этом направлении еще предстоит провести соответствующие исследования. Меклобамид обладает минимальным седативным и антихолинергическим побочными действиями. Он не вызывает «реакции на сыр», потому что является селективным ингибитором МАО типа А, оставляющим МАО типа В для метаболизирования тираминов, содержащихся в пище.

#### АТИПИЧНЫЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ

**Тразодон и миансерин** — седативные антидепрессанты, которые в значительной степени угнетают обратный захват моноаминов. Они являются антагонистами рецепторов  $5HT_2$ , но неясно, имеет ли это какое-либо отношение к их антидепрессивному действию. На первый взгляд кажется, что наличие антагонизма между серотонином и  $5HT$ -рецепторами находится в противоречии с основным действием селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и, следовательно, является антитерапевтическим. Тем не менее возможно, что во время функционирования оба действия направлены на корригирование нарушенного равновесия между рецепторами подтипов  $5HT_2$  и  $5HT_1$ . Тразодон и миансерин блокируют также  $\alpha$ -норадренергические ауторецепторы. Это содействует высвобождению норадреналина, что является еще одним возможным механизмом действия. Ни один из этих препаратов не находит широкого применения, а миансерин вызывает патологические изменения в крови.

**Буспирон** имитирует действие рецепторов  $5HT$  и  $5HT_{1A}$ . Он эффективен при генерализованной тревоге, но не при паническом расстройстве. Буспирон, по-видимому, обладает слабым антидепрессивным действием, которое представляет только теоретический интерес. Считают, что нацеленность на рецептор  $5HT_{1A}$  может быть перспективной с точки зрения создания новых антидепрессантов.

#### ТРИПТОФАН

Триптофан является аминокислотой — предшественником 5-гидрокситриптамина. Считают, что прием триптофана приводит к повышенному синтезу гидрокситриптамина в головном мозге, что, в свою очередь, способствует пополнению его запасов в пресинаптических нервных окончаниях. Антидепрессивные свойства триптофана выражены слабо, и его обычно назначают в качестве дополнительного средства для повышения эффективности трициклических антидепрессантов или ингибиторов моноаминоксидазы в случаях терапевтически резистентной депрессии. Этому препарату приписывали вспышку опасного синдрома эозинофильной миалгии, хотя ее истинной причиной, вероятно, послужила загрязненная посторонними примесями партия лекарства, поступившая от одного производителя. Как бы там ни было, после этого инцидента триптофан отпускается строго по рецепту врача.

## ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

Лечебное действие антидепрессантов проявляется постепенно, обычно через одну — три недели после начала приема, поэтому при тяжелой, с затяжным течением или психотической депрессии может быть целесообразно прибегнуть к более быстродействующему методу лечения (например, к ЭСТ). Важно назначать терапевтически эффективную дозу, причем в процессе ее подбора, как правило, полезно определять концентрацию препарата в плазме крови. Рекомендуется продолжать терапию антидепрессантами и при наступлении ремиссии — ввиду повышенного риска рецидива в течение первых шести — двенадцати месяцев после депрессивного эпизода.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНАЯ ДЕПРЕССИЯ

Лечение антидепрессантами, ингибирующими обратный захват, необходимо продолжать не менее шести недель, чтобы терапевтический эффект проявился в полной мере: только тогда его можно будет оценить. Если достигнуто лишь частичное улучшение, то присоединение лития (см. далее) может потенцировать действие антидепрессанта. Эффективность такого сочетания доказана. При использовании лития в сочетании с селективными ингибиторами серотонина требуется осторожность в связи с риском (хотя и очень небольшим) угнетения ЦНС, появления миоклонических подергиваний и гипотермии.

Более активную сочетанную терапию лучше проводить в стационарных условиях. Сочетание ингибитора моноаминоксидазы, лития, а также предшественника 5НТ — триптофана — пропагандировалось некоторыми ведущими специалистами.

## Психостимуляторы

В норме у человека эти лекарственные препараты повышают уровень бодрствования, стимулируют умственную деятельность и уменьшают чувство утомления. К двум основным классам психостимуляторов относятся **амфетамины** и **кокаин**; **ксантины** (например, кофеин) определяются как неселективные стимуляторы ЦНС (см. табл. 7.1). Как амфетамины, так и кокаин реализуют свое стимулирующее действие путем усиления действия моноаминов на центральную нервную систему: амфетамин высвобождает и норадреналин, и дофамин (а также — при более высоких дозах — 5-гидроксит-

рифтамин) из запасов пресинаптических нервных окончаний; кокаин блокирует (обратный) захват норадреналина. Эти препараты обладают, кроме того, мощным симпатомиметическим действием. Из всех лекарств терапевтическое применение имеют только амфетамины.

## АМФЕТАМИНЫ

Наиболее важными препаратами данной группы являются:

1. Амфетамин.
2. Метамфетамин.
3. Метилфенидат.
4. Фенфлурамин.

Помимо психостимулирующего действия и способности в значительной мере снимать утомление эти лекарственные препараты обладают также анорексическими свойствами (т.е. угнетают аппетит), однако не применяются при лечении ожирения из-за неэффективности и в связи с возможностью развития зависимости от них.

До появления трициклических антидепрессантов амфетамин был наиболее популярным препаратом для лечения депрессии. В настоящее время клиническое применение лекарственных средств этой группы ограничено следующими показаниями:

1. **Нарколепсия** (сохранение состояния бодрствования).
2. **Гиперкинетические расстройства у детей** (парадоксальное «успокаивающее» действие амфетамина и метилфенидата).
3. **Ночное недержание мочи** (частично — возбуждающее действие на центральную нервную систему, частично — непосредственное действие на сфинктер мочевого пузыря).

## ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

1. **Чрезмерно выраженная стимуляция центральной нервной системы** (тревога, повышенная активность, бессонница).
2. **Параноидные психозы** (особенно при повышенных дозах). Поскольку большинство амфетаминов вызывают эйфорию, существует возможность злоупотребления ими; **психологическая зависимость** от этих препаратов развивается быстро (см. с.191).

## Литий

Литий нельзя отнести к какому-либо классу психоактивных лекарственных веществ: это уникальный препарат, который не оказывает никакого психотропного действия на людей, чье психическое состояние в норме. Однако он высокоэффективен при маниакально-депрессивном психозе (быстрое «антиманиакальное» действие и действие, «стабилизирующее настроение» при поддерживающем лечении). Литий — моновалентный катион, используемый в клинических целях в форме соли угольной или лимонной кислоты. К его наиболее важным действиям на клеточном уровне относятся:

1. Конкуренция с ионами натрия за *натриевый насос*: нарушение поддержания трансмембранного потенциала и воспроизведения потенциала действия в нейронах.
2. Активизация *захвата катехоламинов* в нервные окончания.
3. Сниженная эффективность *возбуждения центральных  $\alpha_1$ -адреноцепторов и мускариновых рецепторов*.
4. Ингибирование активации *аденилатциклазы*:
  - антидиуретическим гормоном в почечных канальцах;
  - тиреотропным гормоном в щитовидной железе.

Первые три механизма действия имеют отношение к антиманиакальному свойству и к стабилизирующему настроению действию, тогда как воздействие на активацию аденилатциклазы, по-видимому, создает основу для некоторых побочных явлений (нефрогенный несахарный диабет; гипотиреоз).

Выделение лития из организма почти полностью осуществляется почками. В стабильном состоянии концентрация лития в сыворотке крови определяется соотношением *принятой суточной дозы лития и почечного клиренса лития*. Почечный клиренс лития определяется фракционной канальцевой экскрецией лития и скоростью клубочковой фильтрации. Выделение лития почками может нарушаться при снижении какой-либо из этих составляющих: фракционная канальцевая экскреция лития сокращается, если концентрация натрия в сыворотке крови падает (например, в результате приема тиазидных мочегонных средств, при болезни Аддисона); скорость клубочковой фильтрации может уменьшаться в результате дегидратации, при сердечной недостаточности, заболевании почек.

Литий можно использовать в лечебных целях как при острых аффективных приступах, так и для поддерживающего профилактического лечения; раньше всего его стали применять для лечения маниакального состояния. В течение первой недели терапевтическое (антиманиакальное) действие лития не проявляется, поэтому часто в этот период дополнительно назначают нейролептики. В процессе активной терапии концентрация лития в крови должна быть выше, чем при поддерживающем лечении, — рекомендуемый показатель равен 0,6–1,2 мэкв/л; поэтому существует повышенный риск интоксикации. В общем нейролептики являются более эффективными и более безопасными средствами для лечения острого маниакального состояния.

Увеличивается количество данных о том, что литий обладает **антидепрессивным действием**, и его рекомендуют использовать для лечения депрессивных состояний, резистентных к трициклическим антидепрессантам. Особенно важное значение имеет применение лития для **профилактического поддерживающего лечения рецидивирующего маниакально-депрессивного психоза**. Очень многие больные как с биполярными (маниакальными и депрессивными), так и с униполярными (только депрессивными) приступами хорошо реагируют на поддерживающее лечение: рецидивы заболевания удается либо полностью предотвратить, либо сократить их частоту и (или) интенсивность. Пациенты с часто меняющимся настроением («*маниакально-депрессивный психоз с быстрыми циклами*») обычно довольно слабо поддаются лечению литием; им чаще приносит пользу поддерживающее лечение **карбамазепином** (см. раздел «Противосудорожные средства», с. 76). Больных, получающих поддерживающее лечение литием, обычно наблюдают в «литиевых клиниках», где контролируются концентрация лития в плазме крови, терапевтическая реакция и побочные явления. Это делается ежемесячно до тех пор, пока состояние не стабилизируется; в дальнейшем контрольные исследования повторяют один раз в три месяца. Рекомендуемая для поддерживающего лечения концентрация лития в плазме крови составляет 0,4–0,8 мэкв/л.

**Поддерживающее лечение литием противопоказано при следующих состояниях:**

1. Почечная и сердечная недостаточность.
2. Болезнь Аддисона.
3. Гипотиреоз.
4. Беременность.

Перед назначением лития принято измерять и оценивать содержание **мочевины в крови**; остальные анализы делают только по показаниям. У лития низкий терапевтический индекс, поэтому его **токсическое действие** проявляется быстро — вскоре после того, как концентрация в плазме превысит 1,2 мэкв/л.

#### ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

**Побочные явления** могут возникать даже при терапевтических концентрациях лития в плазме крови:

1. **Побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта** бывают часто, особенно в раннем периоде лечения; к ним относятся тошнота, рвоты, расстройства пищеварения, металлический привкус во рту, понос.
2. Из **неврологических побочных явлений** особенно часто встречается статический мелкокоразмашистый тремор; появление крупноразмашистого тремора, атаксии и фасцикуляций свидетельствует об интоксикации.
3. К наиболее важным **метаболическим нарушениям** относятся нефрогенный несахарный диабет (полиурия, полидипсия), повышенная задержка жидкости, ведущая к отечности суставов, а также увеличение массы тела.
4. Серьезным **побочным эффектом со стороны эндокринной системы** является гипотиреоз.

Литий может вступать во **взаимодействие с другими лекарственными веществами**, к которым относятся:

1. **Тиазидные мочегонные средства** (они могут приводить к потере натрия и таким образом к интоксикации литием).
2. **Нейролептики** (они могут повышать нейротоксическое действие лития).

#### БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ: ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ (ЭСТ)

Применение электросудорожной терапии в свое время вызывало ожесточенные дискуссии как среди психиатров, так и в широких кругах общественности. Отчасти это объясняется тем, что к этому методу прибегали в случаях, когда его использование было неоправданным; отчасти разногласия от-

носительно ценности ЭСТ были связаны с трудностями, осложняющими проведение точных научных исследований. Результаты нескольких крупных исследований убедительно показали, что электросудорожная терапия при депрессии по своей эффективности превосходит антидепрессанты и оставляет далеко позади плацебо. В настоящее время данные исследований, в ходе которых сравнивалось воздействие обычной и «симулируемой» ЭСТ (включающей введение анестезирующего вещества и мышечного релаксанта при отсутствии электрического шока), подтвердили необходимость обязательного развития судорожного припадка.

Несколько лет назад в одном исследовании была продемонстрирована относительная эффективность сеансов ЭСТ при тяжелом депрессивном расстройстве:

*Через четыре недели более чем у 70% больных, которым проводилась электросудорожная терапия (к этому времени они получили от 4 до 8 сеансов ЭСТ), психопатологическая симптоматика либо была полностью устранена, либо сведена к минимуму. Среди больных, получавших имипрамин, аналогичное улучшение отмечалось лишь более чем у 50%, в группе, получавшей плацебо, — у 39%, а среди тех, кто принимал фенелзин, — всего у 30%.*

#### Механизм действия

По всей вероятности, для антидепрессивного эффекта необходимо развитие большого судорожного припадка; есть также некоторые данные о том, что после припадков, вызванных более мощным электрическим разрядом, отмечается больший антидепрессивный эффект, чем при менее мощном разряде. Таким образом, предпринимаемые попытки свести к минимуму помрачение сознания и потерю памяти, снижая мощность электрического тока, могут отрицательно отразиться на терапевтической эффективности. В то же время унилатеральная ЭСТ с наложением электродов на стороне недоминантного полушария вызывает двусторонний судорожный припадок с намного менее выраженным помрачением сознания, однако имеет сниженную эффективность: при этом в среднем требуется от двух до четырех дополнительных сеансов.

Электросудорожная терапия потенцирует поведенческие реакции, опосредуемые серотонином (5НТ); согласно данным нейрохимических исследований, полученным в результате экспериментов на животных, это обусловлено увеличением коли-



чества постсинаптических рецепторов 5HT. Реакции, опосредуемые дофамином, также усиливаются электросудорожной терапией; отмечаются также воздействия на норадренергические функции, аналогичные описанным в разделе об антидепрессантах (см. с.83-84). В частности, было показано, что ЭСТ оказывает действие при негативном регулировании  $\beta$ -рецепторов. Нейрохимические и поведенческие эффекты ЭСТ параллельны ее антидепрессивному действию, поскольку изменения возникают после нескольких сеансов, а сила электрического тока, не вызывающая судорожного припадка, неэффективна.

### Клиническое применение

Главное показание для применения ЭСТ — тяжелое депрессивное расстройство. К характерным особенностям этого заболевания, указывающих на вероятность высокой эффективности ЭСТ, относятся:

1. Выраженное снижение массы тела.
2. Очень раннее пробуждение по утрам.
3. Психомоторная заторможенность.
4. Психотические признаки — особенно бредовые идеи депрессивного содержания.

В клинической практике ЭСТ применяют в следующих случаях:

1. Когда депрессивное заболевание с соответствующими характерными признаками не поддается лечению антидепрессантами.
2. При тяжелой психотической депрессии, особенно сопровождающейся бредовыми идеями депрессивного содержания.
3. При депрессивном ступоре.
4. При кататоническом ступоре.
5. При послеродовых психозах, особенно при обнубиляции, спутанности и выраженных аффективных признаках.

К более спорным показаниям относятся:

6. *Острый приступ шизофрении* с помрачением сознания и растерянностью.
7. *Шизофрения* с явными признаками депрессии.
8. *Маниакальное состояние*, при котором нейролептики и литий не могут контролировать стойкую чрезмерную активность больного.

### Описание метода ЭСТ

Электросудорожная терапия требует применения наркоза (с соблюдением обычных в таких случаях предосторожностей). Обычно сеанс ЭСТ проводится рано утром, натощак. Используется премедикация атропином для устранения секреции в бронхах и слюнных железах, а также для предотвращения чрезмерно выраженной брадикардии. Вводят анестезирующее лекарственное вещество кратковременного действия и мышечный релаксант для модификации эпилептического припадка. После вентиляции легких кислородом (это показано в целях уменьшения амнезии на последующие события) на поверхность головы накладывают смоченные (для обеспечения надлежащего контакта с кожей) электроды: при унилатеральной ЭСТ один на височную, другой — на теменную область на стороне недоминантного полушария (при билатеральной ЭСТ электроды размещают в височных областях с обеих сторон). Сеансы повторяют дважды в неделю с промежутком в два дня, продолжая лечение до тех пор, пока не будет получен удовлетворительный эффект. Обычно проводят от шести до восьми сеансов.

### Нежелательные явления

Электросудорожная терапия является безопасным методом лечения. Коэффициент летальности при ЭСТ не выше, чем при кратковременном наркозе, применяемом в стоматологической практике или при проведении исследовательских процедур. Самые большие изученные выборки демонстрируют, что летальный исход отмечается примерно в одном случае на 20000 сеансов.

Во время сеанса ЭСТ у больного *меняется частота пульса, повышается кровяное давление и в значительной степени усиливается мозговой кровоток.*

Поэтому к **противопоказаниям** относятся заболевания, поражающие сердечно-сосудистую и центральную нервную системы:

Аневризмы сосудов головного мозга и аорты.

Свежее кровоизлияние в головной мозг.

Инфаркт миокарда.

Сердечные аритмии.

Повышенное внутричерепное давление и опухоль головного мозга.

Острые инфекционные заболевания органов дыхания являются противопоказанием для нарको-



за; проведение ЭСТ станет возможным лишь после выздоровления от ОРЗ.

Побочные явления со стороны соматической сферы после ЭСТ наблюдаются редко. Однако применяемый для наркоза *анестетик* может вызывать следующие осложнения:

- Инфаркт миокарда.
- Сердечные аритмии.
- Легочные эмболии.
- Воспаление легких.

При *неправильном введении мышечного релаксанта* возможны следующие осложнения:

- Вывихи.
- Переломы (и последующие жировые эмболии).

*Повышение кровяного давления*, наблюдающееся непосредственно во время эпилептического припадка, может вызывать:

- Кровоизлияние в головной мозг.
- Кровотечение из пептической язвы.

#### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Приблизительно в 5% случаев ЭСТ провоцирует развитие **маниакального состояния** (эта цифра практически совпадает с аналогичным показателем, выявленным при лечении трициклическими антидепрессантами). Данное состояние возникает, как правило, лишь у пациентов, страдающих биполярным маниакально-депрессивным психозом или предрасположенных к нему.

**Состояние спутанности**, возникающее после сеанса ЭСТ, обычно длится около получаса. Может также беспокоить головная боль, но она быстро проходит.

Более серьезное побочное явление — **потеря памяти**. Развивается кратковременная и быстро проходящая амнезия на события, предшествующие каждому сеансу (ретроградная амнезия), и более продолжительная амнезия на события, происходящие после сеанса ЭСТ (антероградная амнезия). *Больные могут также жаловаться на субъективные трудности при воспроизведении* ранее хорошо усвоенного материала, например номеров телефонов и адресов. Однако подобные проблемы, связанные с ухудшением памяти, сводятся к минимуму или смягчаются следующими мерами:

1. Применением метода унилатеральной ЭСТ с наложением электродов на стороне недоминантного полушария.

2. Курсом лечения, состоящим из не слишком большого количества сеансов ЭСТ.
3. Не слишком частым проведением сеансов ЭСТ.
4. Проведением вентиляции легких непосредственно перед электрическим шоком.
5. Отказом от применения тяжелого шока во всех случаях, когда без него можно обойтись.

## МЕТОДЫ КОГНИТИВНОЙ И БИХЕВИОРальной ТЕРАПИИ

Эти методы лечения включают в себя манипулирование мыслительными процессами больного (познавательные процессы), его поступками, физиологическими реакциями (функции вегетативной нервной системы) и окружающей обстановкой, с тем чтобы вызвать определенные позитивные изменения и способствовать устранению выявленной проблемы. Такие манипуляции, или терапевтические тактики, могут различаться в зависимости от характера проблемы и результатов бихевиорального анализа, но в любом случае они должны в совокупности составлять продуманную программу воздействий, или психотерапевтическую стратегию, ориентированную на заранее намеченные цели. Когнитивно-бихевиоральная терапия не обязательно противопоставляется биологическим методам лечения — скорее оба подхода дополняют друг друга. Многим больным приносит пользу сочетание этих двух видов лечения.

### Теоретическое обоснование

В основу когнитивно-бихевиоральной терапии положены фундаментальные принципы, используемые для достижения соответствующих изменений при психологических методах лечения:

1. **Классическая (по Павлову) выработка условных рефлексов.** Это процесс, при котором нейтральный раздражитель («условный» стимул) приобретает способность вызывать безусловную реакцию в результате связи со стимулом («безусловный» раздражитель), вызывающим эту реакцию при обычных обстоятельствах. Примером являются знаменитые эксперименты Павлова с выделением желудочного сока и слюны у собак. Как известно, в норме слюна обычно начинает выделяться при виде пищи. Павлов, первоначально сочетая этот фактор со звонком, посте-

пенно сумел добиться выделения слюны у подопытного животного непосредственно в ответ на звонок — при отсутствии пищи.

Клинически адекватным примером выработки условного рефлекса по Павлову могло бы служить гипотетическое объяснение происхождения фобической тревоги, согласно которому определенный объект (например, пауки) действует как условный раздражитель, вызывающий реакцию страха, поскольку в прошлом неоднократно повторялись ситуации, где он выступал в сочетании с такими реакциями, и в результате сформировалась прочная связь.

2. **Оперантное (инструментальное) обусловливание.** Это процесс, при котором произвольные формы поведения в зависимости от их следствий либо усиливаются («подкрепление»), либо ослабляются («наказание»). Эксперименты Скиннера, в которых крысы нажимали на рычаг ради получения пищевого подкрепления, являются типичным примером научения у животных. Аналогичным примером, представляющим интерес с клинической точки зрения, могут служить постоянно возникающие вспышки раздражения у маленького ребенка, после того как он обнаруживает, что при таком поведении неизменно удается добиться желаемого результата: привлечь внимание родителей и безраздельно завладеть им.
3. **Викарное обучение.** Это процесс, при котором обучение осуществляется через символическое представление посредством предъявления соответствующего инструктивного, наблюдаемого или воображаемого материала. Усвоение, как предполагается, происходит через информативную и воспитательную функцию вознаграждения (или наказания). Например, считают, что многие детские страхи ребенок приобретает, наблюдая за реакцией других людей на вызывающую страх ситуацию и формируя соответствующие ожидания относительно ее следствий. Этот процесс известен как моделирование; его можно использовать в качестве мощного терапевтического инструмента таким же образом, каким происходит приобретение расстройства. Примерами реализации такого подхода могут служить действия психотерапевта, моделирующего адекватные адаптивные реакции во время психотравмирующей ситуации, или соответствующие воспитательные стратегии, позволяющие справляться с трудным ребенком.

4. **Когнитивные процессы.** Когнитивными называют процессы, имеющие отношение к выявлению информации (восприятие и внимание), к последующей ее организации, сохранению в памяти и воспроизведению. Все это проявляется в сознательном мышлении, процессах внимания и интерпретации, а также в глубинных, не всегда легко раскрываемых убеждениях и установках. Во всех сферах деятельности человека существует тонкое взаимовлияние между когнитивными процессами, физиологическими процессами и внешними проявлениями поведения, однако особое значение эта связь имеет при неадекватном поведении и эмоциональных расстройствах. Так, информация какого-либо типа может быть более доступной и потому выдвигаться на первый план при определенном состоянии человека, например при подавленном настроении или при повышенном уровне интенсивности некоторых физиологических функций. В качестве клинического примера может служить больной, который страдает паническими атаками, потому что с обостренным вниманием относится к незначительным соматическим ощущениям, интерпретируя их как признак катастрофически тяжелого заболевания. Небольшие изменения в частоте сердечных сокращений или затрудненное дыхание (обусловленное чувством внутреннего напряжения) истолковываются как предвестники неминуемого сердечного приступа, что приводит к внезапному резкому усилению тревоги, характерному для панических атак.

Как условный рефлекс, выработанный по методу Павлова, так и оперантное обусловливание имеют тенденцию становиться ситуационно специфичными (иными словами, усвоенные ответные реакции наиболее легко возникают в ситуациях, подобных тем, которые чаще всего присутствовали в процессе выработки условного рефлекса). Считают, что условные рефлексы обоих типов могут угасать. Поэтому следует ожидать, что страх многолюдных мест, развившийся по типу условного рефлекса (по Павлову), постепенно угаснет в результате периодического посещения оживленно торгующих, переполненных покупателями магазинов, а вспышки раздражения у ребенка со временем прекратятся, если родители перестанут обращать на них внимание.

В процессе формирования многих форм патологического поведения происходит сложное взаимодействие между выработкой классического услов-

ного рефлекса и процессом оперантного обусловливания. Так, если фобическая тревога может возникать в результате усвоения опыта путем выработки классического условного рефлекса (по Павлову), то соответствующее поведение (фобическая реакция), по всей вероятности, поддерживается оперантным условным рефлексом, т.е. ослабление тревоги служит подкреплением избегающего поведения.

Современный подход объединяет все эти принципы при объяснении патологического поведения и психических расстройств, хотя значение каждого из этих принципов и соотношение их ролей могут существенно варьировать при разных расстройствах.

### Общие принципы когнитивно-бихевиоральной терапии

При любом виде когнитивной и бихевиоральной терапии прежде всего проводят когнитивно-бихевиоральный анализ. Выявляют объективную психосимптоматику или четко очерчивают круг проблем и определяют их характер, а также регистрируют данные о частоте, длительности и интенсивности симптомов, фиксируя наряду с этим сведения о событиях, происходящих одновременно с проявлением симптомов. Обычно в завершение такого анализа (прежде чем сделать какую-либо попытку сформулировать выводы) пациенту предлагают вести дневник примерно в течение недели. Часто бывает полезно описать проблемы больного исходя из его мыслей (когнитивные функции), поступков (внешние проявления поведения) и соматических ощущений (физиологические реакции). Хотя практически почти всегда подразумевается, что когнитивно-бихевиоральный анализ опирается именно на субъективную, получаемую от самого больного информацию по всем трем вышеперечисленным сферам — все же целесообразно (если есть такая возможность) дополнить эти сведения данными объективного наблюдения за поведением больного и результатами непосредственного измерения его физиологических реакций (полученными с помощью неинвазивных методов). Таким образом, при формулировании проблемы должны учитываться:

1. Продромальный период — средовой контекст, в котором возникали симптомы.
2. Поведение — т.е. сама проблема.
3. Последствия — события, которые могут содействовать сохранению определенной формы поведения.

Подобные формулировки содержат гипотезу относительно характера и происхождения симптома, от которой обычно зависит выбор соответствующей лечебной стратегии. Например, если принято предположение, что избегание социальных контактов поддерживается ослаблением тревоги, то будет применен иной тип воздействия, чем в случае, когда наиболее вероятной причиной избегающего поведения представляется неадекватный репертуар социальных навыков. Лечение, таким образом, послужит проверкой гипотезы, которую, возможно, потребуется модифицировать в свете позитивных или негативных результатов, полученных при использовании определенных методов.

Когнитивно-бихевиоральная терапия неизменно преследует конкретную цель, которая принимается на базе формулировки проблемы (вытекающей из когнитивно-бихевиорального анализа) и согласовывается с пациентом. Большинство психотерапевтов используют также промежуточные цели, или «мишени», достижение которых служит важным источником подкрепления для больного.

### Специальные техники

#### РЕЛАКСАЦИЯ

Поскольку при очень многих из вышеописанных состояний условной ответной реакцией является тревога, прежде всего необходимо научить больного вызывать у себя противоположную реакцию — расслабление. На первых порах это делается при отсутствии каких бы то ни было раздражителей, вызывающих тревогу. Вначале больного обучают распознавать соматические признаки внутреннего напряжения и изменять свое состояние посредством волевого контроля. Затем он под руководством психотерапевта приступает к выполнению серии упражнений, направленных на усвоение приемов, позволяющих снижать физиологическое возбуждение. Магнитофонные записи этих упражнений пациент может использовать для регулярных занятий в домашних условиях. Приемы релаксации должны быть достаточно хорошо отработаны, чтобы их можно было применять даже в ситуациях, которые раньше вызывали тревогу. Существует несколько разнообразных методов релаксации, например **прогрессирующая мышечная релаксация** — в этом случае пациента обучают серии упражнений, при которых он попеременно то напрягает, то расслабляет отдельные группы мышц, чтобы добиться расслабленного состояния, — или **аутогенная ре-**

**лаксация**, при которой мышечное напряжение устраняется без предварительного напряжения групп мышц. Могут быть и другие различия в проведении тренинга — касающиеся его интенсивности и темпов продвижения к цели, а также применения навыков расслабления в психотравмирующих ситуациях. Согласно общепринятому мнению, усвоение приемов релаксации является навыком и включает в себя такие когнитивные аспекты, как ощущение контроля над трудными ситуациями. Стоит также отметить, что некоторые больные находят очень трудной поставленную перед ними задачу расслабиться или даже утверждают, что эта процедура провоцирует тревогу, поскольку ощущение «снятия» напряжения может «вывести страх из-под контроля».

Очень важны также дыхательные упражнения, особенно для пациентов с гипервентиляцией (что характерно, в частности, для многих больных, у которых бывают панические атаки).

#### ЭКСПОЗИЦИЯ

Многие методы, применяемые в рамках когнитивно-бихевиоральной терапии, требуют использования техники **экспозиции**, при которой пациента подвергают воздействию раздражителей, вызывающих страх, или обуславливающих стимулов. Делается это с целью создать условия для **угасания** (по мере того как ситуация становится привычной) условно-рефлекторной эмоциональной реакции на этот набор стимулов. Считают, что данный прием может также служить средством **опровержения** ожиданий или убеждений больного относительно определенных ситуаций и их последствий. Существует несколько разновидностей методов лечения, основанных на использовании техники экспозиции; они различаются в зависимости от способа предъявления стимулов (пациент может подвергаться их воздействию в воображении или *in vivo*) и по интенсивности воздействия (осуществляется ли в процессе лечения постепенный переход к более сильным раздражителям или больного сразу же сталкивают с самым мощным из них). В некоторых случаях, например при адаптации к психотравмирующим воспоминаниям в процессе лечения посттравматического стрессового расстройства (см. с. 168), уже в силу специфической природы расстройства применима только экспозиция в воображении. Аналогичным образом при использовании методов лечения, ориентированных на когнитивные функции, иррациональные мысли пациента оспари-

вают, подвергая его воздействию ситуаций, показывающих, что эти идеи ложны или нереалистичны. Ниже приводится ряд примеров, иллюстрирующих применение данной техники.

#### ДЕСЕНСИТИЗАЦИЯ

С помощью психотерапевта больной строит иерархию раздражителей, провоцирующих тревогу. Затем ему предъявляют эти стимулы, начиная с наиболее безобидных. После того как он справится с одним раздражителем, предъявляют следующий. При предъявлении стимулов могут использоваться два способа: либо десенситизация в воображении, либо градуированное воздействие (десенситизация *in vivo*).

**Десенситизация в воображении** заключается в том, что больной, находясь в состоянии расслабления, представляет себе сцены, вызывающие у него тревогу.

**Поэтапное, градуированное воздействие** (или десенситизация *in vivo*) предполагает, что больной должен сталкиваться с вызывающими тревогу раздражителями (начиная с наиболее слабых) в реальной жизни. Данный вариант предпочитают большинство психотерапевтов, поскольку именно столкновение со стрессорами в реальной жизни всегда является конечной целью лечения, и этот метод более эффективен. Его использование можно проиллюстрировать следующим примером:

*Миссис Х. обратилась с жалобами на умеренно выраженную боязнь ос. Неоднократно случалось, что при появлении этих насекомых она в страхе убегала, оставив на улице без присмотра своего ребенка в коляске.*

*Была построена двенадцатишаговая иерархия раздражителей, связанных с осами (по нарастающей в зависимости от интенсивности вызываемой ими тревоги), и это определило программу лечения посредством градуированного воздействия. На первом этапе контакт со стимулами ограничивался чтением литературы об осах и просмотром их изображений; на завершающем этапе ос заманивали в помещение, загоняли на оконные стекла и уничтожали. В начале в соответствии с каждым пунктом лечебной программы пациентку подвергали воздействию описанной ситуации в клинике, затем ее убеждали выполнять подобные действия в домашних условиях, т.е. уже без участия психотерапевта. Длительность воздействия каждой ситуации зависела от скорости привыка-*

ния к ней: воздействие прекращали тогда, когда больная отмечала значительное снижение уровня тревоги. Практически на выполнение отдельного пункта лечебной программы редко уходило больше пятнадцати минут, так что обычно за один сеанс терапии прорабатывалось не менее двух пунктов. Всего лишь в течение пяти сеансов пациентка справилась со всей программой. При катамнестическом обследовании, проведенном через шесть месяцев, она не испытывала никакой тревоги при виде ос.

#### ПОГРУЖЕНИЕ

Если подход, используемый при десенситизации, можно было бы сравнить с тем, как человека учат плавать сначала на мелком месте, мало-помалу переходя на глубину, — то при «погружении» (используя ту же аналогию) его, наоборот, сразу же бросают в омут. При использовании этого метода пациента помещают в самую труднопереносимую для него ситуацию, относящуюся к вершине иерархии раздражителей (это может быть, к примеру, посещение переполненного людьми магазина или же поездка в автобусе в час пик), причем он должен подвергаться ее воздействию до тех пор, пока тревога не исчезнет спонтанно («приобретение привычки»). Хотя многих больных непросто убедить пойти на это, погружение — более быстродействующий и в общем более эффективный метод, чем десенситизация.

*Уже больше года миссис У. не решалась удаляться от дома больше чем на 500 метров, а также избегала магазинов и любых других подобных учреждений из-за тревоги, связанной с патологической боязнью многолюдных мест. В субботу во второй половине дня больная и психотерапевт поехали в центр города и провели два с половиной часа в переполненном покупателями торговом ряду. Вначале больная жаловалась на крайне выраженное ощущение панического страха; психотерапевт постоянно успокаивал ее, убеждая оставаться там, хотя ей очень хотелось поскорее выйти из этой ситуации. Примерно через полчаса чувство тревоги начало угасать, а к концу сеанса у пациентки возникло состояние эйфории. Точно так же было проведено еще два сеанса; характерно, что при этом адаптация к тревоге наступала еще быстрее. Затем миссис У. убедили поехать в тот же торговый центр самостоятельно; это сопровождалось обобщением лечебного эффекта*

*и распространением его на другие аналогичные ситуации. Всего через три недели с момента начала лечения пациентка могла посещать местный супермаркет и магазины в центре города и делать там покупки.*

#### БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Очень многие проявления деятельности внутренних органов и нервно-мышечных процессов, обычно не осознаваемые человеком (мы их просто не замечаем), могут быть доведены до сознания при обеспечении «обратной связи» с помощью какого-либо сигнала — визуального или звукового (например, непрерывный звук, высота которого изменяется в зависимости от степени напряжения мышц лба). Этот метод часто применяется в качестве вспомогательного средства при обучении релаксации, но его можно также использовать для устранения определенных симптомов, например головной боли, вызванной напряжением мышц черепа, или для лечения артериальной гипертонии.

#### ОБУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫМ НАВЫКАМ

Сложные формы поведения в обществе в основном приобретаются в процессе воспитания и обучения. Многие люди испытывают трудности в общении, потому что не освоили полный репертуар навыков адекватных социальных реакций. Обучение соответствующим навыкам, как правило, проводится с группами больных; тренинг направлен на то, чтобы обеспечить четкую отработку надлежащих социальных реакций. Составляют набор экспериментальных социальных ситуаций, на основе которых затем проводится ролевая игра, после чего психотерапевт демонстрирует модель поведения, адекватную проигрываемой ситуации («моделирование»). Исполнение роли пациентом можно записать на видео, с тем чтобы потом на базе этого наглядного материала обсудить конкретные проблемы и откорректировать их во время сеансов, проводимых после учебных занятий (дебрифинг).

#### ОБУЧЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ЗВОНКА И ПРОКЛАДКИ

Это бихевиоральный метод лечения энуреза. Прокладку с электрическими контактами помещают под простыней в постели пациента. Если он во сне упускает мочу, то ткань прокладки увлажняется, электрическая цепь замыкается и раздается зво-

нок, который будит больного. Это один из наиболее эффективных методов лечения энуреза, хотя лежащие в основе данного подхода психологические процессы остаются невыясненными. Действенность лечения нельзя объяснить простой выработкой условного рефлекса по Павлову, поскольку звонок (условный раздражитель) звучит после безусловного рефлекса — мочеиспускания. Вполне возможно, что в результате интенсивной практики больной обучается лучше осознавать раздражители, связанные с растяжением стенок мочевого пузыря, и более активно реагирует на них.

#### ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОТВЕТНОЙ РЕАКЦИИ

Этот метод используется при лечении компульсивных ритуалов. Больной ощущает непреодолимое побуждение выполнять определенное действие, например мыть руки, но его настойчиво убеждают воздерживаться от этого. Для получения эффекта такой тренинг необходимо проводить в течение длительного времени — лучше всего в те периоды, когда больной часто сталкивается с ситуацией, в которой возникает компульсивное побуждение, например прикасается к загрязненным предметам. Этот метод напоминает описанный ранее метод погружения: больной испытывает интенсивную тревогу, которая постепенно угасает, тогда как средства, обычно применяемые при компульсивных расстройствах, не приносят облегчения.

*Мистер Z. обратился за помощью по поводу патологической озабоченности, связанной с навязчивыми мыслями о загрязнении собачьими экскрементами. По возвращении домой с улицы он испытывает непреодолимое желание выполнить ритуал обеззараживания, начиная с обработки обуви дезинфицирующим средством (хотя на самом деле, с точки зрения объективного стороннего наблюдателя, туфли не испачканы). Затем он снимает с себя всю одежду и загружает ее в стиральную машину, после чего обрабатывает руки и принимает ванну. На выполнение ритуала уходит более двух часов. Лечение заключалось в том, что больному предлагали во время прогулки специально загрязнить туфли собачьими экскрементами, а вернувшись домой, просто оставить грязную обувь на пороге. Затем психотерапевт проводил с больным час или больше, не допуская выполнения описанного выше ритуала и отвлекая внимание пациента другими видами деятельности. После двух месяцев такого лечения (психотерапевт посе-*

*щал больного два раза в неделю) мистер Z. мог выходить на прогулку один и по возвращении домой не выполнять ритуал: он мыл лишь руки, как это обычно делают все люди.*

## Когнитивно-бихевиоральные подходы к лечению тяжелых психических расстройств

### ДЕПРЕССИЯ

При депрессивных расстройствах методы когнитивной терапии можно использовать в сочетании с фармакологическим лечением; они особенно эффективны при более легких формах и при стойких, сохраняющихся в течение длительного времени депрессивных состояниях, при которых либо не помогают антидепрессанты, либо прибегать к ним нежелательно. Когнитивный подход основан на том наблюдении, что у больного депрессией, как правило, имеются ошибочные — и при этом крайне пессимистические — убеждения относительно самого себя, своих обстоятельств и своего будущего («негативная триада»).

Цели когнитивной терапии — откорректировать эти гнетущие, мрачные мысли и в то же время продемонстрировать пациенту, что он способен преодолеть проблемы, с которыми не мог справиться из-за своих пессимистических установок. Хотя главный объект, на который направлена терапия такого типа, — убеждения больного, к процессу лечения можно подключать наряду с когнитивными и бихевиоральные методы, поскольку здесь делается акцент на практических задачах, а также в силу того, что мысли, судя по всему, подчиняются тем же законам подкрепления, что и действия.

*Мистеру А. (которому полгода назад не удалось получить важное для него повышение по службе) был поставлен диагноз «умеренно выраженное депрессивное состояние». Пациент был сосредоточен на мыслях о своей профессиональной некомпетентности, считал, что и дома от него никакого проку нет, переживал, что его никто не любит, высказывал идеи, свидетельствующие о низкой самооценке. Ему предложили вести дневник, занося в него свои мысли негативного характера и фиксируя предположения, лежащие в их основе. Например, некоторые его мысли базировались на предположении, что его обошли повышением по службе из-за некомпетентности в работе, выполняемой им в настоящее время.*

Таким образом были выявлены следующие предположения, лежащие в основе пессимистических убеждений:

1. Руководитель мистера А. на протяжении целого ряда лет обращал особое внимание на каждую сделанную им ошибку, даже самую незначительную.
2. Ввиду обстоятельства, изложенного в п.1, руководитель был убежден, что А. — самый некомпетентный сотрудник из всего персонала фирмы.
3. Из-за такого мнения руководителя (см. п.2) мистера А. не повысили в должности.
4. Мистера А. и в будущем никогда не повысят в должности.

В результате проведенных лечебных сеансов и выполнения заданий по исследованию действительного положения дел больной начал осознавать, что большинство из этих предположений неверны. Это привело к коррекции его установок по отношению к работе и карьере, и состояние больного после лечения, продолжавшегося три месяца, значительно улучшилось.

## ШИЗОФРЕНИЯ

Помимо обучения социальным навыкам, которое давно стало частью реабилитационных программ для больных тяжелыми формами психических заболеваний, оказались весьма многообещающими современные когнитивно-бихевиоральные подходы к шизофрении. Здесь можно выделить два основных направления. Первое из них базируется на признании того факта, что стресс часто провоцирует рецидив психотического состояния. Исходя из этого усилия сосредоточивают на том, чтобы помочь родственникам больного шизофренией (или другим лицам, заботящимся о таком больном) лучше справляться со стрессом и предотвращать его, в особенности путем модификации модели взаимодействия, подходов к разрешению проблем и преодолению трудностей, возникающих в семейном и домашнем кругу. Эти методы известны как **организация помощи со стороны членов семьи** или **семейное терапевтическое вмешательство**. Другой подход, который получает все более широкое применение, — когнитивно-бихевиоральная терапия позитивных симптомов шизофрении, таких как бред и галлюцинации. Доказано, что когнитивно-бихевиоральные методы приносят пользу в случаях, когда невозможно устранить резидуальную симптоматику с помощью лекарственных средств: либо

они уже неэффективны, либо больной не согласен их принимать, либо психотропные препараты по каким-то причинам ему противопоказаны.

## Показания для когнитивно-бихевиоральной терапии

Опыт показывает, что бихевиоральная терапия приносит пользу пациентам с самыми разными психическими заболеваниями, включая: **аффективные расстройства** (например, тревогу, фобии, посттравматические стрессовые расстройства и депрессию); **дезадаптивные формы поведения** (в частности, обсессивные состояния и некоторые сексуальные расстройства); **аномальное поведение, связанное с болезнью; недостаточное развитие навыков общения; ночной энурез**. Она также с успехом применяется как вспомогательный метод при лечении **тяжелых психических заболеваний**.

## ПСИХОТЕРАПИЯ

Взаимоотношения между врачом и пациентом предполагают огромное доверие больного к врачу. Пациент обсуждает с ним сугубо личные проблемы (которые не открыл бы никому другому), нередко с готовностью соглашается на любое предложенное врачом лечение и старается неукоснительно следовать полученным от него рекомендациям. Необходимо иметь определенное представление о том, как действуют эти взаимоотношения, и учитывать это в ходе лечения, чтобы быть хорошим врачом. Однако очень важно также осознать, что их можно использовать непосредственно как терапевтический фактор. Эта возможность формализуется в психотерапии, в процессе которой врач ставит перед собой цель помочь больному, выявляя его потребности и способствуя их удовлетворению через посредство терапевтических взаимоотношений.

## Типы психотерапии

Психотерапию можно подразделить на различные виды в зависимости либо от типа «реципиента» — с этой точки зрения различают **индивидуальную, семейную, групповую психотерапию и психотерапию супружеской пары**, — либо от используемого метода. Сначала мы рассмотрим те психотерапевтические методы, которыми должен владеть каждый врач, а потом — методы, используемые более опытными врачами.



## **Ингредиенты психотерапии, применимые в общемедицинской практике**

Существует много различных форм психотерапии, и целесообразность выбора той или иной из них зависит от конкретных условий. Однако даже в приемной врача общей практики, где его внимания и помощи ожидает целый ряд пациентов, или в поликлинике, персонал которой с трудом справляется с непрерывным потоком посетителей, можно применить те методы, которые врач сочтет наиболее полезными. Все вместе их иногда описывают как «поддерживающую психотерапию».

### **АКТИВНОЕ ВЫСЛУШИВАНИЕ**

Многие студенты с удивлением обнаруживают, что к моменту завершения сбора полного анамнеза в психиатрической амбулаторной клинике пациент нередко сообщает о значительном улучшении самочувствия! Вероятно, он никогда прежде не имел такой благоприятной возможности пересмотреть все стороны своей жизни и выразить эмоции, связанные с определенными важными для него событиями. Кроме того, явный и неподдельный интерес студента к словам больного наглядно демонстрирует внимание, которое тот ценит.

Активное выслушивание является важной частью лечебного процесса. И пусть оно требует определенных затрат времени — не нужно считать эти минуты потерянными: на самом деле такой подход, напротив, может сберечь время. Например, больная с нарушением сексуальных функций может многократно приходить на прием к врачу, но все эти консультации (отнявшие не один час) окажутся безрезультатными, если ему не удастся завоевать доверие пациентки и внимательно выслушать ее, чтобы найти таким образом ключ к решению ее проблем, выяснив лежащую в их основе, глубоко скрытую причину.

### **ПСИХИЧЕСКАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ПЕРЕЖИВАНИЙ**

Важный аспект терапевтических отношений — предоставление пациенту возможности выразить свои чувства и переживания, главным образом такие, как гнев, фрустрация или горе, тем более если до того они подавлялись. Это особенно важно после перенесенной тяжелой утраты или в случаях, когда врач только что сообщил «плохие известия». Например, если в семье рождается ребенок с тяжелым

пороком развития (хотя до того не было никаких оснований ожидать чего-либо подобного), родители бывают настолько потрясены, что как бы цепенеют; порой они просто не в состоянии воспринять необходимую фактическую информацию, пока не получат возможности проявить свои чувства — пережитые ими шок, недоумение, бессильный гнев и ощущение крушения надежд.

### **ПОДБАДРИВАНИЕ**

Больной, который обоснованно подозревает, что у него рак, может спросить у врача о диагнозе. Вполне вероятно, что при этом он надеется услышать в ответ что-нибудь успокаивающее и ободряющее, а вовсе не стремится получить объективную информацию. Даже если прогноз в целом неутешительный и, казалось бы, нет ничего такого, что позволило бы обнадежить больного, — все же и здесь имеются определенные возможности. Внимательно выслушав пациента, врач выясняет его конкретные опасения: например, многие в подобной ситуации со страхом ожидают таких явлений, как непрерывная боль, недержание мочи и кала, или беспокоятся о том, как их болезнь повлияет на родственников. В отношении некоторых из этих вопросов врач можно подбодрить и успокоить больного, тем самым облегчив в какой-то мере его страдания.

Нужно понимать, что должным образом проведенное **соматическое обследование** нередко дает результаты, открывающие реальную возможность ободрить больного. Следует, кроме того, учитывать, что поведение врача во время такого обследования также может либо успокоить пациента, либо встревожить его еще больше.

Часто бывает нелегко убедить больного (особенно если он склонен к тревоге) в том, что никакого серьезного заболевания у него нет. Иногда, несмотря на все усилия врача, его попытки уверить в этом больного оказываются тщетными, и тот отправляется к другому специалисту или обращается в какое-либо медицинское учреждение, добиваясь повторного обследования. Случаются такие неудачи, как правило, оттого, что врач либо не сумел полностью понять глубинные переживания больного, либо неадекватно объяснил причину имеющихся симптомов.

### **ОБЪЯСНЕНИЕ**

Пациента, который опасается, что его головные боли обусловлены опухолью головного мозга, утверждение «результаты анализов свидетельствуют



о том, что у вас все в порядке» успокоит меньше, чем объяснение:

*Ваши головные боли вызваны напряжением мышц черепа; вот почему боль распространяется также на заднюю поверхность шеи и возникает тогда, когда вы испытываете чувство внутреннего напряжения.*

Таким образом, объяснение врача может оказывать довольно заметное лечебное действие, хотя при этом не используются ни какая-либо медицинская аппаратура, ни лекарственные препараты.

В амбулаторной клинике вы можете наблюдать больного, который явно воспрянул духом, выслушав авторитетное заявление консультанта о том, что диагноз уже поставлен, и теперь будет назначено соответствующее лечение. Пусть иногда в подобных случаях «объяснение», в сущности, ограничивается названием заболевания, этиология которого непонятна, а «лечение» сводится к воздействию фактора, о котором известно только, что он помогает, хотя никто не может с уверенностью сказать — почему. Несмотря на все это, пациент, который до того испытывал растерянность и смятение, чувствует, что *объяснение врача успокаивает и подбадривает* его.

#### С О В Е Т / У К А З А Н И Е

Часто больные обращаются к врачу за советом — в одних случаях по вопросам, в отношении которых он может дать четкие рекомендации (например, прекращение курения или отмена приема производных бензодиаземина), в других — в связи с проблемами иного характера (например, стоит ли увольняться со службы или подавать на развод). Врач не должен указывать пациенту, что нужно делать, хотя разъяснить, как именно то или иное конкретное изменение может повлиять на его здоровье, чаще всего бывает целесообразно. Так, врач мог бы сказать, что если пациентка, страдающая депрессией, на время освободится от ухода за своим больным отцом, то ее собственное состояние, вероятно, улучшится скорее, поскольку лечение будет более эффектив-

ным; но последует ли она этому совету или нет — решать ей самой.

#### НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНТЕРВЬЮ

1. Вместо того чтобы задавать вопросы, используйте утверждения с целью побудить больного говорить.
2. Будьте готовы к тому, чтобы попытаться понять (используя эмпатию) переживания больного, а затем высказывайте рациональные предположения, поощряя его к дальнейшему обсуждению затронутой темы.
3. Предоставляйте больному возможность выражать эмоции в вашем присутствии — независимо от того, будет ли это плач, проявление гнева или огорчения. Вы можете прореагировать на это, выразив поддержку в форме сочувственного комментария, например: «Я понимаю — вы пережили тяжелое время». Однако не забывайте: молчание тоже может выполнять поддерживающую функцию.
4. Врач не всегда прав. Давайте пациенту возможность поправлять вас.
5. Не слишком торопитесь успокаивать больного.

Более ясное представление о приемах, с помощью которых реализуются изложенные принципы, проще всего получить, наблюдая за проведением консультации и обращая особое внимание на то, что в действительности при этом говорится. Их часто применяют для выявления предрасполагающих психологических причин, которые могут быть связаны с имеющимися в настоящее время проблемами; поэтому в дальнейшем при описании этого подхода будет использоваться термин **инсайт-ориентированная психотерапия**. Давайте вернемся к нашей пациентке миссис Вудс и для начала рассмотрим, как провел бы беседу с ней врач, не владеющий психотерапевтическими методами и придерживающийся традиционной системы «вопрос — ответ»:

#### Врач

*Что случилось?*

*Тогда почему вы выглядите такой подавленной?*

(Пауза, обусловленная некоторой неловкостью ситуации.)

*Вы принимали антидепрессанты в таблетках?*

#### Миссис Вудс

*Ничего.*

*А вы бы не выглядели так, если бы у вас только что умерла мать?*

*Да.*

**Врач**

*У вас улучшается сон?*

*Почему вы так односложно отвечаете и вообще очень скупы на слова?*

*Я понимаю — такое состояние после смерти матери вполне естественно; не расстраивайтесь так.*

**Миссис Вудс**

*Немного.*

*Никто не понимает, как я себя чувствую. (Глаза наполняются слезами.)*

Более опытный врач мог бы подойти к беседе по-иному:

**Врач**

*Вы выглядите очень подавленной, миссис Вудс.*

*Вы готовы расплакаться.*

*«Они»?..*

*Может быть, ваш муж бывает недоволен, когда вы плачете.*

*(Пауза.)*

*Вы говорите об этом с досадой.*

*И все же вам постоянно казалось, будто вы должны бы сделать для нее еще больше...*

**Миссис Вудс**

*Да.*

*Мне нельзя плакать. Они мне и поплакать-то не дают.*

*Да мои родственники. Они без конца твердят, как мужественно я все это перенесла, — и я не хочу, чтоб они застали меня плачущей.*

*Нет, не он — а моя сестра.*

*Она всегда была любимицей матери, она слишком расстраивалась, если видела меня плачущей, и мне же вечно приходилось еще и утешать ее.*

*Да, а вам бы не было досадно на моем месте? Все эти годы я делала для своей матери куда больше, чем моя сестра, но мама всегда была благодарна ей и никогда — мне.*

*(Плачет.)*

Печаль, страдание — обычные чувства, связанные с тяжелой утратой; однако комментарии врача, процитированные во втором примере, привели к более полному пониманию состояния больной. Добившись такого углубленного понимания (и к тому же хорошо зная психологию нормальной реакции горя), врач получает возможность оказать пациентке по-настоящему эффективную помощь. Стало ясно, что миссис Вудс не может дать волю слезам (и, следовательно, вынуждена подавлять эмоции) в присутствии своей сестры. Кроме того, в результате проведенной беседы, по-видимому, легче понять испытываемое пациенткой чувство вины.

### **Формализованная аналитическая психотерапия**

Этот тип психотерапии отличается большей интенсивностью; обычно его применяют врачи, име-

ющие специальную подготовку. Аналитическая психотерапия направлена на то, чтобы помочь пациенту изменить некоторые (существующие в течение длительного времени) взгляды и формы поведения, нередко путем модификации механизмов психологической защиты. Это более формализованный метод в том смысле, что врач каждую неделю проводит с больным заранее установленное (по договоренности с пациентом) количество времени, лечение может продолжаться в течение определенного срока, а при более длительных формах лечения значительно больше внимания уделяется анализу взаимоотношений между врачом и больным.

### **ПРИМЕНЯЕМЫЕ МЕТОДЫ**

В процессе лечения необходимо добиться, чтобы пациент свободно выражал свои самые сокровенные чувства и проявлял спонтанные реакции.

Чтобы это было возможно, должны соблюдаться следующие условия:

1. Тщательный отбор больных, для которых данный метод является адекватным.
2. Фиксированное время еженедельного терапевтического сеанса, который проводят в тихом отдельном кабинете, где исключены какие бы то ни было помехи и отвлекающие факторы.
3. Формирование доверительных отношений, при наличии которых врач может способствовать спонтанному выражению эмоций пациентом, в то же время давая ему почувствовать, что это для него безопасно.
4. Лечение, осуществляющееся в рамках **терапевтического контракта**, где в понятной для пациента форме оговорено, в каком объеме предлагается лечение и какие цели должны быть достигнуты в результате предусмотренных этим соглашением сеансов. Врач должен быть очень внимателен и осторожен, чтобы не нарушить контракт со своей стороны; тогда он в случае нарушения контракта со стороны больного сможет интерпретировать это поведение.

#### ПОКАЗАНИЯ

Психотерапию этого типа можно применять в качестве вспомогательного метода в сочетании с другими способами лечения тревожных расстройств, депрессивного состояния и нервной анорексии. Иногда при каком-либо из этих состояний либо при некоторых формах дезадаптивного поведения, таких как самоотравление или булимия, его используют изолированно. Для проведения формализованной аналитической психотерапии отбирают больных с достаточно сильной мотивацией (позволяющей вовлечь их в терапевтический процесс), способных понять суть метода. Кроме того, они должны быть в состоянии внести определенные важные изменения в свою жизнь и стремиться к этому.

Есть несколько признаков, которые дают основания предполагать, что аналитическая психотерапия принесет пациенту пользу: такие больные, как правило, описывают главным образом трудности во взаимоотношениях и неадекватную самооценку — даже при наличии и других психических расстройств.

#### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Противопоказаниями к применению психотерапии этого типа являются:

1. Психотическое состояние.
2. Выраженные параноидные симптомы.
3. Выраженная зависимость от алкоголя или других психоактивных веществ.
4. Неспособность переносить личностный дискомфорт.
5. Вовлеченность в чрезвычайно трудную жизненную ситуацию при отсутствии каких-либо надежд на разрешение проблем.
6. Антисоциальное личностное расстройство.

#### ВОЗМОЖНЫЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Главным неблагоприятным последствием, возможным при использовании психотерапии рассматриваемого типа, является **чрезмерно выраженная зависимость**. В этом случае больной настолько всецело полагается на врача, что ощущает потребность консультироваться с ним практически по любому поводу, из-за чего никак не удается закончить лечение. Чтобы предотвратить это, следует принимать соответствующие меры: тщательно отбирать больных для такого лечения; не допускать продления срока, отведенного для терапии, без необходимости; своевременно распознавать ранние признаки формирования зависимости и справляться с ними надлежащим образом.

#### СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ СЕАНСОВ

Психотерапия часто начинается с вопроса пациента: *«О чем мне говорить?»*. В таком случае обычно следует представить проблему, чтобы приступить к ее обсуждению, но при этом врач намеренно избегает директивного тона. Это необходимо отчасти для того, чтобы можно было быть уверенным, что именно больной продельывает работу по исследованию своих чувств и переживаний, отчасти — чтобы сам пациент (а не врач) играл ведущую роль при обсуждении.

Предполагается, что вначале врач и пациент могут совместно определить значение присутствующих у больного симптомов и определенных ситуаций в его жизни. Для этого нужна теоретическая модель, в соответствии с которой упорядочивают информацию, выявленную во время проведения сеансов психотерапии. Любая такого рода модель должна давать возможность врачу установить ключевые проблемы, предложить соответствующее объяснение, а также наметить способ разрешения.

Ниже мы приводим описание конкретного случая лечения с помощью формализованной аналитической психотерапии, чтобы на его примере проиллюстрировать несколько главных принципов.

#### ПРОБЛЕМА

Сорокалетний мужчина обратился к невропатологу с жалобами на выраженное дрожание во всем теле, возникающее при психическом напряжении. Данное явление наблюдается уже в течение двадцати лет, однако все более и более усугубляется по мере продвижения больного по службе. Ранее проводилось лечение пропранололом и транквилизаторами, но оно оказалось неэффективным, и больной все чаще и в возрастающих количествах употреблял алкогольные напитки с целью подавить тремор.

#### ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Больному показана психотерапия, поскольку другие методы лечения ему не помогают; кроме того, получены данные о связи тремора с межличностными конфликтами. Больной также продемонстрировал твердую решимость выяснить психологическую причину своего дрожания.

#### КОНТРАКТ

Согласно достигнутой договоренности, пациент должен посетить шесть сеансов психотерапии продолжительностью по 40 минут, после чего предстоит оценить эффект лечения. В процессе сеансов будут исследованы эмоции больного, с тем чтобы попытаться понять, в чем причина его специфической реакции на определенные ситуации.

#### ЛЕЧЕНИЕ

При прямом, лобовом подходе никакого прогресса достичь не удалось: пациент просто шел по накатанной дорожке, высказывая привычные, стандартные мысли о своей проблеме: говорил, что в браке вполне счастлив, отношения с друзьями складываются нормально; ссылаясь на то, что не только он — многие другие тоже «нервничают» перед большим скоплением людей. Все это ни в коей мере не объясняло, почему же он испытывал такую сильную тревогу.

Однако как только больной начал доверять врачу, стало возможным указать ему на то, что прежде он, прикрываясь одними и теми же шаблонными фразами, как бы пытался спрятать за ними свои подлинные чувства и переживания («отрицание»).

Как в конце концов выяснилось, в глубине души он считал себя неудачником и был убежден, что его родители разочаровались в нем. Эмоциональная вспышка, во время которой было сделано это признание, сопровождалась слезами. Вместо того чтобы постараться проигнорировать это, врач убедил пациента подробно остановиться на ощущении собственной несостоятельности. Оно оказалось чрезвычайно глубоким и распространялось на другую проблему (о которой раньше пациент не говорил прямо, ограничиваясь неопределенными намеками) — преждевременную эякуляцию.

Врач предположил, что больной обычно сохраняет такого рода переживания в тайне, а значит, постоянно живет в смертельном страхе быть раскрытым. Но истинный страх разоблачения невозможно было выявить до тех пор, пока пациент с огромной тревогой не сообщил о сновидениях гомосексуального характера. Увидев, что врач смог принять его бисексуальные чувства как нормальную часть личности, больной испытал огромное облегчение.

*В дальнейшем все проблемы стали приобретать смысл.* Дрожание возникло вскоре после того, как он оставил школу-интернат для мальчиков (где гомосексуальная активность была обычным явлением), и в то время, когда он начинал испытывать чувство отвержения в гетеросексуальных отношениях. Его стремление к успеху — как в социальном плане, так и в отношении карьеры — так и не реализовалось, а те ситуации, в которых он ощущал себя объектом пристального внимания, вызывали у него тревогу.

В дальнейшем он впервые почувствовал, что способен взяться за решение сексуальных проблем, которые прежде казались непреодолимыми. На этой стадии симптомы тревоги не исчезли, но он верил, что сможет справиться и с ними, а курс бихевиоральной терапии с использованием техник релаксации и десенсибилизации прошел успешно.

#### СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ, КОТОРЫЕ ПРОИЛЛЮСТРИРОВАНЫ В ПРИВЕДЕННОМ ВЫШЕ ПРИМЕРЕ

**Анализ реакции больного на врача:** больным привычно старался произвести впечатление уверенного в себе человека, прилагая все усилия для поддержания именно такого собственного образа и в глазах врача. Когда врач настойчиво и последовательно утверждал, что за этим фасадом скрываются тревога и сомнения, пациент раздражался. Имен-

но анализ данной реакции привел к раскрытию переживаемого пациентом ощущения собственной не состоятельности.

**Эмоциональное возбуждение**, возникающее во время лечения, нередко приводит к проявлению сильных чувств (любви или ненависти) по отношению к врачу. Подобные чувства обычно уходят корнями в прошлый опыт пациента, и на это можно обратить его внимание. В данном случае выяснилось, что в присутствии врача больной начинает испытывать ощущение, будто бы находится рядом со своим отцом; это вызывало чувство неприязни и фрустрации, которое сначала было направлено на врача.

Такое установление связи между настоящим и прошлым часто приносит пользу при проведении психотерапии, но наибольший положительный эффект оно дает при условии, что во время психотерапевтического сеанса в центре внимания находится именно настоящее.

**Реакция врача на больного:** в описанном выше случае врач ощущал раздражение, когда больной вновь и вновь упорно утверждал, что на самом деле ничем не отличается от других людей. Он отметил, что пациент слишком уж усиленно использует отрицание, и это тормозит и затрудняет лечение. В начале пациент опровергал утверждение врача о том, что он прибегает к отрицанию, но в дальнейшем сказал, что если бы он позволил себе полностью признать необходимость лечения, это значило бы для него полностью капитулировать.

**Интерпретация сновидений:** этот метод используется непосредственно для получения доступа к бессознательной информации, которая обычно блокируется механизмами психологической защиты. В приведенном выше примере сновидения содержали всего лишь ничтожный намек на гомосексуальные переживания (не исключено, что его и вовсе не было) — пациент настолько стыдился подобных чувств, что они были чрезвычайно глубоко спрятаны, и ему стоило невероятных усилий заговорить об этом с врачом. Все же рассказав о своих сновидениях, больной почувствовал огромное облегчение. Тот факт, что врач смог принять их как часть натуры пациента, ни в коей мере не изменив своего отношения к нему и не проявив никаких признаков отвращения (которое испытывал сам больной), стал отправной точкой улучшения его состояния.

Обратите также внимание на то, что в этом случае можно было продвигаться от **начальной ана-**

**литической стадии к стадии, более непосредственно ориентированной на выполнение задачи**, в то же время поддерживая готовность больного к активному участию в лечении.

## Групповая психотерапия

Некоторым больным приносит пользу обсуждение их проблем в группе. Использование этой формы психотерапии особенно целесообразно в случаях, когда испытываемые пациентами затруднения имеют отношение к другим людям или когда участников группы объединяет какая-то общая для всех проблема. Существует множество специальных групп для оказания помощи людям с определенными проблемами: например, есть группы для больных, перенесших такие операции, как мастэктомия или колостомия, для лиц, страдавших алкогольной зависимостью и находящихся ныне в стадии реабилитации, а также для тех, кто недавно пережил тяжелую утрату. Осознание того факта, что аналогичные сложности есть и у других людей, а также возможность перенять эффективные способы преодоления трудностей, получив информацию об опыте других членов группы, — все это служит источником поддержки.

## Семейная психотерапия

Работа непосредственно с членами семьи или супружеской парой может быть особенно полезной тогда, когда отношения в семье поддерживают (или даже вызывают) психическое расстройство. Например, семья может играть значительную роль в развитии нервной анорексии, особенно если больной — еще подросток, а родители используют питание как средство оказания давления и проявления власти в рамках семьи. В дальнейшем нарушение пищевого поведения привлекает внимание к конфликтам, связанным с проблемой контроля и власти, и к конкретным способам, которыми конкретная семья могла бы выражать их.

## ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Выбор метода лечения должен логически вытекать из этиологии конкретного заболевания, а также из диагноза. Необходимо составлять план лечения (и записывать его) для каждого больного индивидуально. При этом должны учитываться различные факторы, описание которых приводится в табл. 7.5.

Таблица 7.5. План лечения

---

*Острое заболевание*

1. *Где и кем будет проводиться лечение?*

Оцените, в какой степени больной нуждается в наблюдении и в общем уходе, и какая форма оказания помощи в зависимости от этого будет для него адекватной:

Психиатрическое лечение в стационаре, дневном стационаре, амбулаторное лечение; или медицинская помощь на дому; помощь семейного врача; помощь социальных служб; помощь клинического психолога.

2. *Что следует предпринять, если больной откажется от лечения?*

Необходима ли принудительная госпитализация по медицинским показаниям и можно ли ее оправдать с юридической точки зрения? Представляет ли больной опасность для себя или для других людей?

3. *Необходимы ли неотложные меры для устранения тягостных или угрожающих жизни симптомов?*

Например, изменение окружающей обстановки (путем госпитализации) либо седация.

4. *Лечение, направленное на облегчение течения психического заболевания или его симптомов*

**Биологические методы:** нейролептики, малые транквилизаторы, антидепрессанты, снотворные средства, электросудорожная терапия.

**Психологические методы:** психотерапия — инсайт-ориентированная, поддерживающая, индивидуальная или групповая; бихевиоральная терапия — десенситизация, метод погружения, предупреждение ответной реакции, оперантное обусловливание.

**Социальные методы:** изменения в окружающей обстановке; супружеская, семейная психотерапия или поддержка; использование учреждений социальной помощи или обращение в юридическую консультацию.

**Терапия занятостью:** отвлекающая, творческая, самовыражения; поддержание или выработка навыков поведения или общения.

5. *Лечение сопутствующих соматических расстройств*

Применение препаратов, оказывающих специфический эффект, для лечения органического поражения головного мозга (например, тироксин, витамины, антибиотики). Корригирование водно-солевого баланса, принятие мер для устранения гиповитаминоза, обусловленного недостаточным или неправильным питанием, лечение интеркуррентного инфекционного заболевания.

6. *Коррекция дефектов*

Зрение, слух, речь.

*Хроническое заболевание*

1. *Реабилитация и трудоустройство после получения инвалидности*

В какой мере больной нуждается в помощи, связанной с решением вопросов жилья, трудоустройства, социальных взаимодействий и других подобных проблем, которые могут оказывать влияние на отдаленные результаты лечения?

Например: психиатрический интернат для проведения реабилитации или другое общежитие; направление к инспектору по вопросам трудоустройства инвалидов, обучение новой специальности или работа в мастерской для инвалидов; социальное обслуживание по месту жительства, например помощь в выполнении работы по дому, материальная помощь семьям, доставка готовой пищи на дом инвалидам; общественные службы, например ленч-клуб.

2. *Другие профилактические мероприятия, направленные на предотвращение рецидивов заболевания*

**Биологические:** фенотиазиновые депо-препараты пролонгированного действия, трициклические антидепрессанты, литий.

**Психологические:** наблюдение и консультации, поддержка, помощь социального работника.

3. *Связь и взаимодействие между психиатром, семейным врачом, патронажной психиатрической медицинской сестрой, социальным работником, оказывающим помощь психически больным*

В какой информации они нуждаются? Кто будет назначать лечение?

---

Наряду с рассмотрением таких обычных категорий, как биологический, психологический и социальный аспекты лечения, важно продумать, в каком порядке целесообразно применять соответствующие методы. Для удобства можно выделить более ранние стадии проводимой работы (имеющие отношение к организации лечения, мерам, направленным на смягчение симптоматики, а также на устранение основных причин заболевания) и более поздние — охватывающие процесс реабилитации, профилактику, а также планирование и организацию последующего наблюдения за больным.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Ashton, H. (1992) *Brain Function and Psychotropic Drugs*. Oxford: Oxford University Press.
- Bloch, S. (1986) *An Introduction to the Psychotherapies*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.
- Cooper, J.R., Bloom, F.E. and Roth, R.H. (1991) *The Biochemical Basis of Neuropharmacology*. 6th edition. Oxford: Oxford University Press.
- Corney, R. (ed.) (1991) *Developing Communication and Counselling Skills in Medicine*. London: Routledge.
- Stern, R. and Drummond, L. (1991) *The Practice of Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strange, P.G. (1992) *Brain Biochemistry and Brain Disorders*. Oxford: Oxford University Press.

## 8 Прогноз

Суждение о том, как, по всей вероятности, будет развиваться психическое заболевание в будущем, зависит частично от того, о каком именно состоянии идет речь, частично — от факторов, которые должны учитываться в каждом конкретном случае при любом диагнозе (они будут рассмотрены в данной краткой главе). Если перед вами стоит задача предсказать дальнейшее течение определенного заболевания у вашего пациента, вначале прочитайте в соответствующей главе раздел, посвященный прогнозу, а затем примите также во внимание описанные здесь факторы (см. ниже).

### ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Если у пациента в семейном анамнезе есть сведения о многочисленных случаях расстройства, о котором известно, что оно частично определяется генетическими факторами (например, шизофрения или маниакально-депрессивный психоз), — следует ожидать развития более тяжелой формы заболевания, чем при легкой генетической отягощенности или при отсутствии таковой. Однако не слишком полагайтесь на этот показатель, поскольку нередко встречаются исключения из общего правила, причем отклонения возможны в любую сторону: у больных с тяжелой наследственной отягощенностью иногда наблюдаются относительно легкое течение и благоприятный исход — и наоборот.

### ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К РАННЕМУ ДЕТСКОМУ ВОЗРАСТУ

Тяжелая депривация (например, лишение родительской любви и заботы) в раннем детстве часто оставляет «рубцы» на всю жизнь. Если вашему больному для улучшения состояния понадобится установить определенные устойчивые отношения, спро-

сите себя: а какой опыт подобных взаимоотношений предлагала ему судьба до сих пор? Человек, еще ребенком потерявший близких, всегда будет более уязвимым к воздействию любых утрат.

### ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ

Не забывайте: характерные особенности личности (это ясно уже по определению) относительно постоянны, поэтому не следует рассчитывать на то, что состояние вашего пациента сколько-нибудь существенно улучшится в этом отношении. Так, человек, который всегда отличался депрессивными чертами, навряд ли в среднем возрасте вдруг станет жизнерадостным: случись такое в реальной жизни — наверняка оказалось бы, что у дядюшки Скруджа развился маниакальный психоз или же органическое поражение височной доли головного мозга.

Аналогичным образом, в случае антисоциального личностного расстройства поражение, сформировавшее предрасположенность к нему, было нанесено в раннем детстве, и устранить эту причину невозможно. Если вашему больному больше тридцати лет, то наивысшая степень адаптации, достигнутая им в преморбидном периоде, указывает на тот максимальный уровень улучшения, которого мы можем надеяться достичь в данном случае при самом благоприятном исходе.

### ЗРЕЛОСТЬ И НЕЗРЕЛОСТЬ

Если вашему больному меньше тридцати лет, задайтесь вопросом: вполне ли он уже достиг зрелости или же процесс формирования его личности не завершен (и в какой мере можно рассчитывать на то, что он еще способен измениться в ходе естественного развития)?



В нашем обществе эмоционально здоровые люди, не испытывавшие в детском возрасте депривации и потрясений, в основном достигают зрелости к двадцати годам (в развивающихся странах это происходит значительно раньше). Однако тому, у кого было неблагополучное детство, причем в семье отсутствовали положительные ролевые модели родительского поведения, для этого нередко требуется гораздо больше времени. Так, у молодой женщины из бедной семьи, которая в детстве не получала надлежащей заботы от родителей (поскольку они плохо справлялись со своими обязанностями по отношению к ребенку) и пережила развод между ними, примерно в двадцать — двадцать пять лет могут быть эпизоды самоповреждений (чаще всего вскрытия вен в области запястий) и самоотравления. При доброжелательном отношении и терпеливом руководстве такие пациенты со временем обычно становятся более уравновешенными, поэтому период, когда им нередко требуется медицинская помощь в связи с неоднократно совершаемыми актами самоповреждения, по-видимому, ретроспективно можно рассматривать как фазу их созревания.

Всякий раз, когда вы имеете дело с молодыми пациентами, старайтесь оценить степень их зрелости, задаваясь следующими вопросами:

1. Насколько физически зрелыми они выглядят?
2. Являются ли они уже эмоционально независимыми от своих родителей?
3. Достигнута ли ими экономическая независимость от родителей, и если да, то достаточно ли они зарабатывают, чтобы хватало на жизнь?
4. Удавалось ли им иметь длительные сексуальные отношения со взрослым партнером?

Резервы для дальнейшего совершенствования личности существуют в той степени, в какой ваш пациент еще незрел. При соответствующей помощи, возможно, он сумеет научиться более успешно адаптироваться в жизни.

## УРОВЕНЬ ДОСТИЖЕНИЙ ДО НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

В каждом конкретном случае задавайтесь вопросом: чего сумел достичь в жизни ваш пациент до начала заболевания? Тот, кто успел добиться многого — как в эмоциональном, так и в профессиональном отношении, — имеет более прочную ос-

нову для восстановления после психотического эпизода или черепно-мозговой травмы. Постарайтесь выявить все сферы, в которых пациент оказывался в неблагоприятном положении до того, как заболел: это указывает на его **преморбидные дефекты**, и, скорее всего, будет очень важно помочь ему справиться с ними в период реабилитации. Но если эти недостатки чрезвычайно серьезны или неустраняемы, прогноз будет неблагоприятным.

## ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Анамнез психического заболевания имеет решающее значение для прогноза. Как мог бы сказать вам любой эксперт-статистик страхового учреждения, хотите узнать будущее — посмотрите на прошлое. И недаром в популярной среде медиков поговорке утверждается, что в психиатрии «диагноз вытекает из психического состояния, а прогноз — из анамнеза».

Если ваш пациент никогда прежде не страдал психическим расстройством, у него гораздо больше шансов на полное выздоровление. Если же больной сообщает вам о том, что у него уже было депрессивное состояние, которое к тому же повторялось в течение последних двадцати лет, — весьма вероятно, что у него и в дальнейшем будут время от времени повторяться депрессивные эпизоды.

## ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

В какой степени заболевание вашего пациента можно рассматривать как реакцию на психотравмирующие обстоятельства? Чем тяжелее была психотравмирующая ситуация, которая привела к возникновению расстройства, — тем лучше прогноз (при условии, что имеются данные о хороших адаптационных способностях больного в преморбидном периоде).

## СТЕПЕНЬ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТА НА ДАННЫЙ МОМЕНТ

Какое социальное окружение будет у вашего больного после выписки из больницы? Есть ли у него близкий человек, которому он может доверять, и в каком объеме это доверенное лицо способно оказывать поддержку в периоды кризиса? В каких условиях живет пациент? Испытывает ли он финансовые трудности?

Эти факторы представляются особенно важными с точки зрения дальнейшего течения аффективного заболевания непсихотического уровня.

## ТИП НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Как начиналось заболевание? Вообще говоря, при психических расстройствах, начинающихся внезапно, прогноз значительно лучше, чем в случаях, когда заболевание развивается медленно, исподволь. С точки зрения перспектив наилучшей комбинацией является острое начало расстройства после тяжелой психотравмы, тогда как при ничем не спровоцированном заболевании с постепенно развивающимся процессом наиболее вероятны тяжелое течение и неблагоприятный исход.

## ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Еще одно наблюдение, основанное на статистических данных: чем дольше, тем хуже.

## СОБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫМ РЕЖИМА И СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ

До какой степени можно рассчитывать на то, что больной будет сознательно и ответственно относиться к лечению? Некоторые люди с эксцентрическими чертами характера, а также многие пациенты с антисоциальным личностным расстройством вряд ли станут принимать какое-либо лечение, требующее длительного участия.

Чтобы более обоснованно судить о том, чего можно ожидать от пациента в этом отношении, следует выяснить: если у него прежде бывали приступы заболевания, то как он тогда относился к лечению, насколько дисциплинированно выполнял предписания врача?

## ХАРАКТЕР САМОГО РАССТРОЙСТВА

Вообще говоря, большинство больных психическими расстройствами благополучно выздоравливают, причем у многих из них заболевание в будущем никогда не повторяется. Даже при «больших» психозах, таких как шизофрения и депрессия психотического уровня, могут отмечаться самые разные варианты течения: одни больные полностью выздоравливают, у других наступает лишь частичное выздоровление; в одних случаях наблюдается волнообразное течение, в других — прогрессирующее.

Помните, что такое расстройство, как маниакально-депрессивный психоз, имеет тенденцию к ремиттирующему течению, и хотя вы можете уверять своего больного в том, что он выздоровеет, на самом деле существует большая вероятность развития в дальнейшем повторных приступов заболевания.

Некоторые другие расстройства — например, болезнь Альцгеймера или хорея Гентингтона — имеют прогрессирующее течение и являются неизлечимыми (подробнее об этом вы читаете в соответствующих разделах книги).

Формулируя прогноз заболевания у конкретного больного, избегайте употребления таких неинформативных терминов, как «неопределенный». Сопоставьте различные факторы, свидетельствующие в пользу благоприятного или неблагоприятного исхода заболевания именно у данного пациента. Помните, что на ожидаемый исход в каждом случае в значительной степени влияют те аспекты, которые мы здесь рассматриваем. Например, мы могли бы так сформулировать прогноз:

*Выраженная психопатологическая симптоматика исчезнет полностью, но пациент вряд ли сможет вернуться к своей прежней работе. В дальнейшем весьма вероятно развитие повторных приступов заболевания.*

## 9 Обоснование диагноза

### ЦЕЛЬ ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА

При обосновании диагноза ставится задача интегрировать все клинические данные, необходимые для лечения больного и оценки вероятного исхода: *это не резюме случая заболевания*. Оно проводится в той же логической последовательности, какой мы придерживались при изложении материала в предыдущих главах. Цель этой главы — показать, как интегрируются имеющиеся данные и для чего это делается.

Нет сомнений, что к настоящему времени вы привыкли устанавливать диагноз, а также пользоваться им — и, возможно, вас удивляет, почему же это не совсем подходит для психиатрии. Между тем в гл. 4 мы уже отметили, что любой диагноз имеет существенные ограничения. Процесс диагностики носит преимущественно *номотетический* (буквально — «законодательный») характер. Это означает, что все случаи, относимые к определенной установленной категории, объединены одним или несколькими общими свойствами. Например, у всех больных с диагнозом «туберкулез легких» имеется инфекционное заболевание легких, вызванное туберкулезной палочкой. Хотя эта информация очень важна, ее нельзя использовать в качестве достаточного основания для лечения. Ведь она не дает практически никакого представления о клиническом состоянии (а здесь возможен чрезвычайно широкий спектр вариантов: от случайной рентгенологической находки у внешне здорового человека — до молниеносного воспаления легких) и не помогает нам решить, какие именно лекарственные препараты необходимо назначить.

Напротив, обоснование (в отличие от диагностики) является *идиографическим* (от греч. *idio* — индивидуальный, своеобразный и *grapho* — пишу) процессом. Это значит, что им охватываются уникальные характерные особенности заболевания у каждого больного, которые необходимо учитывать

для обеспечения адекватной организации лечения. Таким образом, если номотетические процессы — это путь к совершенствованию наших знаний о *болезнях*, то идиографические методы мы используем для того, чтобы понять и изучить *индивидуума*.

Для пояснения вернемся к аналогии с туберкулезом легких: в этом случае к дополнительной информации, которую принимают во внимание при обосновании диагноза, можно было бы отнести состояние иммунной системы в период до заболевания, состояние питания человека и состояние здоровья лиц, с которыми он живет. Необходимо также принимать в расчет разнообразие клинических проявлений, чувствительность туберкулезной палочки к воздействию лекарств, степень вероятности того, что больной будет принимать лечение в соответствии с рекомендациями врача, а также риск рецидива вследствие внутрибольничной инфекции.

### ФОРМА ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА

#### Демографические данные

Начинайте с имени и фамилии, возраста, профессии и семейного положения.

#### Описательное обоснование диагноза

Опишите характер начала заболевания (например, острое или постепенное); укажите общую длительность настоящего заболевания на данный момент и характер течения (например, циклическое или неуклонно прогрессирующее). Затем перечислите основные клинические проявления (т.е. симптомы и признаки), которыми характеризуется расстройство у данного больного. По мере приобретения опыта вам следует стремиться избирательно подходить к такому описанию, уделяя основное внимание явлениям, имеющим наиболее важное значение — то ли ввиду их большей диагностичес-

кой специфичности, то ли вследствие их преобладания по тяжести либо длительности существования. *Избегайте длинных перечислений* незначительных или преходящих симптомов и отрицательных данных (отсутствующих симптомов). Базовые данные извлекаются главным образом из анамнеза настоящего заболевания и результатов исследования психического и соматического состояния и используются для постановки синдромологического диагноза в следующем разделе. Обратите внимание, что обычно на данном этапе не сводят воедино все аспекты анамнеза: это делается позже. Если вам известен диагноз предыдущего приступа психического заболевания, это тоже следует принять во внимание; но помните, что настоящее заболевание не обязательно связано с ним, так что не исключено, что диагноз будет совсем другим.

Теперь для примера возвратимся все к той же пациентке миссис Вудс. Из предыдущих глав мы уже в основном знаем анамнез и данные исследования, а сейчас посмотрим, как все это можно использовать для обоснования диагноза.

## Пример 1. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

*Миссис Вудс, 45 лет, домашняя хозяйка, замужем. Три недели назад после смерти матери у нее развилось заболевание с острым началом, характеризующееся подавленным настроением, утратой жизнелюбия и способности радоваться (ангедония), ухудшением сна, ранним пробуждением по утрам, снижением аппетита, уменьшением массы тела, снижением полового влечения, появлением запоров. Начали беспокоить периодические боли в левой половине грудной клетки. При обследовании отмечается легкая замедленность движений и речи, большая часть плачет и выглядит подавленной. Мысли сосредоточены на смерти матери, высказывает бредовые идеи виновности — считает себя ответственной за смерть матери. При соматическом обследовании обнаружены свежие и более старые кровоподтеки на теле.*

## Дифференциальный диагноз

Перечислите по порядку все предполагаемые диагнозы, которые необходимо рассмотреть, обязательно включив в этот перечень те расстройства, для выявления (или исключения) которых вы собираетесь провести исследования. Чаще всего это будут синдромологические диагнозы, базирующиеся на

описательном обосновании (пример которого представлен выше). Приводите все данные за и против каждого рассматриваемого вами диагноза. Учитывайте все имеющиеся в данный момент соматические заболевания, которыми могут объясняться имеющиеся симптомы (полностью или частично). Одна из наиболее распространенных ошибок заключается в том, что врач, планируя, например, исследование функции щитовидной железы, не включает при этом соответствующее эндокринное заболевание в дифференциальную диагностику. Если вы считаете целесообразным провести те или иные исследования, чтобы подтвердить либо исключить предполагаемое вами заболевание, — значит, вы должны включить его в дифференциальную диагностику; если же оно не заслуживает упоминания, то зачем же тогда подвергать пациента неоправданным исследованиям?

Помните, что в дополнение к основному диагнозу вам, возможно, понадобится рассмотреть сопутствующий диагноз, например алкоголизм у больного с клиникой делирия либо личностное расстройство у больного с тревожным состоянием. Что касается миссис Вудс, то здесь картина выглядела бы следующим образом:

1. **Депрессивное состояние: патологическая реакция горя (предпочтительный диагноз).** Симптомы и признаки: подавленное настроение, депрессивное содержание мыслей, вегетативные симптомы — в основном относятся к депрессивному состоянию. Заболевание возникло у пациентки после смерти ее матери; содержание патологических убеждений и восприятий связано исключительно с пережитой утратой.
2. **Маниакально-депрессивный психоз.** Исходя из симптомов психотического уровня, следует рассмотреть возможность того, что это депрессивная фаза биполярного аффективного расстройства. Однако сведений о маниакальных фазах в прошлом нет.
3. **Стенокардия (грудная жаба).** Локализация боли в грудной клетке более характерна для тревоги, чем для ишемической болезни сердца, но прежде чем исключить эту патологию, необходимо провести соответствующее обследование.

## Этиология

Сведения о различных факторах, играющих важную роль в возникновении и развитии заболевания, извлекают главным образом из семейного и лично-

го анамнеза, истории перенесенных ранее заболеваний, а также из информации о преморбидных особенностях личности. Помните, что вы должны стремиться ответить на следующие вопросы: почему именно у этого больного возникло именно это заболевание именно в это время? Если потребуется, вернитесь к табл. 5.1, чтобы использовать системный подход при установлении соответствующих факторов. Мы уже довольно подробно рассмотрели этиологию заболевания миссис Вудс (см. с.64), но вот как ее можно было бы представить при обосновании диагноза:

*К предрасполагающим факторам относятся депрессивное заболевание у матери пациентки, перенесенная в детстве тяжелая утрата (смерть отца), выраженные характерные черты обсессивной и зависимой личности. Заболевание было спровоцировано болезнью и последующей смертью матери, а также неспособностью откровенно признать и принять амбивалентный характер взаимоотношений с матерью.*

## Исследования

Перечислите все исследования, необходимые для подтверждения предполагаемого диагноза и исключения альтернатив, а также все, что (по вашему мнению) потребуется вам для лучшего понимания этиологии. Обоснуйте необходимость каждого исследования, если она не очевидна. Охватите все источники дополнительной информации. Еще раз перечитайте табл. 6.1, чтобы напомнить себе основные принципы систематизированного подхода к планированию исследований. В случае миссис Вудс было бы целесообразно предусмотреть следующее:

*В процессе обследования нужно установить контакт с семейным врачом пациентки, чтобы получить более подробные сведения о психическом заболевании, перенесенном ею в прошлом; следует также ознакомиться с медицинской документацией, относящейся к периоду лечения ее матери в стационаре. Необходимо также провести соматический осмотр, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и ЭКГ-исследование. В дальнейшем требуется организовать постоянное наблюдение за изменениями настроения в течение дня, за сном и аппетитом, вести график изменения массы тела. Инсайт-ориентированная психотерапия может помочь выявить те аспекты тя-*

*желой утраты, которые привели к развитию у пациентки патологической реакции горя.*

## Лечение

Составьте план лечения, которого вы собираетесь придерживаться в дальнейшем. Он должен логически вытекать из результатов анализа этиологии и, разумеется, из диагноза. Рассмотрите поочередно каждый этап ведения пациента (в том порядке, в каком они описаны в гл. 7), начиная с предварительных организационных мероприятий и заканчивая профилактическими мерами, которые могут потребоваться.

*Лечение: Вначале, ввиду тяжести депрессии миссис Вудс и ее пренебрежительного отношения к себе, лечение должно проводиться в стационарных условиях (на добровольной основе). Если результаты соматического обследования подтвердят отсутствие у нее заболевания сердца, необходимо сообщить ей об этом и объяснить, каким образом психологические факторы могут вызывать боли в области сердца. В случае если в больнице признаки депрессии будут удерживаться на протяжении следующих нескольких дней наблюдения, следует назначить трициклические антидепрессанты, обладающие седативными свойствами, например amitриптилин, постепенно в течение нескольких дней повышая дозу до 150 мг (однократный прием на ночь). При отсутствии улучшения в течение двух — трех недель весьма вероятно, что в дальнейшем потребуется рассмотреть вопрос об ЭСТ. Необходимо поощрять участие больной в терапии занятостью в целях поддержания на должном уровне трудовых и социальных навыков. Сначала следует проводить поддерживающую психотерапию, при этом, несмотря на возможность достичь адекватной (до некоторой степени) оценки своего состояния (инсайт), она не должна быть интерпретирующей — во всяком случае, до существенного смягчения депрессивной симптоматики. Пока еще рано предсказывать, в каком объеме пациентке в дальнейшем понадобится помощь для того, чтобы адаптироваться к утрате матери.*

## Прогноз

Опишите ожидаемый исход этого приступа заболевания как в отношении психопатологической симптоматики, так и с точки зрения общего функ-

ционирования в последующем, т.е. оцените перспективы пациента в плане самообслуживания и возвращения к обычной жизни. Рассмотрите возможный риск развития рецидива. Обоснуйте прогностические признаки, опираясь на принципы, изложенные в гл. 8.

*Прогноз: У больной миссис Вудс, вероятно, наступит полное выздоровление, поскольку это — аффективное расстройство (такие расстройства обычно заканчиваются выздоровлением), которое имело острое начало и развилось в результате воздействия особого провоцирующего фактора; больную поддерживает муж, и она не испытывает материальных трудностей. Выраженность вегетативной симптоматики позволяет предположить, что лечение трициклическими антидепрессантами даст хороший эффект. Тем не менее ей, очевидно, будет нелегко адаптироваться к факту смерти матери. Конституционально пациентка предрасположена к депрессивному заболеванию и в дальнейшем у нее вероятны повторные приступы депрессии, особенно в случае тяжелой утраты или других подобных событий.*

## КАК ИСПОЛЬЗОВАТЬ ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Постарайтесь составлять обоснование для каждого больного, которого вы ведете при прохождении курса психиатрии; полученный результат обсудите с остальными врачами. К обоснованию диагноза следует приступать сразу же после того, как вы стали субординатором больного, описали историю болезни и зафиксировали данные исследования психического состояния. Разумеется, в дальнейшем — по мере получения дополнительной информации — в обоснование, вероятно, потребуется внести некоторые изменения.

*Обоснование диагноза не является альтернативой анамнезу и исследованию психического состояния.* Во многих отделениях от вас будут ожидать, что вы при оформлении медицинской документации представите анамнез и описание психического состояния с приложением обоснования диагноза, но это зависит от установившейся в данном учреждении практики.

В предыдущих главах мы ссылались на гипотезы, которые являются неотъемлемой частью клинического подхода. Это требует пояснения. При

обосновании диагноза клинические данные используются для построения гипотез относительно диагноза и этиологии заболевания в данном конкретном случае. Результаты исследований и (что еще важнее) реакция на лечение служат средством их проверки. Эти два показателя позволяют нам выяснить, верны ли были наши первоначальные предположения, но такой контроль возможен только при условии, что мы зафиксировали свои гипотезы в обосновании диагноза.

Если наши предположения не подтверждаются — например, состояние больного не улучшается при проведении запланированного лечения, — значит, необходимо еще раз проверить правильность первоначальных данных. Это потребует пересмотра данных анамнеза, повторной оценки психического состояния, а также, возможно, дополнительных исследований.

Сейчас мы приведем еще два образца обоснования диагноза, которые проиллюстрируют этот процесс на примере различных клинических случаев. Они должны помочь вам приступить к интегрированию всего материала, усвоенного из предыдущих глав, составляющих эту часть книги, и дать вам представление о том, к чему нужно стремиться при самостоятельном написании обоснования диагноза. В них также затронуты некоторые вопросы обследования и лечения нескольких расстройств, описанных в следующих главах.

## Пример 2. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА: ПСИХОЗ

### Демографические данные

*Мистер Алан Ривз, 24 лет, холост, образование высшее, безработный.*

### Описательное обоснование диагноза

Госпитализирован в неотложном порядке неделю назад, после того как был доставлен в отделение скорой помощи своим соседом по комнате. В последние три месяца у пациента все больше и больше нарушалось поведение, он высказывал бредовые идеи преследования, утверждая, что находится под наблюдением органов ЦРУ, сотрудники которого используют лазерные лучи, чтобы управлять его действиями и поступками. Он слышал «голоса», обсуждающие планы убить его, а в день госпитали-

зации переломал почти всю мебель и привел в негодность многие другие свои вещи, явно разыскивая видеокамеру, которая, по его мнению, была «вмонтирована» в его комнате. Еще за четыре года до того — во время учебы на выпускном курсе университета — он начал избегать общения с людьми, и хотя все же окончил вуз и получил диплом, на работу устраиваться не стал. О себе заботился адекватно, но не проявлял мотивации к какой бы то ни было деятельности и не имел никаких интересов, за исключением игры на гитаре и регулярного с тех пор приема ряда неопиатных психоактивных веществ, включая каннабис и амфетамины.

Во время исследования психического состояния сознание ясное. Одежда в беспорядке. В поведении проявляется подозрительность: обошел и внимательно осмотрел комнату. В беседу спонтанно не вступает; отвечает на вопросы очень осторожно (и, по-видимому, многого не договаривает, проявляя скрытность), но связно и по существу. Субъективно оценивает свое настроение как «хорошее», однако с виду производит впечатление человека внутренне напряженного, испуганного; покрыт профузным потом. Умолчал о том, что недавно изломал свою мебель. Во время беседы рассеян, несколько раз прислушивался к «голосам» и разговаривал с ними, но отрицал это, когда ему был задан прямо сформулированный вопрос. Правильно ориентирован в месте и времени. От формализованного исследования когнитивных функций отказался, однако хорошо запомнил в лицо и узнал сотрудников отделения, правильно назвал их имена, дал точное описание последнего визита своих родителей. Считает, что не болен, но нуждается в помощи («возможно, в защите со стороны полиции»); изъявил желание остаться в больнице, поскольку (по его словам) здесь чувствует себя в большей безопасности.

При соматическом осмотре бросается в глаза худоба и неухоженность пациента; какой-либо патологии не обнаружено.

## Дифференциальный диагноз

1. **Параноидная форма шизофрении.** Это заболевание характеризуется стойкими бредовыми идеями преследования, воздействия, а также слуховыми галлюцинациями в форме «голосов», обсуждающих больного. Данные анамнеза настоящего заболевания подтверждают постепенное развитие «негативной» симптоматики (апатии, безволия, заметного снижения уровня социаль-

ного функционирования), а также галлюцинаций. Признаков помрачения сознания, нарушения когнитивных функций или стойких расстройств настроения в настоящее время нет. Злоупотребление психоактивными веществами может быть вторичным по отношению к шизофрении.

2. **Психотическое расстройство, обусловленное злоупотреблением психоактивными веществами (симптоматическая шизофрения).** Симптомы, которые возникли у больного в последние три месяца, не противоречат диагнозу острого психоза, который может быть вызван как каннабисом, так и амфетаминами, особенно в случае приема высоких доз или при длительном злоупотреблении. Хроническое снижение уровня социального функционирования на протяжении предшествующих четырех лет может быть обусловлено «амотивационным синдромом», связанным с постоянным употреблением каннабиса. Подобные состояния обычно возникают при ясном сознании. Необходимо также рассмотреть возможность воздействия других психоактивных веществ или алкоголя, хотя больной отрицает злоупотребление ими.
3. **Вторичный психоз, обусловленный органическими заболеваниями.** Многие другие внутричерепные или соматические расстройства (например, опухоли головного мозга, болезни органов эндокринной системы) могут проявляться в форме параноидного психоза. Но отсутствие признаков органической патологии при соматическом обследовании наряду с длительным течением делает это предположение маловероятным. Могли бы быть некоторые признаки помрачения сознания или нарушения интеллектуальных функций; их еще не удалось исключить из-за того, что пациент не склонен к сотрудничеству.
4. **Злоупотребление психоактивными веществами с психологической зависимостью.** Это скорее не дифференциальный, а дополнительный диагноз, который сам по себе не объясняет наблюдающихся в данном случае психотических черт. Он основывается на данных, свидетельствующих о длительном употреблении каннабиса и амфетаминов и наличии сильного желания продолжать их прием; пренебрежении другими интересами и видами деятельности; сохранении привычки, несмотря на ее очевидный вред.



## Этиология

**Предрасполагающие факторы.** В семейном анамнезе есть указания на то, что дядя больного по материнской линии, по рассказам, прожил много лет в психиатрической больнице, а у одного из братьев нашего пациента наблюдалось снижение уровня социального функционирования, подобное тому, которое отмечается у нашего больного; поэтому возможна наследственная предрасположенность к шизофрении. Сведений о перинатальной патологии, нарушениях развития или о личностных проблемах (исключая последние четыре года) нет.

**Провоцирующие факторы.** Отстраненность от социальной жизни и снижение уровня социального функционирования стали заметными в последние годы его учебы в университете, когда он испытывал напряжение в связи с приближающимися выпускными экзаменами и досаду из-за разрыва помолвки (хотя последнее событие могло быть вторичным по отношению к заболеванию). Самое последнее по времени явное ухудшение состояния развилось вскоре (в течение нескольких недель) после прибытия нового соседа по комнате, который хотел, чтобы наш больной выехал из квартиры.

**Поддерживающие факторы.** Вероятно, к поддерживающим факторам можно отнести злоупотребление психоактивными веществами, усиление социальной изоляции и неспособность обратиться за лечением.

## Исследования

1. Изучить истории болезни дяди и брата пациента.
2. **Сбор дополнительных данных для анамнеза.** Получить более подробную информацию: у родителей больного (главным образом относительно семейного анамнеза, развития пациента в детские годы, преморбидных личностных особенностей); у соседей по комнате (о состоянии пациента в последнее время).
3. **Исследования психического состояния.** Организовать наблюдение в отделении в целях изучения особенностей мышления, восприятия и поведения (включая возможное употребление психоактивных веществ, в том числе алкоголя). Исследовать когнитивные функции, а в случае выявления нарушений — провести психометрическое исследование для диагностики органического расстройства. Позже необходимо оценить уровень критического отношения к психозу

и к злоупотреблению психоактивными веществами, а также вероятность сознательного соблюдения больным плана лечения, рекомендованного врачом.

4. **Исследования соматического и неврологического состояния.** Включить в план: анализы крови; исследование концентрации электролитов в плазме крови; проверку функции печени (в связи с общей запущенностью пациента и с возможным влиянием психоактивных препаратов и алкоголя); анализ мочи на содержание психоактивных веществ и скрининговые тесты на алкоголь. Если в психическом статусе обнаружатся признаки, наводящие на мысль об органическом поражении, — потребуется сделать электроэнцефалограмму и компьютерную аксиальную томограмму головного мозга.
5. **Изучение социальных аспектов.** Вести наблюдение в отделении с целью выяснить выраженность социальной отстраненности у больного и характер его взаимоотношений с членами семьи и с соседями по комнате во время посещений (обратить внимание, есть ли признаки «интенсивного выражения эмоций»). Когда психическое состояние пациента улучшится, оценить его возможности и сильные стороны при проведении терапии занятостью и в других условиях, чтобы с учетом этого составить план реабилитационных мероприятий (включая самообслуживание, профессионально-трудовую деятельность и отдых).

## Лечение

Вначале помощь следует оказывать в условиях стационара (в связи с общей истощенностью и ослабленностью пациента, долгое время пренебрегавшего своим здоровьем, и ввиду его разрушительного поведения). Госпитализация должна проводиться на добровольных началах, поскольку больной выразил желание лечь в больницу и согласился принимать лечение.

**Биологические методы лечения.** Лучше всего в течение одной-двух недель просто понаблюдать за больным (не назначая ему фармакологических препаратов), чтобы посмотреть, не начнется ли за это время процесс спонтанного разрешения психоза без приема лекарств. Однако если из-за поведения пациента возникают существенные трудности, можно назначить нейролептик (например, хлорпромазин или галоперидол) для контроля симптомов.



При отсутствии признаков улучшения состояния необходим регулярный прием (per os) нейролептика, дозу которого следует подбирать в зависимости от реакции на него (с учетом возможных нежелательных побочных явлений). В связи с хроническим характером заболевания представляется вероятным, что в дальнейшем потребуется длительный курс лечения нейролептиками — предпочтительно в форме инъекций депо-препаратов, чтобы гарантировать своевременный прием лекарства. Необходимо организовать консультацию по поводу последствий злоупотребления психоактивными веществами и постараться убедить больного отказаться от их приема.

**Психологические методы лечения и меры по обеспечению социальной поддержки.** На первых порах больного лучше не вовлекать слишком настойчиво в групповую деятельность, позволив ему избежать этого; но по мере смягчения психотической симптоматики нужно уделять все больше внимания реабилитации. В частности, пациента следует поощрять к участию в групповой деятельности и к индивидуальной активности (базирующейся на прежних интересах и достижениях), побуждать к самообслуживанию, к общению — вначале в условиях больницы, а потом все больше и больше за ее пределами. В дальнейшем необходимо помочь ему в решении жилищного вопроса, подобрав наиболее соответствующее его состоянию пристанище. Возможно, это будет общежитие с обеспечением (в той или иной степени) наблюдения и ухода, или квартира в доме, специально предназначенном для психически больных (жильцы которого пользуются льготами по квартплате или освобождаются от нее). Если оптимальным вариантом для пациента окажется возвращение в семью, его близких необходимо проинформировать об имеющемся у него психическом расстройстве и разъяснить, как они могли бы ему помочь. Кроме того, больному потребуется уход, который может быть предоставлен в дневном стационаре или в дневном центре социальных услуг. Впоследствии у него появится возможность заниматься какой-либо деятельностью на общественных началах или пройти переподготовку и получить подходящую для него работу с помощью инспектора по трудоустройству лиц с инвалидностью.

Долговременная помощь может либо предоставляться в форме наблюдения и контрольных осмотров в психиатрической амбулаторной клинике и (или) в клинике для лечения депо-препаратами, либо обеспечиваться семейным врачом и патронажной психиатрической медицинской сестрой.

## Прогноз

К факторам, которые указывают на вероятность неблагоприятного исхода заболевания, в данном случае относятся постепенное начало и длительное течение расстройства, а также «негативная симптоматика». Однако есть и определенные позитивные моменты: отсутствие личностных нарушений в преморбиде; высокий уровень образования; сохранение контакта с заботливой (но при этом не гиперпекающей) семьей и, следовательно, наличие постоянной поддержки со стороны близких. Если злоупотребление психоактивными веществами оказывало серьезное влияние на состояние больного, то отказ от их приема может в значительной степени улучшить исход заболевания.

## Пример 3. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА: СОМАТИЗАЦИЯ

### Демографические данные

*Миссис Мэри Грин, 44 лет, замужем, имеет двух детей; получает пособие по инвалидности.*

### Описательное обоснование диагноза

Миссис Грин была направлена из ортопедического отделения в психиатрическое с **анамнезом** болей в спине, которые беспокоят ее на протяжении трех лет, причем при неоднократно проводившихся исследованиях не удалось выявить какого-либо органического расстройства, объясняющего их происхождение. Боль возникла после незначительной травмы, полученной на работе; локализуется главным образом в поясничной области, но также распространяется как в сторону плеч, так и вниз на обе ноги. Больную в разное время осматривали пять консультантов, однако сделанные ими назначения ей не помогли: боль не удалось снять ни анальгетиками, ни с помощью акупунктуры или мануальной терапии, а после блокады, внутрисуставных инъекций, ламинэктомии и чрескожной стимуляции нервов пациентке, по ее собственным словам, становилось хуже. Она описывает подавленное настроение, которое держится весь день, но суточных колебаний настроения или суицидальных мыслей нет. Сон нарушен из-за болей, тем не менее почти каждую ночь больная спит по крайней мере семь часов; у нее плохой аппетит, но при этом масса тела увеличивается. С момента получения травмы мис-

сис Грин не работает; она утратила прежние интересы, постоянно чувствует себя усталой и большую часть времени проводит «отдыхая». За нею ухаживает муж, рано вышедший на пенсию, и четырнадцатилетняя дочь, которая из-за этого часто пропускает занятия в школе.

На **обследование психического статуса** пациентку доставил в кресле-каталке ее муж, хотя, как оказалось, она может ходить без посторонней помощи и демонстрирует достаточный объем движений во всех суставах. Сидит в обычной позе, но растирает спину и часто морщится. Несмотря на проявляемое внешне стремление к сотрудничеству, периодически отпускает пренебрежительные комментарии по адресу врачей, которые лечили ее раньше и (по ее мнению) отнеслись к ней халатно. В беседе сосредоточена на своих соматических жалобах. Создается также впечатление, что она склонна идеализировать взаимоотношения — как прежние, так и нынешние. Отмечается легкая тревога, признаков депрессии нет. Высказывает сверхценные идеи о том, что у нее пропустили соматическое заболевание, но во время дальнейших исследований его непременно обнаружат. В сфере восприятий преобладают болевые ощущения. Как-либо других патологических убеждений или восприятий не выявлено; когнитивные функции не нарушены. На вопрос об оценке собственного психического состояния ответила, что страдает нераспознанным соматическим заболеванием, которое вызвало депрессию.

Во время **исследования соматического состояния** стоит неподвижно, ходит неуверенно, но показывает полный объем движений во всех отделах позвоночника, суставах верхних и нижних конечностей. Жалуется на распространенную болезненность при пальпации спины; отмечается легкая гипотрофия мышц нижних конечностей. Центральная нервная система, черепно-мозговые нервы, сенсорные и двигательные функции, сухожильные и периостальные рефлекссы без патологических отклонений. Какой-либо иной патологии также не обнаружено.

## Дифференциальный диагноз

**1. Соматоформное болевое расстройство.** В пользу этого диагноза свидетельствуют хроническая боль и тяжелая инвалидность при отсутствии каких-либо объективных данных (несмотря на проведение тщательных осмотров и

обширных исследований), которые подтверждали бы наличие соответствующей органической патологии. Признаки депрессии выражены слабо и, вероятно, объясняются имеющимися в настоящее время жизненными обстоятельствами.

**2. Соматизированное расстройство.** Вполне вероятно, что наблюдающийся в настоящее время болевой синдром представляет собой часть длительного анамнеза соматизации (начало которого относится примерно к десятилетнему возрасту) с множественными повторяющимися соматическими жалобами и несостоятельностью, но при отсутствии сколько-нибудь существенных объективных признаков соматической патологии. Сюда можно отнести имевшие место в прошлом консультации и обследования по поводу болей в животе (в итоге был поставлен диагноз «синдром раздраженной толстой кишки»), меноррагии (закончившейся экстирпацией матки в возрасте сорока трех лет) и головных болей. Обычно эти симптомы совпадали с психотравмирующими жизненными событиями (чаще всего касающимися семейных взаимоотношений).

**3. Депрессивное расстройство.** Этот диагноз также необходимо рассмотреть в связи с субъективными жалобами на подавленное настроение, утомляемость, сужение круга интересов, нарушения сна и аппетита. Однако объективных данных для обоснования этих жалоб почти нет; к тому же отсутствуют характерные изменения со стороны вегетативной нервной системы и депрессивное содержание мышления.

**4. Личностное расстройство** является *сопутствующим (дополнительным) диагнозом*; оно характеризуется тревогой, зависимостью и демонстративными чертами характера. Хотя больная довольно успешно справлялась с работой, она всегда проявляла склонность к чрезмерному беспокойству, особенно тревожась о здоровье и безопасности членов своей семьи. Она стала исключительно зависимой от своей матери, мужа и дочери и никогда не имела близких взаимоотношений вне круга семьи или каких-либо интересов за пределами дома.

## Этиология

**Предрасполагающие факторы.** Мать (с которой больная близко отождествляла себя) подверга-

лась жестокому обращению со стороны отца, страдавшего алкоголизмом, и очень часто бывала нездоровой, невольно послужив для дочери моделью в плане извлечения выгоды из инвалидности. Миссис Грин в детстве сама часто пропускала занятия в школе, поддерживая близкие и взаимозависимые отношения с матерью, ухаживая за нею. Этот приобретенный в ранние годы опыт привел к личностным изменениям и к формированию у больной склонности к соматизации (описание см. выше). Она навсегда сохранила эту модель поведения, став профессиональной помощницей и выйдя замуж за слабовольного мужчину, который злоупотреблял алкоголем и временами прибегал к физическому насилию.

**Провоцирующие факторы.** За год до начала заболевания миссис Грин очень переживала, когда ее сын женился и оставил родной дом. За несколько недель до получения производственной травмы узнала о супружеской измене своего мужа, но впоследствии он остался дома, чтобы ухаживать за нею, и прекратил выпивать. Помимо всего прочего, она поняла, что ей трудно приспособиться к требованиям нового руководителя и к новым порядкам на работе.

**Поддерживающие факторы.** Соматизация привела к отрицанию психологических проблем, и сейчас миссис Грин считает, что все ее страдания обусловлены соматическим заболеванием. К выгодам, получаемым ею от собственного болезненного состояния и способствующим фиксации симптоматики, относятся: устранение супружеских и производственных проблем; установление более близких, проникнутых заботой и вниманием взаимоотношений с дочерью (в которых этот круг начинает замыкаться); материальный доход в виде постоянной пенсии по инвалидности и получения компенсации от ее бывших работодателей. Важную роль сыграл также ятрогенный фактор: ее врачи потратили три года на лечение несуществующих соматических заболеваний (к тому же заявляя своей пациентке, что она «никогда не сможет вернуться к работе») — и не сумели распознать тогда еще излечимое психическое расстройство, которое тем временем приобрело хроническое течение.

## Исследования

1. Изучение **медицинской документации** самой больной и ее матери, оформленной ранее врачами общей практики и в стационаре во время госпитализаций.

2. Проведение **бесед с мужем** с целью получить дополнительные анамнестические сведения, определить степень его осведомленности о расстройстве больной, выяснить его мнение по поводу проблем, связанных со здоровьем жены, и его взгляды на трудности в их супружеской жизни. Важно также получить представление о том, готов ли он принимать участие в проведении психотерапии.
3. **Психологические методы.** Беседы с больной, в которых необходимо раскрыть переживания прошлых лет и последнего времени (описанные выше) и ее отношение к ним, а также выяснить, в какой степени она способна принимать участие в проводимой психотерапии. При планировании лечения понадобится также оценить навыки, интересы и другие положительные качества больной.
4. **Биологические методы.** Если медицинской документацией подтверждается, что все соответствующие исследования уже выполнены, больную необходимо проинформировать о полученных результатах. Следует избегать проведения каких бы то ни было излишних дополнительных исследований.
5. **Изучение социальных факторов.** Патронаж на дому покажет, в какой степени домашние условия приспособлены к потребностям инвалида. Вероятно, понадобятся совместные беседы с больной, ее мужем и детьми, чтобы оценить взаимоотношения в семье и возможность вовлечения ее членов в лечебный процесс.

## Лечение

Прежде всего очень важно, чтобы все специалисты пришли к согласию в вопросе о прекращении применения неадекватных биологических методов воздействия и положили этому конец. Пациентке необходимо объяснить, каким образом стресс может приводить к развитию соматических симптомов, и помочь осознать роль опыта прошлых лет в этом процессе. Если потребуется получить согласие больной на проведение **психотерапии**, это можно оформить в виде «контракта», где будет оговорено прекращение консультаций у других специалистов, ограничение приема бесполезных лекарственных препаратов, а также регулярное посещение психиатрического отделения. Ей необходимо предложить модель активных реабилитаци-

онных мероприятий, а не лечебную модель, в соответствии с которой прежде она была пассивным получателем помощи.

Вряд ли пациентке помогут **лекарственные препараты**, но, возможно, стоит попробовать трициклические антидепрессанты (наращивая дозу до рекомендуемой в течение одного месяца): вполне вероятно, что это даст положительный эффект в связи с возможным наличием симптомов депрессии и благодаря обезболивающему действию лекарственных препаратов данной группы.

При амбулаторном лечении можно было бы использовать **аналитическую психотерапию**, но здесь, скорее всего, возникнут трудности, поскольку больная является «соматизатором». Более приемлемыми могут оказаться некоторые другие подходы, в частности обучение технике снятия стресса с помощью **релаксации** или **когнитивная терапия**, которую может проводить клинический психолог. Еще один вариант заключается в том, чтобы применить **бихевиоральную программу** со структурированными и постепенно усложняющимися видами деятельности, начав ее реализацию в период стационарного лечения в специализированном отделении и постепенно переходя к лечению в дневном стационаре, а в дальнейшем — в амбулаторных условиях. В этот процесс необходимо также вовлечь членов семьи миссис Грин и врачей, с тем чтобы прекратить подкрепление инвалидности и

приступить к подкреплению адекватных видов активности и достижений. Ее мужу и дочери, вероятно, также потребуются внимание и помощь, направленная на удовлетворение их собственных нужд. (Более подробно об организации лечения соматизации см. в гл. 15.)

## Прогноз

Вероятно, исход заболевания будет плохим — прежде всего из-за склонности к соматизации, прослеживаемой на протяжении всего анамнеза, и личностных нарушений; кроме того, затянувшаяся продолжительность настоящего эпизода — также неблагоприятный признак. Негативными факторами являются продолжение выплаты пособия по инвалидности, а также неопределенность позиции других врачей и членов семьи, в связи с чем нельзя быть уверенными в их сотрудничестве. Тем не менее больная впервые поступила в психиатрическое отделение и, по-видимому, выражает желание рассмотреть альтернативные подходы к лечению.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Greenberg, M., Szmukler, G. and Tantam, D. (1986) *Making Sense of Psychiatric Cases*. Oxford: Oxford Medical.

**Часть II СИНДРОМЫ  
ПСИХИЧЕСКИХ  
РАССТРОЙСТВ**

# 10 Психиатрические аспекты соматического заболевания

В начале этой главы будут рассмотрены типы взаимосвязей между психическими и соматическими недугами; далее описываются психические проявления различных соматических заболеваний (сюда же включены психиатрические аспекты эпилепсии). Последний раздел главы посвящен острой и хронической боли.

Многочисленные исследования показали, что между соматическим и психическим заболеваниями существует отчетливо проявляющаяся взаимосвязь, которую нельзя считать случайной. Довольно часто в больничной практике врачи приходят к мысли рассмотреть возможность психического неблагополучия только тогда, когда их попытки выявить органическую причину имеющих у больного симптомов потерпели неудачу. Это в корне неправильный подход, поскольку у большинства больных с психическими нарушениями, находящихся в терапевтических отделениях, *присутствует также и соматическое расстройство*. Неверно и то, что больные, которым мы не смогли установить диагноз соматического заболевания, непременно страдают психическим расстройством! *Психиатрический диагноз следует устанавливать на основании позитивных признаков расстройства, а не методом исключения*.

Одно время было принято разделять соматические заболевания на две группы: к одной относили те, в развитии которых психологические факторы, по-видимому, не играют существенной роли; другая включала в себя так называемые «психосоматические заболевания» — частично обусловленные (как полагали) этими факторами (сюда входили, в частности, экзема, астма, ишемическая болезнь сердца, диабет, язвенный колит). Однако данный термин ныне практически вышел из употребления, поскольку никто сегодня не станет утверждать, будто бы этот принцип приемлем как основа для классификации болезней. Невозможно представить себе заболевание, на которое не влияли бы (в той или иной степени) психологические факторы, и той

ограниченной областью, где все еще используется слово «психосоматический», являются системные исследования, посвященные роли психологических факторов при соматических болезненных процессах.

## ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ СОМАТИЧЕСКИМИ И ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Можно выделить фактически пять типов взаимосвязи между психическими расстройствами и соматическими симптомами, объясняющих высокую частоту психических заболеваний, которые обнаруживаются при специальных обследованиях у пациентов в условиях общемедицинской практики:

1. **Психическое расстройство может провоцировать соматическое заболевание** (или «запускать» механизм, приводящий к его развитию). Чаще всего подобную роль играет депрессия. При обследованиях, проводимых в соматических отделениях стационара, неизменно обнаруживается какой-то процент пациентов, которые, излагая историю своего заболевания, описывают примерно такую последовательность:

психотравмирующее жизненное событие → эпизод депрессии → ухудшение соматического состояния здоровья.

Возможно, что эти — по-видимому, отражающие причинные связи — последовательности все же представляют собой просто одно из проявлений тенденции заболеваний как бы группироваться в кластеры, возникая в определенные периоды на протяжении жизни человека, а не по принципу случайного распределения во времени. Нет сомнений, что такие заболевания, как бронхи-

альная астма и мигрень, с большей вероятностью разовьются на фоне психологического неблагополучия. Согласно данным ряда исследований, это относится также к экземе, карциноме шейки матки и к некоторым другим состояниям.

2. **Психопатологическими симптомами может быть представлена клиническая картина соматического заболевания.** Это не общее правило, но так бывает. Тиреотоксикоз может проявляться как тревожное состояние; при микседеме и пернициозной анемии иногда наблюдается клиническая картина, характерная для депрессии; тяжелую форму миастении можно ошибочно принять за невроз. Более подробно такие расстройства будут рассмотрены далее в этой главе (см. с.122–125).
3. **Психическое заболевание может быть прямым следствием соматического.** В подобных случаях справедливо утверждение, что если бы не возникло соматическое заболевание, то и психическое расстройство тоже не развилось бы (по крайней мере, в данный момент этого не произошло бы). Такая зависимость наблюдается очень часто, и ее легче всего понять. Так, заметив у себя какой-то потенциально серьезный симптом (например, кровотечение из прямой кишки, или уплотнение, обнаруженное в молочной железе), странно было бы не испытывать тревогу, связанную с предположениями о его возможной причине. У человека, который знает, что у него рак, может развиваться депрессия. Важно своевременно распознавать такие психические заболевания: они, как правило, причиняют больному много страданий, которые вполне можно устранить, поскольку эти состояния обычно хорошо поддаются лечению.
4. **Психическое расстройство может усугублять страдания, причиняемые соматическим заболеванием.** В депрессивном состоянии человек более тяжело переносит боль и дискомфорт, чем при отсутствии подобных аффективных нарушений. Доказано также, что тревога снижает болевой порог. Эта общая закономерность сохраняет силу при любых заболеваниях, сопровождающихся хронической болью, — начиная с ишиаса и заканчивая злокачественным новообразованием. В определенных случаях это нужно иметь в виду. Если пациент (о котором известно, что он страдает определенным хроническим

заболеванием) жалуется на обострение болей, обычно напрашивается вывод о том, что это обусловлено прогрессированием основного заболевания, но часто такое заключение оказывается неверным.

5. **Психическое заболевание может быть представлено врачам в форме соматических симптомов, не имеющих под собой какой-либо органической почвы.** Этот феномен называется «соматизацией» психологического дистресса. Именно с существованием данного явления связана характерная для некоторых врачей тенденция приступать к рассмотрению возможных психологических причин имеющихся симптомов только тогда, когда не удастся выявить соматическое заболевание. Однако, как мы увидим в дальнейшем, понятие соматизации можно расширить, с тем чтобы охватить случаи, когда у пациента явно присутствует соматическое заболевание, которым, тем не менее, нельзя объяснить наблюдаемые симптомы. Более подробная информация о соматизации приводится в гл. 15 (см. с.202).

## ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С СОМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

### Психопатологические симптомы как проявление соматического заболевания

Лечение, разумеется, должно быть направлено на основное заболевание. Однако не забудьте объяснить своему пациенту, что именно это заболевание является причиной психопатологических симптомов, которые он вам описал, и попросите его поставить вас в известность, если они не исчезнут по мере улучшения общего состояния.

### Психическое расстройство, обусловленное соматическим заболеванием

Предоставляйте больному возможность «провентилировать» переживания, поделиться своими тревогами и страхами; при этом не упускайте случая выявить и откорректировать любые нереальные

или просто ошибочные опасения. Если переубедить пациента невозможно, сообщите ему о предстоящих исследованиях и пообещайте держать его в курсе дела. Страдающим депрессией целесообразно назначить антидепрессант — предпочтительно тетрациклический, поскольку препараты этой группы (например, миансерин, тразолон или мапротилин) имеют меньше побочных действий, чем трициклические антидепрессанты, и потому лучше переносятся больными с соматическими заболеваниями. Антидепрессанты, обладающие седативным действием, эффективны также при тревоге и не приводят к развитию зависимости.

### **Психическое заболевание, обостряющее симптомы несомненного соматического заболевания**

Лечение таких аффективных заболеваний — чрезвычайно важный компонент общего плана лечения пациента. Однако основные принципы при этом не отличаются от уже описанных, а более конкретные сведения приводятся далее в соответствующих разделах (о лечении тревожных состояний см. на с. 169–170, депрессивных состояний с тревогой — на с. 176–177).

## **ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

При многих соматических заболеваниях психопатологические симптомы являются частью общей клинической картины. Это верно в отношении большинства эндокринных и многих обменных расстройств, а также некоторых нервных болезней.

## **ЭНДОКРИННЫЕ РАССТРОЙСТВА**

### **Гипотиреоз**

Психические расстройства при микседеме так же ярко выражены, как и соматические; они проявляются в виде утраты памяти, сонливости и подавленного настроения. Нарушения когнитивных функций могут быть настолько тяжелыми, что наводят на мысль о **хроническом органическом психосиндроме**. Поскольку на ранних стадиях данного эндокринного заболевания состояние является обрати-

мым, исследование функции щитовидной железы необходимо проводить во всех случаях **пресенильной деменции** (см. с. 143–146). Больные жалуются на апатию, вялость; они медлительны, крайне неохотно принимаются за любое (даже привычное, хорошо знакомое) дело, неспособны сосредоточиться. На основании этих признаков часто ставят диагноз депрессии, а гипотиреоз пропускают. При микседеме может также развиваться большой психоз.

### **Гипертиреоз**

При гиперфункции щитовидной железы наблюдаются повышенная возбудимость, отвлекаемость и тревожность. Возможны и такие проявления, как раздражительность, легкость возникновения старт-рефлексов и непереносимость фрустрации. Следовательно, картина очень напоминает наблюдаемую при **тревожных состояниях**, но такой признак, как гипертиреоз, позволяет верно определить этиологию тревоги. При данном расстройстве может отмечаться нарушенное поведение, характеризующееся чертами демонстративности, а у некоторых больных возбуждение достигает такой степени, что его признаки соответствуют диагностическим критериям **маниакального состояния**. По имеющимся сведениям, при гипертиреозе — как и в случае микседемы — могут развиваться психотические заболевания, включая ажитированную депрессию и шизоформные психозы. Предполагается, что заболевание щитовидной железы как бы запускает механизм, приводящий к возникновению психозов у предрасположенных к ним людей.

### **Синдром Кушинга**

Нетрудно убедиться, что самым распространенным психопатологическим синдромом при данном заболевании является **депрессия**, степень тяжести которой варьирует в широком диапазоне, начиная от легких и заканчивая тяжелыми формами с параноидной симптоматикой. При обследовании любой группы больных с синдромом Кушинга можно с уверенностью предсказать, что доля тех, у кого присутствуют симптомы депрессии, значительно превысит 50%. Нет сомнений, что аффективные нарушения непосредственно связаны с повышенной концентрацией кортикостероидов, поскольку лечение гормонального расстройства приводит к устра-



нению депрессивной симптоматики, которая, однако, вновь появляется в случае рецидива синдрома Кушинга. Теоретически при гипернадренкортицизме можно было бы ожидать развития маниакального синдрома (поскольку прием стероидов способен вызывать эйфорию), однако такие случаи очень редки.

### **Гипофункция гипофиза и надпочечников**

Психосиндром, наблюдаемый при этих эндокринных расстройствах, характеризуется слабостью, отсутствием энергии, утомляемостью в сочетании с нарушениями памяти и затруднениями при сосредоточении внимания. При обследовании нередко бросаются в глаза сонливость и запущенный вид больного, поэтому его состояние может быть ошибочно диагностировано как депрессивное или дементное.

### **Синдром Шихана**

Развитие синдрома Шихана обусловлено после родовым некрозом гипофиза. Наблюдается хронически нарастающее ухудшение самочувствия с отсутствием энергии, депрессией и повышенной чувствительностью к холоду. Следует подумать об этом диагнозе, если у пациентки не возникла лактация и не возобновились менструации после постнатальной геморрагии; наличие синдрома подтверждается отсутствием волос на лобке и в подмышечных впадинах, а также данными соответствующих биохимических исследований.

### **Акромегалия**

В числе наиболее ранних симптомов акромегалии часто отмечаются апатия и утрата инициативности. У одних больных наблюдаются подавленное настроение и раздражительность, у других — лабильность настроения.

### **Заболевание паращитовидных желез**

Самым распространенным психическим расстройством является **депрессия**, которая обычно возникает на ранних этапах развития заболевания и довольно отчетливо выражена. Она развивается как при пониженной, так и при повышенной функции паращитовидных желез и, по-видимому, связана с концентрацией кальция, а не с уровнем паратгормона.

## **Сахарный диабет**

Апатия, вялость, раздражительность, а также спутанность сознания могут предшествовать диабетической коме. На поздних этапах иногда наблюдаются такие осложнения, как более или менее выраженный хронический органический психосиндром (в случае если были инсульты или произошло поражение головного мозга в результате длительной гипогликемии).

## **Гипогликемия**

Гипогликемия может развиваться при сахарном диабете, инсулиноме («спонтанная гипогликемия») либо может быть спровоцирована алкоголем. При этом раньше всего возникают такие психопатологические симптомы, как тревога или паническая атака, слабость, а иногда — деперсонализация. В некоторых случаях это сопровождается атаксией или обнуляющей либо странным (или несвойственным данному человеку) поведением. Порой пациент становится агрессивным и шумным; при этом обычно отмечается (в той или иной степени) нарушение координации движений. Если не будут оперативно приняты необходимые меры, то происходящие процессы приведут к необратимым патологическим изменениям в головном мозге.

В случаях, когда гипогликемия провоцируется алкоголем, события обычно развиваются следующим образом. Человек (который в течение длительного времени плохо питался), приняв большое количество алкоголя, вначале входит в ступорозное состояние, а затем — в кому. Его собутыльники при этом убеждены, что он просто-напросто «мертвецки пьян». Если не будет вовремя установлен правильный диагноз и больной не получит надлежащей помощи, то может и в самом деле наступить смерть.

## **РАССТРОЙСТВА ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ**

### **Нарушение водно-солевого баланса**

Психопатологические симптомы и психические расстройства, которыми сопровождаются различные формы нарушений водно-солевого баланса, представлены в табл. 10.1.

**Таблица 10.1.** *Нарушения водно-солевого баланса и соответствующие им психопатологические проявления*

<i>Вид нарушения</i>	<i>Симптоматика</i>
Алкалоз	Притупление восприятия, спутанность сознания, тетания
Ацидоз (включая гиперкапнию)	Притупление умственных функций, сонливость, измененное сознание; возможен отек диска зрительного нерва
Гипонатриемия	Апатия, слабость, раздражительность, спутанность сознания
Гипокалиемия	Апатия, вялость, спутанность сознания
Гипомагниемия	Депрессия, дезориентировка, делирий

### Почечная недостаточность

Помрачение сознания, затрудненное сосредоточение и вялость, апатия ведут к сонливости и дезориентировке. «Уремия» может, таким образом, проявляться в форме **делирия** либо усиливать ослабляющее заболевание у пожилого больного. Возможна выраженная депрессия, требующая лечения. Симптомы вызваны не самой мочевиной, а нарушением водно-солевого баланса и токсическими концентрациями лекарственных препаратов.

### ГЕМОДИАЛИЗ

Гемодиализ ассоциируется с тремя психологическими проблемами: больные часто жалуются на *тревогу и депрессию*; быстрое снижение концентрации мочевины может вызывать *головную боль, подергивания в мышцах, судорожные припадки и спутанность сознания* (возможно, вследствие отека головного мозга); была также описана *прогрессирующая деменция*, связанная с высокой концентрацией алюминия в головном мозге («диализная энцефалопатия»).

### Печеночная недостаточность

К признакам печеночного прекоматозного состояния относятся психические и двигательные нарушения, которые обусловлены азотистыми веществами, поступающими в организм с пищей. Нередко

обращают на себя внимание скованная поза, неподвижность, застывший взгляд больного, бедность спонтанных движений.

Бывают периоды помраченного сознания с растерянностью, забывчивостью, дизартрией и атаксией. Возникает патологическая сонливость; можно обнаружить характерное «порхающее» дрожание. Иногда отмечается изменение личности, характеризующееся дурашливым поведением и своеобразной «бессмысленной веселостью», так что картина напоминает наблюдаемую при поражении лобной доли головного мозга (см. с.151).

### Острая перемежающаяся порфирия

Острая перемежающаяся порфирия — редко встречающееся расстройство, при котором могут наблюдаться отчетливо выраженные проявления психоза в сочетании с необъяснимой болью в животе. В большинстве случаев отмечаются демонстративное поведение и эмоциональная лабильность. В последнее время все больше сторонников находит мнение, что Георг III\* якобы не страдал этим заболеванием.

\* Георг III (1738–1820) — английский король с 1760 г.; в 1811 г. в связи с его психическим заболеванием было назначено регентство. — *Ред.*

## СОСТОЯНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ИЛИ НЕДОСТАТКОМ В ОРГАНИЗМЕ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВЕЩЕСТВ

### Отравление угарным газом (окись углерода)

Отравление угарным газом вызывает тяжелый амнестический синдром. Могут наблюдаться признаки поражения экстрапирамидной системы; иногда развиваются личностные изменения, характеризующиеся такими чертами, как импульсивность, угрюмость и агрессивность.

### Тиамин

У людей, в питании которых отсутствует тиамин (витамин В<sub>1</sub>), возникают депрессия, раздражительность, апатия, ухудшается аппетит. По мере нарастания дефицита витамина к этим симптомам присоединяются неопределенные соматические жалобы и нарушения памяти; в конце концов развивается корсаковский синдром (см. с.149–151). Острая недостаточность тиамина вызывает энцефалопатию Вернике (с.149–151).

### Никотиновая кислота

При пеллагре возникают отчетливо выраженные психические нарушения, наиболее драматичным из которых является *галлюцинаторно-параноидный психоз*. Кроме того, могут наблюдаться такие проявления, как дезориентировка и спутанность сознания; возбуждение со вспышками агрессивного поведения и депрессия.

### Витамин В<sub>12</sub> и фолиевая кислота

Амнестический синдром, подострый делирий и хронический органический психосиндром могут либо предшествовать мегалобластной анемии, либо сопровождать ее; эти состояния обратимы при лечении, направленном на основное расстройство. Утверждают, что дефицит *витамина В<sub>12</sub>* приводит к появлению симптомов депрессии, но убедительных доказательств этому нет. При недостаточности фолиевой кислоты развиваются симптомы депрессии (в сочетании со снижением мотивации, анергией),

а у пожилых — хронический органический психосиндром (см. с.141, 258).

## СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА (СПИД)

СПИД вызывается *вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)*; в настоящее время это заболевание неизлечимо и во всех случаях заканчивается смертельным исходом. Вирус, как полагают, обладает нейротропным действием и может поражать любые области центральной нервной системы. В дополнение к непосредственному влиянию вируса, на центральную нервную систему могут воздействовать интеркуррентные инфекционные процессы и неоплазии. Органические поражения ЦНС, психосоциальные последствия заболевания, ожидание неизбежной преждевременной смерти — все эти факторы вносят свой вклад в высокий показатель психиатрической заболеваемости среди ВИЧ-инфицированных.

### Эпидемиология

Полагают, что ВИЧ-инфекция и СПИД распределяются на земном шаре чрезвычайно неравномерно. В Соединенном Королевстве к группам риска относят лиц, злоупотребляющих инъекционными формами психоактивных веществ, мужчин с гомосексуальной ориентацией, больных гемофилией; однако инфекция, по-видимому, все более широко распространяется и среди гетеросексуальных мужчин и женщин. Высокий риск развития психических расстройств обусловлен, с одной стороны, СПИДом, с другой — повышенной распространенностью (среди соответствующего контингента) психических нарушений, связанных со злоупотреблением психоактивными веществами и гомосексуализмом.

### Синдромы психических расстройств

#### ХРОНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ

Со временем по меньшей мере у двух третей больных СПИДом развивается хронический органический психосиндром, который известен как *СПИД-дементный комплекс*. На ранних стадиях его, как правило, трудно заметить при обычном клиническом обследовании, однако в ходе психологичес-

кого исследования выявляются определенные дефекты при выполнении сложных интеллектуальных и двигательных заданий. В большинстве случаев расстройство развивается постепенно на протяжении нескольких месяцев с нарастанием нарушений когнитивных функций, очаговой неврологической симптоматики; иногда появляются признаки психоза. Более быстрое прогрессирование патологического процесса может быть обусловлено сопутствующим СПИДу инфекционным заболеванием либо злокачественным новообразованием. Компьютерная томография или магнитно-резонансное изображение структур головного мозга обычно показывают атрофию его коры.

#### ОСТРЫЙ ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ (ДЕЛИРИЙ)

Острый (мозговой) органический психосиндром обычно развивается в результате различных возникающих в процессе течения СПИДа соматических расстройств (или вследствие их лечения) и проявляется так же, как аналогичный синдром при других соматических заболеваниях.

#### АФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

*Депрессивное и тревожное настроение* широко распространено среди представителей всех групп, подверженных повышенному риску заражения ВИЧ, — даже среди тех, у кого отрицательная реакция на вирус, — но особенно оно типично для ВИЧ-инфицированных. Здесь играют роль многие факторы. Депрессивное настроение часто обнаруживается у больных со СПИД-дементным комплексом; считают также, что оно может возникать как *симптоматическое расстройство настроения*, обусловленное непосредственно ВИЧ-инфекцией, при отсутствии нарушений когнитивных функций. Чувство обреченности, характерное для больных в терминальной стадии заболевания, и страдания, обусловленные сопутствующей СПИДу стигматизацией, — все это часто ведет к развитию *большого депрессивного расстройства* или *состояния генерализованной тревоги*; в некоторых случаях возникают *адаптационные расстройства* с симптомами депрессии и тревоги, гневом и враждебностью. Вероятно, большинство больных на том или ином этапе переживают чувство *глубокого горя*. Данные исследования мужчин, страдающих гемофилией, продемонстрировали влияние *предрасполагающих факторов* в дополнение к воздействию, которое оказывают сама по себе ВИЧ-инфекция и диагноз,

а также их последствия. Установлено, что восприимчивость ВИЧ-инфицированных к расстройствам настроения повышают следующие обстоятельства: перенесенное ранее (или присутствующее в семейном анамнезе) психическое расстройство; отсутствие социальной поддержки; жизненные события последнего времени, связанные с утратой.

#### Лечение

В результате *противовирусного лечения* (например, зидовудином) нередко улучшаются когнитивные функции у больных со СПИД-дементным комплексом. Для устранения психотической симптоматики могут понадобиться *нейролептические препараты*, но их следует применять с особой осторожностью, так как под влиянием ВИЧ, по-видимому, повышается чувствительность организма к эффектам блокирования дофамина; при этом, в частности, существенно возрастает риск развития экстрапирамидной симптоматики, а также злокачественного нейролептического синдрома. При использовании *антидепрессантов* следует исходить в основном из тех же критериев, что и при других расстройствах; однако есть сведения о повышенной чувствительности к побочным антихолинергическим действиям препаратов, так что предпочтительно начинать с относительно малых доз, постепенно увеличивая их. Возможно, пациенты будут лучше переносить ингибиторы обратного захвата 5-гидрокситриптамина, чем трициклические антидепрессанты.

Что касается *психосоциальных подходов* к лечению, то следует стремиться к тому, чтобы помощь такого рода была доступна всем больным. Важный вклад в эту деятельность могут вносить организации добровольцев и самопомощи (обеспечивая, в частности, сочувственный уход), а также специализированные многопрофильные службы. Больным, их близким или другим заботящимся о них лицам помогает индивидуальная и групповая поддержка, а некоторым приносят пользу психологические методы лечения тревоги.

Главный приоритет — *предупреждение* распространения инфекции. К основным профилактическим мероприятиям относится проведение просветительной и консультационной работы по вопросам «безопасного секса» среди сексуально активных лиц гетеросексуальной и гомосексуальной ориентаций, а также обеспечение доступности стерильных шприцев и игл для тех, кто употребляет инъекционные формы психоактивных веществ.

## НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

В гл. 11 будут рассмотрены опухоли головного мозга и деменция. В данном разделе обсуждаются два неврологических заболевания, тесно связанных с *аффективными расстройствами*: болезнь Паркинсона и рассеянный склероз.

### Болезнь Паркинсона

Прослеживается отчетливо выраженная связь между этим заболеванием и **депрессией**, которая часто возникает после появления симптомов паркинсонизма. Важно иметь в виду, что лечение депрессии может в значительной степени смягчить нарушения в двигательной сфере.

### Рассеянный склероз

Одно время студентов учили, что при рассеянном склерозе существует тенденция к развитию эйфории. Однако это наблюдается лишь при распространенном поражении головного мозга, т.е. далеко не во всех случаях. Большинство больных описывают симптомы **тревоги и депрессии**, а такие явления могут в значительной степени усиливать и без того серьезные страдания, причиняемые этим заболеванием.

## ЭПИЛЕПСИЯ

У большинства людей, подверженных эпилепсии, с психиатрической точки зрения все в норме, и в подобных случаях нет существенного риска развития хронического органического психосиндрома, большого психоза или личностного расстройства. Вероятность возникновения таких расстройств повышена лишь у тех, кто страдает симптоматической эпилепсией, развивающейся при некоторых органических заболеваниях головного мозга, причем патология височной доли в этом отношении, по-видимому, имеет особое значение.

Тем не менее большинство больных эпилепсией постоянно сталкиваются с предубежденным отношением к себе со стороны других людей, что может ставить их в невыгодное положение в социальном плане и вызывать депрессивную симптоматику. Нередко это оказывает сильное деморализующее воздействие и выводит человека из строя в гораздо большей степени, чем сами по себе судорожные припадки.

## Определение

Эпилептический *припадок* представляет собой приступ с *внезапным* началом (обычно кратковременный), который клинически проявляется через сенсорные, двигательные, психические (аффективные, когнитивные) или вегетативные симптомы. Припадок связан со спонтанной патологической электрической активностью головного мозга, обнаруживаемой с помощью ЭЭГ.

У каждого человека головной мозг имеет определенный порог судорожной готовности, и при соответствующем стимуле у любого может развиваться эпилептический припадок. К таким пусковым факторам относятся: расстройство обмена веществ; болезнь, протекающая с высокой температурой; воспалительное или инфекционное заболевание головного мозга; инсульт или черепно-мозговая травма; интоксикация определенными лекарственными препаратами; острый синдром отмены при резком прекращении приема психоактивного препарата или алкоголя. Подобные *симптоматические судорожные припадки* не дают оснований для постановки диагноза эпилепсии.

Эпилепсия может быть определена как заболевание с *периодически повторяющимися* судорожными припадками. Хотя после единичного спонтанного припадка обычно не приступают к лечению противосудорожными средствами, существуют другие факторы, принимаемые во внимание при оценке риска развития эпилептических припадков в дальнейшем: возраст начала заболевания (у детей и пожилых людей риск более высок), парциальные эпилептические припадки, структурные или врожденные поражения головного мозга, неврологические заболевания, а также патологически измененная ЭЭГ. Однако наличие соответствующих признаков на ЭЭГ само по себе не может служить достаточным основанием для диагностики эпилепсии, поскольку подобные «эпилептиформные» изменения иногда отмечаются у людей, не подверженных эпилептическим припадкам.

## Эпидемиология

Распространенность эпилепсии в общей популяции составляет 4–6 случаев на 1000 чел. населения; мужчины и женщины болеют одинаково часто. Риск развития эпилептических припадков на протяжении всей жизни равен примерно 5%; приблизительно у 30% больных эпилепсией со временем возникают психические расстройства.

Чаще всего эпилепсия начинается в детском или подростковом возрасте; показатели заболеваемости среди представителей обоих полов практически одинаковы. Отмечается некоторая (как считают, генетически детерминированная) тенденция к накоплению случаев эпилепсии в семьях. Среди детей заболеваемость психическими расстройствами составляет: при отсутствии эпилепсии — 7%; при неосложненной эпилепсии — 30%; при эпилепсии, осложненной поражением головного мозга, — 60%.

## Клинические признаки и классификация

Важнейшим основанием для классификации эпилептических припадков является наличие или отсутствие симптоматики, указывающей на то, что припадок начинается вследствие импульса из очага (фокуса) эпилептической активности в головном мозге. Это имеет значение для выбора противосудорожного препарата. *Парциальные эпилептические припадки* (как вытекает из их названия) начинаются локально; при этом очаг располагается чаще всего в височных долях мозга. При *генерализованных эпилептических припадках* очаг на ЭЭГ не обнаруживается.

### ПАРЦИАЛЬНЫЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ

Парциальные эпилептические припадки подразделяют на *простые* и *сложные*: первые отличаются от вторых отсутствием нарушений сознания во время приступа. Парциальные припадки могут распространяться и переходить в генерализованные; этот процесс известен как *вторичная генерализация*. Важно обратить внимание на то, что сам по себе парциальный эпилептический припадок может клинически проявиться только во время такой генерализации, и в этом случае его очаговый характер удастся установить лишь при регистрации на ЭЭГ.

Непосредственно во время **простого парциального эпилептического припадка** отмечаются сенсорные или двигательные симптомы, зависящие от того, какая область головного мозга затронута. Спонтанные движения могут распространяться на конечности, а затем исчезать, тогда как сознание у больного остается полностью сохранным, — эта последовательность называется «джексоновский марш». Очаговые симптомы, осознаваемые боль-

ным, называются *аурой*; за ними может следовать или не следовать генерализованный эпилептический припадок с нарушением сознания. Аура длится лишь несколько секунд, и это — наряду с внезапным началом и стереотипными, интенсивно переживаемыми характерными признаками — помогает дифференцировать ее от иных видов психических феноменов, например панических атак или других невротических симптомов.

При **сложных парциальных эпилептических припадках** за аурой следует нарушение сознания, поскольку приступ зарождается в более высокоорганизованных отделах головного мозга. При сложных парциальных эпилептических припадках с локализацией очага в *височной доле* (прежде эту форму называли височной эпилепсией или психомоторной эпилепсией) аура может выражаться слуховыми, зрительными, вкусовыми или обонятельными галлюцинациями. Бывает «эпигастральная аура», описываемая как ощущение «вспенивания» в брюшной полости, распространяющееся вверх через грудную клетку; у некоторых больных возникают чувство прилива крови к лицу, тахикардия, страх и головокружение. Особенно яркие, неизгладимые воспоминания оставляет внезапно возникающее впечатление, будто бы незнакомая окружающая обстановка является хорошо знакомой (*déjà-vu* — «уже виденное»), или наоборот — привычное окружение представляется совершенно новым, незнакомым (*jamais-vu* — «никогда не виденное»); однако подобные переживания нередко встречаются и у тех, кто не страдает эпилепсией. Непроизвольные движения, например гримасничанье, чмоканье губами, автоматизмы (\*с.287) и фуги (\*с.291) могут возникать в состоянии помраченного сознания.

### ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ

К двум наиболее распространенным типам генерализованных эпилептических припадков относятся *приступы с тонико-клоническими судорогами* и *абсансы*, известные также под названиями «большие припадки» («grand mal») и «малые припадки» («petit mal»).

**Приступы с тонико-клоническими судорогами** имеют подкорковое происхождение и потому начинаются без каких-либо предвестников. Однако могут быть неопределенные продромальные явления, например недомогание, тошнота или головные боли, которые возникают за несколько дней

до развития приступа. Наступает внезапная потеря сознания и генерализованное нарастание мышечного тонуса. Вскоре после тонической следует клоническая фаза генерализованных ритмичных мышечных сокращений, одновременно и симметрично возникающих во всех частях тела. Во время эпилептического припадка возможно прикусывание языка и непроизвольное упускание мочи. Эта стадия обычно длится несколько минут, но может продолжаться и в течение нескольких часов — в таком случае говорят об эпилептическом статусе (*status epilepticus*). Во время клинического обследования в этой стадии обнаруживаются стойкое расширение зрачков, отсутствие корнеальных рефлексов и экстензорные подошвенные рефлексы. Постприпадочная (постиктальная) фаза длится около часа; в это время у больного может наблюдаться дезориентированность, несвязность речи и непоследовательность действий или сонливость; некоторые жалуются на тошноту или головную боль.

При **абсансах** больной внезапно утрачивает контакт со своим окружением и кажется ошеломленным. Поза и равновесие при этом сохраняются, но зрачки расширяются, человек бледнеет и со стороны выглядит как бы остолбеневшим. Голова иногда слегка наклоняется, могут отмечаться легкие подергивания мышц вокруг глаз. Сознание во время приступа глубоко нарушено. Абсанс, как правило, продолжается около пяти секунд, но может быть и более длительным. Приступы обычно возникают по меньшей мере ежедневно. У большинства больных с припадками этого типа не обнаруживаются признаков органического поражения головного мозга.

К другим типам генерализованных приступов относятся *миоклонические и атонические* («акинетические») *припадки*: первые характеризуются генерализованными миоклоническими судорожными подергиваниями, а вторые — резкой утратой мышечного тонуса. Все генерализованные припадки сопровождаются внезапной потерей сознания в начале приступа.

## Эпилепсия в детском возрасте

В детском возрасте эпилепсия проявляется несколькими характерными путями:

1. При эпилептических припадках у новорожденных (**неонатальные судорожные припадки**) часто обнаруживаются симптомы серьезных по-

роков развития или менингита. Если припадки вызываются не гипокальциемией, прогноз крайне неблагоприятный.

2. **Фебрильные припадки** — наиболее распространенная форма эпилепсии: в тот или иной период они отмечаются у 3% всех детей, возникая при заболеваниях, сопровождающихся высокой температурой. Такие припадки, как правило, билатеральные, кратковременные и легкие. Однако если они начинаются на первом году жизни, длятся более получаса или односторонние, то прогноз более серьезный.
3. **Младенческие судороги** проявляются в виде повторяющихся сгибаний туловища вперед («саламова эпилепсия»), возникая примерно трижды в день. Они начинаются в возрасте 4–18 месяцев; по-видимому, связаны с ранним детским аутизмом (см. с.231); нередко сочетаются также с нарушениями интеллектуального развития.
4. **Синдром Леннокса — Гасто**, или «атипичный малый припадок», ассоциируется с приступами четырех типов: генерализованными эпилептическими припадками, дроп-атаками, тоническими приступами и атипичными абсансами. На ЭЭГ обнаруживаются атипичные пики в форме зубцов и разряды волн.
5. В детском возрасте возникают также **малые припадки**: у ребенка сохраняется положение тела, но сознание в течение приступа (который можно определить как абсанс) отсутствует; во время абсанса на ЭЭГ регистрируются три комплекса пик — волна в секунду. В другое время у ребенка иногда могут наблюдаться генерализованные эпилептические припадки.
6. В детском и старческом возрасте чаще, чем в зрелом, бывает **статус малых эпилептических припадков** («статус малой эпилепсии»). Он может удерживаться в течение длительных периодов времени (нескольких месяцев!), и хотя ребенок в сознании, отмечается обнубиляция, сопровождающаяся неспособностью сосредоточиться и нарушением координации движений (при этом обычно страдает успеваемость в школе), а на ЭЭГ обнаруживается постоянная активность в виде трех комплексов пик — волна в секунду.
7. **Генерализованная эпилепсия** («grand mal») в детском возрасте носит спорадический характер.



## Дифференциальный диагноз

Эпилептические припадки необходимо отличать от внезапной потери сознания, обусловленной другими органическими причинами, например простыми обморочными состояниями (синкопе), преходящими ишемическими нарушениями мозгового кровообращения и спонтанной гипогликемией.

К психическим и поведенческим расстройствам, которые следует иметь в виду при дифференциальном диагнозе, относятся: вспышки гнева, приступы задержки дыхания и ночные страхи у детей; гипервентиляция, панические атаки, агрессивные вспышки у возбудимых личностей и псевдоэпилептические припадки у взрослых.

### ПСЕВДОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ

Эпилептические припадки необходимо отличать от психологически обусловленной симуляции припадков, или псевдоэпилептических припадков. Хотя склонность к развитию таких припадков особенно часто встречается у молодых женщин, они могут возникать у самых разных людей — включая даже тех, у кого бывают также истинные эпилептические припадки! Симуляция может быть неосознанной (обычно ее относят к диссоциативным симптомам — см. с.208) или сознательной (см. с.201–202, 208–210).

Псевдоэпилептические припадки обычно характеризуются нестереотипной двигательной активностью: наблюдаемая картина не соответствует ни одному из известных типов эпилептических припадков. У больных прослеживается тенденция к развитию припадков в присутствии других людей; во время приступа они издают эмоционально насыщенные крики, могут отмечаться имеющие сексуальный характер движения. Больной нередко сопротивляется попыткам специалиста осмотреть его, но если врач проявит настойчивость, то обнаружит, что стойкое расширение зрачков отсутствует, корнеальные рефлексы сохранены, экстензорные подошвенные рефлексы не вызываются. Редко случается, чтобы во время приступа больной упустил мочу или прикусил язык. Однако если ему прежде доводилось наблюдать истинные эпилептические припадки, то все выглядит гораздо более убедительно: создается впечатление, что во время приступа и вправду выключается сознание, а совершаемые движения

представляются вполне правдоподобными. После «восстановления сознания» обычно отмечается плохое настроение, но это характерно также для состояния после выхода из тонико-клонических эпилептических припадков.

У некоторых из этих больных в анамнезе присутствует пережитое в прошлом сексуальное насилие, и все большее признание находит мнение, что наличие подобного опыта может иметь существенное значение.

Псевдоэпилептические припадки не сопровождаются типичными для эпилепсии изменениями на ЭЭГ, а после приступа не выявляется повышенная концентрация пролактина в сыворотке крови.

## Этиология

Примерно в 66% случаев эпилепсии не удается установить ее причину даже после полного обследования («идиопатическая эпилепсия»); здесь, по-видимому, определенное значение имеют генетические факторы. В остальных случаях можно доказать, что припадки представляют собой вторичное явление по отношению к какому-либо известному заболеванию головного мозга, в основе которого лежат, например, родовая травма, врожденные пороки развития, расстройства обмена веществ у детей; цереброваскулярное заболевание, черепно-мозговая травма и дегенеративные процессы у пожилых.

Связь между причинами эпилептических припадков и лекарственными средствами включает в себя два варианта: приступ может быть обусловлен либо резкой отменой веществ, обладающих противосудорожными свойствами, таких как производные бензодиазепина и барбитураты, либо приемом препаратов, снижающих порог судорожной готовности, например производных фенотиазина и (в меньшей степени) трициклических антидепрессантов.

Резкое прекращение приема алкоголя после длительного его употребления в больших количествах также вызывает генерализованные эпилептиформные припадки (см. с.127). Поэтому всегда необходимо иметь в виду возможность злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, если у больного — при отсутствии в анамнезе эпилепсии — после госпитализации развивается эпилептический припадок.



## Психиатрические аспекты эпилепсии

### ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Гиперопека в детском возрасте, а в дальнейшем — социальные проблемы и связанные с получением профессии и трудоустройством сложности (с которыми часто сталкиваются больные эпилепсией) нередко приводят к формированию установок на зависимость и неуверенность. Все это может повышать восприимчивость к депрессивному заболеванию.

У больных с височной эпилепсией нередко наблюдаются вспыльчивость, раздражительность и агрессивность; некоторые из них сообщают также о сексуальных проблемах — либо выражающихся в снижении полового влечения, либо связанных с девиантными практиками, такими как фетишизм или трансвестизм.

### ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ

К психическим расстройствам, наиболее распространенным среди больных эпилепсией, относятся тревожные состояния и депрессивные расстройства. Существует повышенный риск самоубийства. Жизнь в условиях гиперопеки и социальные трудности, которые часто сопутствуют эпилепсии, могут способствовать формированию чувства беспокойства и поддерживать низкую самооценку, хотя эти явления не обязательно достигают уровня психического расстройства.

Депрессия, тревога и низкая самооценка обычны среди страдающих эпилепсией; вероятно, это в значительной степени обусловлено невыгодным в социальном плане положением, а также многочисленными проблемами, с которыми сталкиваются в большинстве случаев такие больные.

### ПСИХОЗЫ И ЭПИЛЕПСИЯ

**Постприпадочный (постиктальный) психоз** представляет собой относительно редкое явление. Типичная картина в подобных случаях такова: после большого припадка наступает период ясного сознания, продолжающийся примерно 24 часа; затем развивается «цветущий» психоз с шизофреноформной или аффективной симптоматикой (либо с их сочетанием), который длится около трех недель, а иногда и более. Он может проявляться в форме *галлюцинаторно-параноидного синдрома*, сопровождающегося помрачением сознания («эпилептическое сумеречное состояние»).

**Межприпадочные (интериктальные) психозы** встречаются нечасто; развиваются они, как правило, спустя много времени после начала заболевания, в особенности при эпилепсии, проявляющейся сложными парциальными припадками с локализацией очага в височной доле головного мозга. Обычно наблюдается клиническая картина *симптоматической шизофрении* параноидной формы, с хроническим течением. Помрачения сознания при этом не бывает. Психоз возникает через десять (иногда и более) лет после начала сложных парциальных эпилептических припадков. Считают, что его развитие более вероятно у больных с эпилептическим очагом в височной доле доминантного (обычно левого) полушария. У родственников первой степени родства не выявлено повышенной частоты ни шизофрении, ни шизоидного личностного расстройства; тем самым подтверждается, что психоз действительно вторичен по отношению к эпилепсии. Под *навязанной нормализацией* понимают нормализацию ЭЭГ или уменьшение частоты эпилептических припадков, отмечаемые у некоторых больных после развития рецидивирующих психотических эпизодов.

### ЭПИЛЕПСИЯ И ХРОНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ

Существует три вида возможной взаимосвязи между органическим психосиндромом и эпилептическими припадками: при ослабумливающем заболевании могут появляться эпилептические припадки; либо гипоксия головного мозга, связанная с длительным течением эпилепсии, может стать причиной хронического органического психосиндрома; либо в старческом возрасте *статус малых эпилептических припадков* внешне может напоминать клиническую картину ослабумливающего заболевания с внезапным началом. Диагноз устанавливается с помощью ЭЭГ.

### ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ

Очень важно собрать полный анамнез, включая опрос всех, кто был свидетелем припадков. Чтобы исключить возможность симптоматических эпилептических припадков, необходимо провести соматическое обследование больного с применением лабораторных методов и техники получения изображений головного мозга. В период между припадками ЭЭГ-исследования используются для классификации приступов.

Ценную информацию позволяет получить видеотелеметрия, при которой видеозапись эпилептических приступов ведется параллельно с регистрацией ЭЭГ. Электроэнцефалограмма, сделанная после приступа, имеет огромное значение для диагностики постиктального психоза, фиксируя генерализованные постприпадочные медленные волны.

Непосредственно после тонико-клонического эпилептического приступа повышается концентрация сывороточного пролактина, достигая пика примерно через 20 минут с момента начала приступа. Однако после эпилептического статуса этот показатель не увеличивается, а после сложных парциальных эпилептических приступов картина может быть неопределенной.

Подавляющее большинство больных эпилепсией можно лечить, подобрав для каждого *одно противосудорожное вещество*. В меньшинстве случаев — при эпилептических приступах, трудно поддающихся лечению, — могут принести пользу сочетания препаратов, хотя это повышает вероятность лекарственных взаимодействий и побочных явлений. Противосудорожные лекарственные средства описаны на с.75–77.

Нельзя забывать о **консультировании** больных по социальным вопросам (например, по поводу получения прав на управление автотранспортным средством), а также о просветительной работе относительно практических мер, направленных на предотвращение травматизма. Нужно научить родственников больного обеспечивать его безопасность во время эпилептических приступов, по возможности избегая при этом ограничения его движений. В частности, следует предупредить их, чтобы они не вкладывали ложку (или другие подобные предметы) в рот больного, пытаясь облегчить доступ воздуха в дыхательные пути: это не только бесполезно, но и небезопасно. Еще один важный момент заключается в том, что у многих больных эпилепсией отмечается не соответствующая тяжести их состояния инвалидизация; поэтому необходимо порекомендовать больному и тем, кто о нем заботится, избегать ее развития (или посоветовать, как ее устранить, если она уже установилась).

Для лечения психических расстройств, сопутствующих эпилепсии, могут понадобиться **нейролептики или антидепрессанты**, но надо иметь в виду, что многие психотропные вещества *снижают порог судорожной готовности*.

При лечении **псевдоэпилептических приступов** следует руководствоваться теми же принципами, что и при лечении других форм патологического поведения, связанного с болезнью (см. гл. 15).

## БОЛЬ

Боль относится к сфере восприятия и как таковая является одним из компонентов психического состояния. Она обычно связана с повреждением тканей, а периферические нервы играют важную роль в ее передаче. Однако в ощущении боли ведущая роль принадлежит центральным нервным механизмам: боль может вызываться повреждениями центральной нервной системы, а также модифицироваться под влиянием деятельности ЦНС, которая способна как обострять (что происходит, например, при депрессивных заболеваниях), так и облегчать ее (примером может служить использование гипноза для обезболивания в зубокабинной практике).

## Частота и диагноз

Боль — наиболее распространенный симптом среди тех, на которые обычно жалуются больные: от 50 до 95% пациентов обращаются в поликлиники общего профиля главным образом по этому поводу. Часто в подобных случаях поставить диагноз не удастся: приблизительно у половины таких больных, обращающихся к невропатологам, кардиологам и гастроэнтерологам, даже после обширных исследований и длительного наблюдения так и не обнаруживается никаких признаков соответствующей органической патологии. Около 60% пациентов, которым в медицинских учреждениях общего профиля и в психиатрических амбулаторных учреждениях установлен диагноз психического заболевания, жалуются на боль. Представляется вероятным, что боль связана с психическими заболеваниями в той же мере, что и с соматическими, и особенно часто проявляется при аффективных расстройствах. Однако она неспецифична с диагностической точки зрения и может возникать как симптом любого психического заболевания. Диагноз, как обычно, строится на основании характера имеющихся симптомов и признаков, взятых в совокупности.

## Психологические механизмы, связанные с болью

1. Широко распространены физиологические эффекты тревоги. Повышенное мышечное напряжение, как считают, приводит к «головной боли напряжения»; усиленная перистальтика кишечника может переживаться как боль в животе; при учащенном сердцебиении нередко возникает ощущение боли в грудной клетке.
2. Часто боль ощущается в том месте, где есть (или была) незначительная органическая патология, которая раньше не причиняла человеку беспокойства и стала фокусом внимания лишь тогда, когда у него возникла тревога или развилось депрессивное настроение.
3. При депрессии и тревоге снижается толерантность к боли независимо от ее происхождения.
4. Соматизация часто проявляется в виде боли; она может также возникать в результате действия других механизмов психологической защиты, например интроекции. Боль — чрезвычайно распространенное явление при тревожных состояниях, депрессивных расстройствах, патологической реакции горя.
5. Осознание боли становится более интенсивным, а связанные с ней формы неадекватного реагирования (см. гл. 15, табл. 15.1) чаще проявляются при наличии подкрепления со стороны окружающих, которые более позитивно реагируют на больного, когда он демонстрирует такие формы поведения.

## Острая боль

На интенсивность боли, связанной с органическим заболеванием и травмой (включая послеоперационную боль), особенно сильное влияние оказывает тревога. В больнице пациенты могут испытывать тревогу по многим причинам, но большей частью она обусловлена недостатком адекватной информации о методах исследования и лечения, а также о том, насколько сильной может оказаться боль, которую придется перенести. Доказано, что проведение перед операцией подготовки, включающей предоставление пациенту доходчивых разъяснений относительно предстоящих процедур и обеспечение доступности послеопера-

ционной анестезии (о чем ему также следует сообщить заранее), позволяет не только в значительной степени смягчить испытываемую им после операции боль, но и уменьшить потребность в обезболивании.

Нужно также учитывать и некоторые иные психологические факторы. Так, если женщины и лица с более высокими показателями по шкале невротизма чаще жалуются на послеоперационную боль и получают больше обезболивающих средств от персонала отделения, то многие другие пациенты, испытывая не менее интенсивную боль, жалуются меньше и, следовательно, страдают больше, поскольку персонал, не получая от них информации, не принимает никаких мер для устранения боли. Поэтому очень важно при каждом осмотре расспрашивать пациентов о боли, чтобы при необходимости своевременно оказать соответствующую помощь.

## Больные с хронической болью

Хроническую боль (обычно боль считают хронической, если она удерживается более шести месяцев) могут испытывать больные с самыми разными соматическими и психическими расстройствами, круг которых чрезвычайно широк. К сожалению, распространено ошибочное мнение, будто бы таких пациентов можно разделить на две категории в зависимости от того, страдают ли они «реальной» («органической») или «воображаемой» («психогенной») болью. Этот подход неверен по двум причинам: во-первых, часто у одного и того же больного определенную роль играют и органические, и психологические факторы; во-вторых, боль является прежде всего субъективным переживанием, и если человек ее испытывает, то она всегда реальна, каково бы ни было ее происхождение. Любая комбинация описанных выше механизмов может обуславливать возникновение боли, и многие связанные с болью формы поведения могут оказаться неадекватными. Злоупотребление лекарственными препаратами часто становится серьезной дополнительной проблемой, которая во многих случаях является ятрогенной.

Результаты обследований пациентов, посещающих клинику по устранению боли, показывают, что по меньшей мере половина из них страдают психическими заболеваниями, которые могут быть диагностированы с использованием стандартизованных

методов; однако случаи, когда врачи-анестезиологи, работающие в подобных клиниках, распознавали бы эти расстройства и направляли больных к психиатрам, крайне редки. Среди таких психически больных около двух третей страдают депрессивным расстройством; среди остальных большинство составляют те, у кого первичным заболеванием является ипохондрическое расстройство.

#### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Eastwood, M. (1975) *The Relationship between Physical and Mental Illness*. Toronto: University of Toronto Press.
- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. London: UCLA Press.
- Williams, P. and Clare, A. (1979) *Psychosocial Disorders in General Practice*. London: Academic Press.

# 11 Органические психосиндромы

Органический психосиндром может быть следствием поражения всей коры головного мозга — в этом случае его называют **генерализованным**; если же поражена только какая-либо определенная область коры, то говорят об **очаговом психосиндроме**. Кроме того, генерализованные органические психосиндромы подразделяют (в зависимости от их течения) на **острые** и **хронические**. Но даже это разграничение не всегда возможно провести четко и быстро, и потому промежуточные формы расстройств определяют как **подострые органические психосиндромы**.

Все перечисленные формулировки относятся к синдромальным диагнозам, и в таких случаях всегда необходимы дополнительные исследования, чтобы установить причину расстройства у каждого конкретного пациента.

## ДЕЛИРИЙ

(известный также как **ОСТРЫЙ ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ**)

### Терминология

Нелегко разобраться в многочисленных (и практически совпадающих по смыслу) терминах, используемых для обозначения острого органического психосиндрома. Часто говорят о наличии у людей старческого возраста проявлений *«острого состояния спутанности»* (эта формулировка обсуждается более подробно на с.257). *Состояние спутанности сознания, обусловленное интоксикацией*, относится к вторичному острому органическому психосиндрому, который вызывается токсическими веществами, перечисленными в табл. 11.1. Многие врачи используют термин *делирий*, имея в виду острый органический психосиндром с выраженным психомоторным возбуждением, часто сопровождающийся галлюцинациями и иллюзиями, но другие специалисты не проводят такого разграничения.

### Эпидемиология

Делирий — довольно распространенное состояние, возникающее у 5–10% пациентов в стационарах соматического и хирургического профиля; оно также часто развивается у пожилых людей. По некоторым оценкам, почти у 30% населения в тот или иной период жизни наблюдался данный синдром. Это наиболее частая причина психотического состояния у больных в отделениях общего профиля. Делирий возникает в случаях, когда нормальное функционирование головного мозга нарушается вследствие воздействия какого-либо из факторов, перечисленных в табл. 11.1.

### Клиническая картина

Несмотря на все разнообразие этиологических факторов, представленных в табл. 11.1, клиническая картина делирия относительно постоянна. Данное состояние характеризуется следующими проявлениями:

1. **Помрачение сознания** (см. с.38) — состояние с острым началом и флюктуирующим течением — более выражено ночью, чем в дневное время. По мере разрешения основного патологического процесса сознание проясняется. Слабовыраженное помрачение сознания бывает трудно выявить, если не обследовать больного ночью или тогда, когда он утомлен. У некоторых больных ослабление внимания и нарушение мышления могут быть незначительными, так что их удается обнаружить лишь при регулярном исследовании когнитивных функций. Но в тяжелых случаях иногда вообще не удается привлечь внимание больного, который реагирует только на свои галлюцинаторные переживания; при этом его речь становится бессвязной и совершенно непонятной для наблюдающего за ним человека.

**Таблица 11.1. Причины делирия**

	<i>Соматические</i>	<i>Внутричерепные</i>
Травма		Черепно-мозговая травма
Дегенеративный процесс		Деменция, обусловленная острым заболеванием
Эпилепсия		Состояния, развивающиеся после эпилептического припадка Статус малых эпилептических припадков
Сосудистая патология	Инфаркт миокарда Анемия Сердечная недостаточность Внутреннее кровоизлияние	Тромбоз или эмболия сосудов головного мозга Субарахноидальное кровоизлияние Приступы преходящей ишемии Гипертоническая энцефалопатия
Инфекционные заболевания	Экзантемы Сепсис Воспаление легких Грипп Брюшной тиф Сыпной тиф Малярия с поражением головного мозга Трипаносомоз	Энцефалит Менингит Ревматическая хорея Абсцесс головного мозга
Нарушения обмена веществ	Уремия Печеночная недостаточность Алкалоз, расстройства кислотно-щелочного равновесия Ацидоз, гиперкапния Нарушения электролитного баланса Аноксия Сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов грудной клетки, а также анемия	
Эндокринные расстройства	Гипертиреозидные кризы Микседема Криз, вызванный болезнью Аддисона Диабетическое прекоматозное состояние, гипогликемия Заболевания паращитовидных желез	
Токсические	Лекарственные препараты: см. текст на с.138 Алкоголь: белая горячка энцефалопатия Вернике Тяжелые металлы: свинец, мышьяк, ртуть	

2. **Дезориентировка во времени** (см. с.37) обычно появляется раньше, чем дезориентировка в пространстве и дезориентировка в отношении собственной личности. Степень выраженности колеблется в зависимости от уровня сознания; больной может быть ориентирован днем и дезориентирован ночью.
3. **Нарушение мышления** («спутанность») возникает в сочетании с помрачением сознания. Вначале мышление может быть замедленным, но по мере прогрессирования патологического процесса становится все менее ясным и все более несвязным.
4. Возникает нарушение регистрации, ретенции и воспроизведения информации.
5. **Нарушения восприятия** нередко оказываются для персонала первым сигналом, указывающим на патологическое изменение психического состояния пациента. В клинической картине могут преобладать *иллюзии и ошибочные интерпретации*. Ошибочная интерпретация наиболее вероятна в отношении незнакомых людей и предметов. Больной может считать сотрудников отделения врагами или заговорщиками и отказываться от приема лекарственного препарата, будучи уверенным, что это яд. Наиболее типичны для подобных состояний *зрительные галлюцинации*, хотя нередко возникают также *слуховые и тактильные*. Галлюцинаторные переживания могут принимать форму сложных, нередко чрезвычайно пугающих сцен, причем больной себя ощущает их участником, испытывая при этом отчаянный страх.
6. Отмечаются определенные изменения в эмоциональной сфере. Вначале обычно возникают тревога, раздражительность, депрессия и апатия; выраженный страх может проявляться не только в связи с вышеописанными галлюцинаторными переживаниями или с персекуторными идеями, но и без них. Иногда больной пытается покинуть отделение, стремясь избежать представляющих ему устрашающих сцен.
7. **Нарушение психомоторных функций** проявляется в одной из двух следующих форм. Может развиваться выраженная *психомоторная заторможенность* в сочетании с апатией и «отгороженностью» больного от окружающей действительности. В более тяжелых случаях наблюдается *двигательное беспокойство, гиперактивность*, когда больной постоянно тербит постельное

белье или то и дело пытается вскочить с постели, — такая картина характерна для *белой горячки* (*delirium tremens*) (см. с.140).

Нарушение способности усваивать новую информацию обычно обнаруживается по выздоровлении, когда становится явной глубокая амнезия на период делирия. В течение этого состояния сознание у больного может иногда проясняться, на какое-то время возвращаясь к нормальному уровню, и за счет этих «светлых промежутков» остаются фрагментарные, но яркие воспоминания об эмоционально насыщенных сценах.

### Диагностические критерии

Для научно-исследовательских целей можно использовать приведенные ниже диагностические критерии.

- А. Остро развивающееся помрачение сознания, сопровождающееся уменьшенным объемом внимания, а также
- Б. Два или больше из следующих признаков:
  1. Дезориентировка или нарушение памяти.
  2. Расстройства восприятия (ошибочные интерпретации, иллюзии, галлюцинации).
  3. Бессвязная речь.
  4. Нарушение цикла сон-бодрствование (с бессонницей ночью и сонливостью днем).
  5. Повышенная или пониженная психомоторная активность.

### Этиология

Рассматриваемый синдром может быть вызван любой причиной, нарушающей общее функционирование головного мозга, вне зависимости от того, относится ли этиологический фактор к внутричерепной патологии (энцефалит, субдуральная гематома и т.п.) или имеет соматический характер (пневмония, уремия и др.). В развитии делирия иногда играют роль несколько этиологических факторов. Кроме того, определенный вклад в этиологию могут вносить некоторые обстоятельства, не входящие в перечень «основных причин». Например, совокупное воздействие факторов (таких как послеоперационная резидуальная анестезия, образовавшиеся после переливания крови токсины, боль, незначительные нарушения функции дыхания, опиатные обезболивающие лекарственные препараты, дегидратация, тревога, незнакомая окружающая обстановка) может привести к развитию делирия, хотя

ни один из них сам по себе не способен вызвать это состояние.

Установление точного времени начала делирия нередко дает ключ к выявлению главного этиологического фактора: так, может оказаться, что возникновение состояния совпало с резким повышением температуры тела (например, при инфекционном заболевании), с заменой лекарственного препарата или с развитием дегидратации.

#### ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Острый органический психосиндром могут вызывать очень многие лекарственные препараты, в том числе:

1. **Дофаминовые агонисты** (особенно в комбинации):  
Циклодол (бензгексол).  
L-ДОФА.  
Амантадин.
2. **Антидепрессанты**, в наибольшей степени — амитриптилин (особенно вероятно развитие делирия при назначении препарата пациентам с тяжелыми соматическими заболеваниями или в случае приема в больших дозах).
3. **Транквилизаторы и снотворные средства**:  
Барбитураты.  
Производные бензодиазепина.  
Производные фенотиазина.
4. **Антихолинергические лекарственные препараты**:  
Атропин.  
Гиосцин.
5. **Противотуберкулезные лекарственные препараты**:  
Изониазид.  
Циклосерин.
6. **Цитотоксические лекарственные препараты**.
7. **Противосудорожные лекарственные препараты** (особенно в больших дозах).

Алкоголь и барбитураты могут вызывать токсические проявления либо при острой интоксикации, либо в состоянии отмены. Таким образом, если острый органический психосиндром развивается у пациента, поступившего в стационар, на протяжении первых трех суток после госпитализации, — весьма вероятно, что это состояние обусловлено резким прекращением регулярного упот-

ребления алкоголя или лекарственного препарата, от которого у данного больного имеется зависимость.

## Дифференциальный диагноз

### ХРОНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ

В некоторых случаях не выявленный ранее хронический органический психосиндром может впервые проявиться в форме острого органического психосиндрома, если у человека разовьется какое-либо интеркуррентное инфекционное заболевание, которое приведет к состоянию острой декомпенсации функций головного мозга. По мере выздоровления от инфекционного заболевания хронический органический психосиндром становится очевидным. Аналогичное действие могут оказать неожиданные перемены в окружении больного (например, смерть кого-то из близких, переезд на новое место жительства и т.п.). И в том, и в другом случае о таком преходящем остром органическом психосиндроме иногда говорят как о *декомпенсированной деменции*.

### ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

*Депрессия у пожилых* (см. с.261) может проявляться помрачением сознания и нарушением способности сосредоточиваться. Иногда острое начало *маниакального состояния* или *шизофрении* (в дополнение к более типичным ее проявлениям) сопровождается растерянностью, обнубляцией и нарушением способности мыслить.

При этих функциональных психозах помрачение сознания, дезориентировка и нарушение концентрации внимания, как правило, выражены менее отчетливо, чем другие характерные признаки данного психического состояния. Так, при тяжелом депрессивном состоянии подавленное настроение и психомоторная заторможенность будут доминировать над нарушениями когнитивных функций, а при шизофрении со временем все более явными становятся проявления психоза.

## Исследования

Различные исследования назначают в зависимости от результатов врачебного осмотра. Если при этом не выявлена наиболее вероятная причина делирия, целесообразно наметить следующую программу.



*К исследованиям, включаемым в первоочередной цикл, относятся:*

Полная формула крови.  
СОЭ.

Мочевина и электролиты.  
Исследование функций печени.  
Исследование функции щитовидной железы.  
Содержание сахара в крови.  
Серологические реакции на нейросифилис.  
Микроскопия мочи и посев на микрофлору.  
Анализ мочи на содержание психоактивных веществ или порфирины.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

*Для дифференциации делирия от функционального психоза:*

ЭЭГ (при делирии появляются медленные волны).

*Кроме того, могут понадобиться такие исследования:*

Содержание витамина В<sub>12</sub> и солей фолиевой кислоты в сыворотке крови.  
Люмбальная пункция.  
Компьютерное аксиальное томографическое сканирование головного мозга.

## Лечение

Больного необходимо обследовать в больнице.

### ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Коррекция основной соматической патологии — главная цель лечения.

Возможно, потребуется воздействовать на целый ряд факторов. Нужно принять меры для нормализации водно-солевого баланса, питания, для устранения изменений со стороны крови. *Любые лекарственные препараты, применение которых не вызвано необходимостью, следует отменить.*

### СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ И ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Если поведение пациента (обусловленное острым органическим психосиндромом) серьезно препятствует его лечению, то, возможно, придется прибегнуть к нейролептикам. Поскольку эти лекарственные препараты сами по себе способны вызывать делирий, следует назначать их — ограничиваясь минимальными дозами — только тогда, когда другие меры (описание которых приводится ниже) оказываются безуспешными.

В подобных случаях предпочтителен *галоперидол*: по сравнению с хлорпромазином он имеет целый ряд преимуществ — оказывает транквилизирующее действие без явлений седации, обладает менее выраженным гипотензивным эффектом и гораздо меньшим отрицательным влиянием на печень. Он не накапливается в организме, в отличие от диазепама, а также практически не вызывает помрачения сознания и нарушений поведения (эти побочные эффекты характерны для производных бензодиазепаина).

*Хлорметиазол* эффективен при делирии любого происхождения в тех случаях, когда вероятно развитие эпилептиформных припадков, например при белой горячке.

Особенно полезно назначать подобные лекарственные препараты на прием в вечернее время, поскольку это способствует нормализации сна, лишение которого может приводить к обострению делирия.

Уход за больным, находящимся в состоянии делирия, имеет свои особенности. Чтобы свести к минимуму обманы восприятия у такого пациента, его *палата ночью должна быть хорошо освещена*; лучше, чтобы численность ухаживающего за ним персонала не превышала нескольких человек, которых он легко мог бы запомнить и узнавать в лицо. Больного необходимо *часто успокаивать* из-за испытываемого им страха; нередко это — в сочетании с *многократно повторяемыми объяснениями*, которые спокойным, уверенным тоном дают сотрудники отделения, — позволяет снизить потребность в седации.

При раннем выявлении острого органического психосиндрома можно избежать необходимости седации, поэтому во всех случаях, когда персонал после ночного дежурства сообщает о легкой степени помрачения сознания или о проявлениях нарушенного мышления, отмеченных у тяжелобольного, таким наблюдениям нужно уделить самое серьезное внимание и тщательно обследовать состояние пациента.

Очень важно, чтобы больной с острым органическим психосиндромом получал лечение в стационаре. Иногда для этого бывает необходимо применить раздел 5(2) Закона о психическом здоровье (см. с.285, табл. 21.1).

## Течение и прогноз

После разрешения основного заболевания делирий может затягиваться на несколько дней. Что касается исхода, то имеются следующие данные.

В одном исследовании, посвященном делирию, у большинства больных в изучаемой выборке был либо рак, либо тяжелое заболевание сердца, и показатель летальности в период госпитализации в данной группе составил 20%, а по истечении года достиг почти 50%. Однако при делирии, обусловленном токсическим действием либо резким прекращением приема лекарственного препарата (или других психоактивных веществ), прогноз намного лучше, чем в случаях, когда его причиной является потенциально смертельное заболевание.

## ПОДОСТРЫЙ ДЕЛИРИЙ (известный также как ПОДОСТРЫЙ ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ)

Это состояние является промежуточным между острым и хроническим органическими психосиндромами: его развитие менее внезапно, чем это обычно бывает при делирии; в клинической картине наблюдаются признаки, характерные для обоих типов; течение также имеет промежуточный характер. В такой форме часто проявляется энцефалопатия Вернике (см. с.149).

## АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ (БЕЛАЯ ГОРЯЧКА)

Примерно у 5% больных, поступивших в стационар с соматическими осложнениями алкоголизма, развивается белая горячка. Обычно это состояние возникает у мужчин среднего возраста, постоянно злоупотребляющих алкоголем на протяжении нескольких лет, но иногда оно наступает и после нескольких месяцев такого злоупотребления.

### *Первые 12 часов:*

Легкие симптомы отмены, такие как тремор и возбуждение (ажитация).

### *Через 12–48 часов после прекращения употребления алкоголя:*

Могут возникать генерализованные эпилептиформные припадки.

### *Через три-четыре дня после прекращения употребления алкоголя:*

Развивается клиническая картина белой горячки (в основном аналогичная наблюдаемой при остром органическом психосиндроме любой

другой этиологии), характеризующаяся следующими особенно выраженными признаками:

1. Острое, внезапное начало с выраженным беспокойством, бессонницей и страхом.
2. Помраченное сознание и дезориентировка.
3. Реакции испуга, паники и ночные кошмары.
4. Выражение ужаса на лице.
5. Наличие атаксии и тремора.
6. Потливость, тахикардия, слегка повышенная температура тела; покраснение или, напротив, бледность кожи лица.

### *Позже:*

1. Множественные зрительные и тактильные иллюзии и галлюцинации (больным белой горячкой, как правило, представляются чрезвычайно живые, яркие картины устрашающего содержания; очень часто они видят различных мелких существ — это могут быть крысы, змеи или какие-то отвратительные фантастические создания; гораздо более редки галлюцинаторные образы крупных животных, например розовых слонов).
2. Слуховые галлюцинации угрожающего или персекуторного содержания.
3. Дезориентировка и спутанность.

## Лечение

Медицинская помощь при алкогольном делирии должна быть безотлагательной; больного помещают в стационар и принимают следующие меры:

1. Важное место в лечении занимает **седация** с применением хлорметиазола или диазепама, которые наряду с седативным действием обладают также **противосудорожными свойствами**. Их можно вводить каждые четыре часа (при необходимости — внутривенно). По мере улучшения состояния дозу снижают и самое большее через две недели отменяют прием препарата.
2. Парентральное введение **витаминов группы В** (при назначении на ранних этапах) позволяет предотвратить развитие энцефалопатии Вернике.
3. Поскольку возможно выраженное обезвоживание организма, может понадобиться **возмещение жидкости**. Необходимо следить за электролитным балансом, поскольку при данном

состоянии часто наблюдаются гипокалиемия и гипомagnesия.

4. Нередко развивается гипогликемия, которая может вызывать серьезные поражения головного мозга. Поэтому во вводимую жидкость следует включать декстрозу.
5. Делирий часто сопровождается сопутствующим **инфекционным заболеванием или черепно-мозговой травмой**; в этих случаях назначается соответствующее лечение.
6. По окончании острой фазы потребуется некоторое время продолжать проводить **седацию на ночь**, если у больного возникают яркие ночные кошмары вследствие подавления REM-фазы сна. Чтобы избежать развития зависимости от седативных лекарственных средств, *приблизительно в течение десяти дней дозу препарата постепенно снижают*.
7. После выздоровления больного необходимо обследовать, чтобы выявить *все возможные последствия злоупотребления алкоголем*, включая признаки хронического алкогольного поражения головного мозга (см. с. 145). Надлежит также оценить степень мотивации к лечению по поводу алкоголизма.

## Течение

Белая горячка обычно разрешается примерно за три дня, но и после этого высокий уровень тревоги может сохраняться неделями и месяцами. Тревожные состояния необходимо лечить, поскольку они повышают вероятность того, что пациент вновь возобновит употребление алкоголя.

Показатель летальности при белой горячке составляет 10–15%. Смерть наступает вследствие развития эпилептиформных припадков, сердечной недостаточности, инфекционных заболеваний или в результате самоповреждений, которые наносит себе больной в наиболее острой и тяжелой стадии делирия.

## ДЕМЕНЦИЯ

(известная также как  
**ХРОНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЧЕСКИЙ  
ПСИХОСИНДРОМ**)

Хотя многие врачи используют эти термины как взаимозаменяемые, некоторые оставляют термин

«деменция» для тех хронических органических психосиндромов, которые являются необратимыми.

## Эпидемиология

По приблизительным оценкам, 10% населения в возрасте старше 65 лет страдает деменцией, а среди лиц старше 80 лет этот показатель повышается до 22% (см. с. 258). Большинство таких больных остаются жить в домашних условиях, и только менее одной пятой пациентов с наиболее тяжелыми формами заболевания направляют в больницы или дома престарелых.

## Терминология

Во всех случаях хронического органического психосиндрома необходимо провести тщательное обследование для установления этиологии, поскольку некоторые причины устранимы и состояние может оказаться обратимым. Для хронических органических психосиндромов, возникающих в возрасте до 65 лет, обычно используют термин **пресенильная деменция**, тогда как термин **сенильная деменция** применяют к аналогичным состояниям, развивающимся в более позднем возрасте. **Сенильная деменция альцгеймеровского типа** и **мультиинфарктная деменция** — наиболее распространенные формы; реже встречается **болезнь Пика**. Еще более редкое явление представляют собой **хорея Гентингтона** и **болезнь Крейцфельдта — Якоба**.

## Клиническая картина

### НАЧАЛО

Нарушение памяти иногда развивается настолько постепенно и незаметно, что не привлекает к себе внимания врача до тех пор, пока не станет очень выраженным. Также понемногу может снижаться способность адаптироваться к различным социальным ситуациям, причем мысль о наличии какой-то патологии нередко возникает лишь тогда, когда больной уже не в состоянии справиться с обычной повседневной деятельностью и совладать со своими проблемами.

### ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ

1. **Ухудшение памяти (амнезия)** без помрачения сознания — отличительный признак данного синдрома. Часто на ухудшение памяти первыми

обращают внимание родственники или сослуживцы больного, тогда как сам он поначалу может даже отрицать наличие нарушений. Развитие процесса обычно происходит настолько постепенно, что трудно установить хотя бы относительно точное время его начала. Вслед за незначительной забывчивостью, затруднениями при запоминании имен, места и времени назначенных встреч понемногу появляются более определенные признаки амнезии. Так, больной может заблудиться в хорошо знакомой ему местности; все более очевидным становится ухудшение качества выполнения им обязанностей на работе, да и в домашних делах (тех, что посложнее, — вроде приготовления какого-либо блюда по кулинарному рецепту) он иногда безнадежно запутывается. Человек оставляет открытым газ, бродит по ночам; он не в состоянии припомнить, какое сегодня число и день недели, — обычно именно эти и подобные им проявления утраты памяти привлекают внимание окружающих. Ухудшение памяти является тотальным, но на ранних этапах наиболее заметна потеря кратковременной памяти при относительной сохранности долговременной. Нарушается воспроизведение информации, и человек уже не может обойтись без подсказки даже говоря о том, что, казалось бы, давным-давно прочно запечатлелось в памяти. Некоторые, скрывая утрату памяти, прибегают к различным спискам и записям, а также строго придерживаются раз и навсегда заведенного порядка в повседневной деятельности. Бывает, что кто-либо из близких трлрантно относится к утрате памяти у больного и помогает компенсировать ее; в таких случаях трудности иногда обнаруживаются лишь после того, как больной лишается такого помощника (например, если тот умирает или уезжает).

2. **Деградация личности** отражает как интеллектуальное снижение, так и изменение социального сознания. Самым ранним признаком может быть заострение личностных черт, приводящее к развитию обсессивной или ипохондрической симптоматики. Может утрачиваться умение вести себя; человек игнорирует чувства и переживания других и становится все более упрямым, раздражительным и замкнутым. На более поздних стадиях наблюдается пренебрежение к уходу за собой, несоблюдение личной гигиены, о чем свидетельствуют такие признаки, как нео-

прятная, покрытая пятнами одежда; повседневная жизнь становится совершенно беспорядочной. В конце концов развивается недержание мочи и кала, но к этому времени апатия чаще всего достигает такой степени, что больного, по видимому, все это оставляет абсолютно безучастным.

3. **Мышление** становится замедленным и ограниченным с тенденцией к размышлениям на несколько тем, касающихся прошлого. Появляется персеверация. Человек с ослабумливающим расстройством не в состоянии справиться с новыми идеями, утрачивает способность к абстрактному мышлению. Ему трудно сосредоточиться, и при попытках сконцентрировать внимание он быстро устает. Способность критично рассуждать, делать логические выводы, умозаключения снижается; вследствие этого развиваются идеи отношения или даже бредовые идеи. Так, потеряв у себя дома (из-за собственной забывчивости) какую-то вещь, а затем случайно обнаружив ее, больной интерпретирует этот факт как доказательство того, что в его жилище якобы проник (и похозяйничал там) некий незванный гость. На более поздних стадиях мышление сводится к крайне ограниченному, предельно суженному кругу тем и может утратить связность. Эти нарушения отражаются в речи: по мере прогрессирования ослабумливающего процесса она становится все более медленной, бедной и со временем превращается в скудный набор непонятных слов и обрывков фраз.

4. Иногда клиническая картина органического психосиндрома может включать **психопатологическую симптоматику**, традиционно ассоциирующуюся с функциональными психозами. В частности, подобные проявления наблюдаются примерно в 33–50% случаев болезни Альцгеймера на той или иной стадии ее развития. Сюда относятся: бред, паранойяльные идеи, галлюцинации (главным образом зрительные и слуховые); симптом ложного узнавания (других людей, себя в зеркале; событий, отраженных в телепередаче) либо ложная убежденность в присутствии посторонних лиц в доме; аффективные расстройства (обычно депрессия, но иногда маниакальное состояние); поведенческие нарушения (например, агрессивность, блуждание по дому, сексуальная расторможенность, расстройства пищевого поведения). Некоторые изменения невозможно объяснить только амнезией (на-

пример, в случае, когда больной обвиняет родственника в краже сумки, которая на самом деле вовсе не похищена, а потеряна). Нередко возникает раздражительность, иногда — эмоциональная лабильность (беспричинные вспышки гнева, горя или смеха), однако считается, что это более характерно для сосудистой деменции. Наблюдаемые во время исследования когнитивных функций эпизоды фрустрации, сопровождающиеся слезами, получили название **катастрофических реакций**.

5. **Афазия, апраксия, агнозия** — признаки нарушения корковых функций. Афазия обычно представляет собой сочетание утраты способности понимать речь (сенсорная афазия) с нарушением устной речи, чтения и письма (моторная афазия); она может также проявляться в форме неспособности называть предметы, попадающие на глаза (амнестическая афазия). Термином «апраксия» обозначают неспособность выполнять двигательные задания, несмотря на сохранность двигательных и чувствительных функций; данное нарушение обычно проявляется в том, что больной не в состоянии надлежащим образом одеться или, например, пользоваться ножом и вилок. Агнозия — это неспособность узнавать людей или предметы. Иногда человек с деменцией не может узнать близкого друга или родственника.

## Диагностические критерии

Деменцию можно определить как приобретенное генерализованное поражение интеллекта, памяти и личности без нарушения сознания.

Для научно-исследовательских целей этот диагноз может устанавливаться при выявлении **утраты интеллектуальных способностей** (если она выражена настолько, что препятствует социальному или профессиональному функционированию), ухудшения памяти и по меньшей мере **ОДНОГО** из следующих признаков (при этом у больного не должно быть помрачения сознания):

1. **Нарушение способности к абстрактному мышлению.**
2. **Сниженная критика.**
3. **Афазия, апраксия, агнозия или конструктивная недостаточность.**
4. **Изменение личности.**

## Этиология

Сенильная деменция будет обсуждаться в гл. 19 (см. с.258); здесь мы рассмотрим *хронические органические психосиндромы, возникающие в возрасте до 65 лет*. Дегенеративные процессы, вызывающие такие психосиндромы (иногда называемые **пресенильными деменциями**), достаточно важны, чтобы их обсудить отдельно.

### БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Это одна из наиболее часто встречающихся форм пресенильной деменции.

Были описаны семейные случаи болезни Альцгеймера с аутосомно-доминантным типом наследования, но в большинстве случаев предполагается мультифакториальный тип наследования. Риск развития заболевания у родственников первой степени родства больного, страдающего болезнью Альцгеймера, повышается в четыре раза.

Заболевание обычно начинается в возрасте до 40 лет; оно чаще встречается у женщин. Для первой стадии типичны недостаточность памяти, непоследовательные, неэффективные действия при решении обычных повседневных задач, пространственная дезориентировка. Больной может быть апатичным или же растерянным и возбужденным. На следующей стадии быстро развиваются признаки интеллектуального снижения и симптомы, характерные для поражения теменной доли (см. с.151–152); могут появиться экстрапирамидные симптомы. Бывают галлюцинации и бредовые идеи. В терминальной стадии заболевания наблюдается картина глубокой апатической деменции; больной прикован к постели, отмечается недержание мочи и кала. На ЭЭГ всегда обнаруживаются патологические изменения.

**Патологическая анатомия и биохимия.** Атрофия коры головного мозга носит генерализованный характер, но больше всего она выражена в области лобных и височных долей. При гистологическом исследовании обнаруживаются массовая гибель нервных клеток в новой коре головного мозга, а также пролиферация астроцитов, сенильные бляшки и нейрофибриллярные клубки, причем в большем количестве, чем в головном мозге людей примерно того же возраста, которые не страдали болезнью Альцгеймера. Клинические проявления деменции возникают тогда, когда число бляшек и нейрофибриллярные изменения достигают определенного порога. При

обычном старении в головном мозге, по-видимому, имеются достаточные резервные возможности, чтобы компенсировать влияние таких изменений (пока они удерживаются в определенных пределах) и все же поддерживать нормальное функционирование.

Наблюдается **потеря холинергических нейронов**, иннервирующих новую кору: на это указывает выраженное снижение концентрации энзимов — *холинацетилтрансферазы* и *холинэстеразы*. В основном холинергическая иннервация берет свое начало из базального ядра Мейнерта, расположенного в основании переднего мозга; при болезни Альцгеймера происходит дегенерация нейронов в этом ядре. Было наглядно продемонстрировано значение холинергических механизмов: холинергические лекарственные препараты, например ингибитор холинэстеразы *физостигмин*, вызывают временное улучшение памяти у больных, страдающих деменцией типа Альцгеймера, тогда как антихолинергические лекарственные препараты, например антагонист мускариновых рецепторов скополамин, оказывают противоположное действие. Поскольку при болезни Альцгеймера корковые постсинаптические мускариновые рецепторы остаются относительно сохранными, предпринимались попытки их стимуляции *холиномиметическими веществами* (холин, лецитин), однако назначение пациентам соответствующих препаратов не привело к успеху.

Помимо холинергических нейронов норадренергические и 5-гидрокситриптаминаергические нейроны, иннервирующие неокортекс, также могут подвергаться дегенерации, вследствие чего снижаются концентрации норадреналина и 5-гидрокситриптамина в коре головного мозга. Обнаружено стойкое снижение концентрации коркового *соматостатина*, указывающее на дегенерацию нервных клеток, содержащих этот нейропептидный транмиттер.

#### МУЛЬТИИНФАРКТНАЯ ДЕМЕНЦИЯ (АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ ДЕМЕНЦИЯ)

Мультиинфарктная деменция развивается в результате повторных инсультов, часто вследствие эмболии сосудов головного мозга. Во всех отделах сердечно-сосудистой системы обнаруживаются признаки атеросклероза, а очаговые признаки, такие как псевдобульбарный паралич, повышенные

рефлексы, разгибательные подошвенные рефлексы и экстрапирамидные симптомы, отмечаются чаще, чем при болезни Альцгеймера. При деменции этого типа происходит выраженное размягчение вещества головного мозга, и это отличает ее от болезни Альцгеймера, при которой преобладают сенильные бляшки.

Мультиинфарктная деменция редко начинается в возрасте до 50 лет, ее распространенность среди мужчин и женщин примерно одинакова. Наиболее значимым отличием деменции этого типа от болезни Альцгеймера является ступенеобразное прогрессирование, а также наличие признаков атеросклероза при исследовании соматического состояния. Кроме жалоб на ухудшение памяти, больные могут предъявлять соматические жалобы, например на головную боль, головокружение, звон в ушах и обморочные состояния. Могут развиваться преходящие гемипарезы, нарушения речи или зрения, которые на первоначальных стадиях заболевания восстанавливаются, но со временем процесс приводит к тому, что деменция становится все более глубокой.

#### БОЛЕЗНЬ ПИКА

По сравнению с болезнью Альцгеймера болезнь Пика встречается реже, но общеизвестная клиническая картина также хорошо узнаваема. При этом заболевании атрофия коры головного мозга особенно сильно выражена в лобных и височных долях, поэтому уже на ранней стадии проявляются изменения личности и нарушения речи. Гибель нейронов отмечается наряду с глиозом, но бляшки и клубки отсутствуют, а ЭЭГ может быть нормальной.

#### ХОРЕЯ ГЕНТИНГТОНА

Это расстройство характеризуется сочетанием пресенильной деменции, экстрапирамидных признаков и хореических движений. Передача заболевания единственным *аутосомно-доминантным геном* общепризнана; хореей поражается половина потомков больного человека. В настоящее время уже есть возможность выявлять некоторых из носителей гена. Хореоформные движения, как предполагается, связаны со сниженной концентрацией ГАМК в базальных ганглиях и черной субстанции. Деменция при хорее Гентингтона часто развивается медленно и обнаруживается позже, чем неврологические или психотические признаки, которые начи-

наются с изменений личности (таких как склонность к сварливости, медлительность и равнодушие), но наряду с этим возникают шизофреническая симптоматика и существенные изменения в аффективной сфере.

Наиболее выраженная атрофия коры обнаруживается в лобных долях головного мозга и в хвостатых ядрах; отмечается значительное расширение желудочков.

#### БОЛЕЗНЬ КРЕЙЦФЕЛЬДТА — ЯКОБА

При этой форме деменции атрофические процессы в головном мозге менее выражены, но при микроскопическом исследовании обнаруживается, что серое вещество имеет характерную губчатую структуру, наряду с этим наблюдаются потеря нейронов и пролиферация астроцитов. Такая картина может возникать в различных областях головного мозга, чем и объясняется разнообразие клинических проявлений заболевания. *На ЭЭГ всегда отмечаются патологические изменения* в виде повышенной активности медленных волн и двусторонних потенциалов «пик-волна», которые появляются при миоклонических судорогах. В экспериментальных условиях удавалось заразить приматов болезнью Крейцфельдта — Якоба (прививая им материал, взятый от больного человека); известны также отдельные случаи передачи «естественным путем». Это дает основания утверждать, что заболевание вызывается медленным вирусом или вирусоподобной частицей и что оно родственно нейровирусной инфекции куру (встречающейся на Новой Гвинее). Возможно, что вирусоподобная частица неспособна вызвать обычную воспалительную реакцию в головном мозге; ведутся поиски подобного этиологического фактора и при других формах пресенильной деменции.

#### АЛКОГОЛЬНАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Накапливается все больше данных, свидетельствующих о том, что при многолетнем злоупотреблении алкоголем развивается атрофия вещества головного мозга. На ранней стадии (в первые годы заболевания) связанный с алкоголизмом хронический органический психосиндром, по-видимому, является обратимым.

**Причины деменции недегенеративного характера** представлены в табл. 11.2. Далее приводятся сведения о четырех *неврологических заболеваниях*, которые целесообразно рассмотреть отдельно.

#### ГИДРОЦЕФАЛИЯ С НОРМАЛЬНЫМ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

При этой форме гидроцефалии затруднен свободный выход цереброспинальной жидкости из желудочков в субарахноидальное пространство. На протяжении нескольких недель или месяцев ухудшается память, походка становится шаркающей, появляется недержание мочи и медлительность. Во многих случаях отмечаются патологические изменения на ЭЭГ, однако диагноз подтверждается с помощью компьютерного аксиального томографического сканирования, которое показывает симметричное расширение желудочков при отсутствии увеличения субарахноидального пространства над базальными цистернами. Лечение заключается в создании анастомоза (**шунтирование**) с помощью одностороннего клапана между боковым желудочком и верхней поллой веной. Результаты могут быть разными, но иногда удается получить впечатляющий эффект.

#### НЕЙРОСИФИЛИС

В наши дни *прогрессивный паралич* стал до некоторой степени редкостью, но в свое время он был важной причиной хронического органического психосиндрома, сопровождающегося очень характерными неврологическими признаками (зрачковый симптом Аргайлла Робертсона, треморный тремор языка, дизартрия, атаксия и симптомы поражения высших двигательных нейронов). *Менинговаскулярный сифилис* проявляется головной болью и сонливостью, переходящими в деменцию; может развиться базальный менингит с параличом черепно-мозговых нервов и широким разнообразием других неврологических симптомов (в зависимости от области головного мозга, вовлеченной в патологический процесс).

#### СИНДРОМ ПАРКИНСОНА

При синдроме Паркинсона в основе как деменции, так и двигательных расстройств может лежать артериосклероз. Но деменция описана и в случаях идиопатического паркинсонизма, этиология которого не установлена.

#### РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

У большинства больных рассеянным склерозом обнаруживаются незначительные нарушения когнитивных функций. Глубокое глобальное слабоумие нетипично, однако изредка оно может быть одним из проявлений клинической картины заболевания.

**Таблица 11.2. Причины деменции**

		<i>Соматические</i>	<i>Внутричерепные</i>
Дегенеративные процессы			См. текст на с.143–145 Травматическая энцефалопатия боксеров
Новообразования	Вторичные проявления		Опухоли головного мозга* Субдуральные гематомы* Гидроцефалия с нормальным внутричерепным давлением*
Инфекционные заболевания			Нейросифилис* (прогрессивный паралич или менингovasкулярный нейросифилис) Хронический энцефалит
Кислородная недостаточность (аноксия)	Анемия* Сердечная недостаточность с явлениями застоя* Хроническая дыхательная недостаточность		Отравление окисью углерода Состояние после остановки сердца
Нарушения обмена веществ	Уремия* Печеночная недостаточность* Отдаленные последствия карциномы		
Эндокринные расстройства	Микседема* Болезнь Аддисона* Гипогликемия* Заболевание паращитовидных желез*		
Воздействие токсических веществ	Барбитураты*, бромиды* Марганец, дисульфид углерода		Атрофия вещества головного мозга алкогольного генеза
Недостаточность витаминов	Дефицит витамина В <sub>12</sub> и фолиевой кислоты* Дефицит тиамин* Дефицит никотиновой кислоты*		

**Примечание.** «Звездочкой» помечены потенциально устранимые причины хронического органического психосиндрома.

При исследовании любого случая хронического органического психосиндрома особенно важно выявлять обратимые (хотя бы частично) состояния, а также те, прогрессирование которых можно остановить. В частности, особое внимание следует уделять причинам деменции, отмеченным «звездочкой» в табл. 11.2.

### **Дифференциальный диагноз**

#### **ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ДЕМЕНЦИИ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ**

1. **Депрессивная псевдодеменция.** Люди в старческом возрасте, страдающие депрессией, нередко производят впечатление дементных; при этом



они предъявляют жалобы на ухудшение памяти, кажутся дезориентированными, плохо осведомленными о текущих событиях; показатели, получаемые при тестировании когнитивных функций, как правило, неудовлетворительны. Подробный анамнез, собранный у информатора, позволит дифференцировать первичное депрессивное настроение, ведущее в дальнейшем к нарушению памяти, от клинической картины деменции, которая начинается с нарушений памяти и поведения, но приводит к депрессии на более поздней стадии. Сведения о депрессивном эпизоде в прошлом, депрессивная симптоматика, предваряющая остальные симптомы, а также более острое начало — все это поможет сделать правильные выводы.

2. **Истерическая псевдодеменция.** Больного, который заблудился и не способен назвать свое имя и адрес, могут доставить в отделение неотложной помощи (см. **диссоциативная амнезия**, \*с.288). Иногда подобных больных госпитализируют для обследования в связи с предполагаемой деменцией, однако при внимательном наблюдении выявляется несоответствие между плохими результатами тестирования когнитивных функций и способностью пациента хорошо ориентироваться в отделении.

Для **синдрома Ганзера** характерны такие признаки, как «разговор мимо» и «приблизительные ответы», например:

*Сколько ног у лошади?*

*Пять.*

*Какие цвета на дорожных светофорах?*

*Красный, желтый и синий.*

Ответы больного явно неточны, но все же указывают на то, что заданный вопрос был понят. Абсурдные ответы даются умышленно и с демонстрируемым внешне серьезным намерением. Игривостью, детскостью характеризуются некоторые ответы больного также при «**синдромах дурашливости**», связанных с гебефренической формой шизофрении или с хроническим гипоманиакальным состоянием. Следует, кроме того, учитывать, что пациент может сообщать о галлюцинаторных переживаниях; у него может наблюдаться флюктуирующий уровень сознания или другие истерические (диссоциативные) симптомы (см. с.208–209). Такие состояния наиболее вероятны у лиц с низким IQ и черепно-мозговой травмой в анамнезе. Могут вовлекаться либо ис-

терические механизмы, либо сознательная симуляция (симулирование заболевания; см. с.208).

3. **Психотическое состояние.** *Гипоманиакальное состояние* может проявляться в форме клинической картины деменции, и провести разграничение иногда бывает непросто, особенно если формальное исследование когнитивных функций затруднительно или вообще невозможно. Страдающие хронической шизофренией при наличии выраженного психического дефекта тоже могут производить впечатление дементных. В подобных случаях необходимо учитывать другие характерные признаки заболевания, которые должны быть ясны из данных анамнеза.

#### ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ДЕМЕНЦИИ С ДРУГИМИ ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

1. **Корсаковский синдром** (см. с.149). Этот синдром ограничивается расстройством кратковременной памяти и дезориентировкой во времени, в то время как хронический органический психосиндром носит генерализованный характер, включая в себя нарушение мыслительных способностей, эмоциональную лабильность и изменения личности.
2. **Острый органический психосиндром** (см. с.135). Для делирия характерно более острое начало; отмечается также помрачение сознания. При хроническом органическом психосиндроме у больного в большей степени сохраняется контакт с окружением, и он предпринимает попытки к сотрудничеству, несмотря на нарушения когнитивных функций. При остром органическом психосиндроме уровень сознания больного флюктуирует, и во время «светлых промежутков» иногда создается впечатление, что когнитивные функции интактны. Выраженные расстройства восприятия более вероятны при остром органическом психосиндроме.
3. **Очаговые органические психосиндромы.** Очаговые неврологические симптомы имеют огромное значение для установления локализации патологического процесса в головном мозге. При дегенеративных пресенильных деменциях неврологические симптомы, как правило, симметричны. Характерна также следующая особенность: при дисфазии, связанной с диффузным хроническим заболеванием головного мозга, больному гораздо легче вспомнить названия

предметов, если он их видит и может взять в руки, тогда как при очаговом патологическом процессе возможность физического и визуального контакта с объектом практически не помогает.

4. **Умственная отсталость.** В случае умственной отсталости при тщательном сборе анамнеза обнаружится, что имеющиеся у пациента нарушения имеют достаточно давнее происхождение; при психометрическом тестировании будет выявлен ограниченный словарный запас, соответствующий показателям вербального и невербального IQ, тогда как при деменции словарный запас, как правило, остается относительно сохранным.

### **Исследования, проводимые при хроническом органическом психосиндроме**

#### **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДИАГНОЗА**

Если пациент не болен соматически, не испытывает боли, не находится в чрезмерно выраженной депрессии или тревожном состоянии, то для подтверждения диагноза достаточно провести психометрическое исследование (см. с.66).

#### **ИССЛЕДОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

В беседе с информатором выясняют следующее:

1. Возможные семейные случаи деменции или хореи Гентингтона.
2. Перенесенные черепно-мозговые травмы (могут иметь значение даже легкие травмы головы).
3. Сведения об обморочных состояниях, эпилептиформных припадках или коллаптоидных состояниях.
4. Полный перечень лекарственных препаратов, принимаемых пациентом. Особенности питания; отношение больного к данному вопросу (не пренебрегает ли он питанием?).
5. Отношение больного к употреблению алкогольных напитков.
6. Описание характерных черт личности до болезни. Обязательно следует спросить об эпизодах депрессии в прошлом.

7. Длительность существования имеющейся симптоматики. (Если нарушения появились недавно, можно предположить опухоль головного мозга, латентный инфаркт головного мозга или экстракраниальные патологические процессы.)

#### **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ВЫЯВЛЕНИЕ УСТРАНИМЫХ ПРИЧИН**

**Всем больным** должны проводиться такие исследования:

1. Гемоглобин, формула крови, вязкость.
2. Реакция Вассермана или эквивалентные ей исследования.
3. Содержание в крови мочевины, электролитов, кальция и фосфатов.
4. Исследование функции печени, содержания холестерина и белков в плазме крови.
5. Витамин В<sub>12</sub> и соли фолиевой кислоты.
6. Исследование функции щитовидной железы.
7. Микроскопия мочи, в случае необходимости — посев на микрофлору.
8. Рентгеноскопия грудной клетки и черепа.
9. ЭЭГ.
10. Компьютерное аксиальное томографическое сканирование головного мозга (если есть такая возможность).

#### **ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ПРИ НАЛИЧИИ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ПОКАЗАНИЙ**

1. Люмбальная пункция (если причина хронического органического психосиндрома не установлена по данным других исследований).
2. Наличие антинуклеиновых антител.
3. ЭКГ.

### **Лечение**

Лечение зависит от этиологии заболевания. **Обратимые причины** хронического органического психосиндрома (см. табл. 11.2) **необходимо выявлять как можно раньше** и проводить активное лечение, направленное на их устранение.

При **непрогрессирующих состояниях**, например связанных с последствиями черепно-мозговой

травмы, состояние больного может улучшиться, что обычно происходит в течение года после травмы; при этом, как и при других устранимых причинах, необходимы активные реабилитационные мероприятия. Решение о том, нуждается ли пациент в долгосрочной помощи (и в какой именно), следует принимать только тогда, когда он достигнет оптимального для данных условий уровня функционирования.

Лежащее в основе деменции **прогрессирующее заболевание** (например, болезнь Альцгеймера) неизбежно приводит к деградации. В подобных случаях организуют обслуживание по месту жительства; по мере ухудшения состояния объем оказываемой помощи увеличивается, и в конце концов пациента помещают в дом инвалидов для обеспечения постоянного ухода.

#### МЕРОПРИЯТИЯ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА

Следует лечить все обнаруженные соматические заболевания (они есть у большинства пожилых людей), а также, насколько это возможно, корригировать **нарушения слуха и зрения**. При тяжелой депрессии показано **лечение антидепрессантами**. При нарушениях поведения может понадобиться **седация**, но это может усугубить деменцию, и потому применение подобных мер оправданно только в случаях, когда пациент совершает разрушительные действия или представляет опасность для окружающих.

Необходимо стремиться к тому, чтобы больной (если возможно) продолжал жить дома, поскольку это обеспечивает адекватную стимуляцию и знакомое окружение, что способствует сохранению функций. Необходима усиленная социальная поддержка, а посещение дневного центра или дневного стационара позволит осуществлять дальнейшее систематическое наблюдение, в то же время побуждая больного к поддержанию обычного образа жизни. При рассмотрении вопросов организации помощи необходимо уделять серьезное внимание также потребностям членов семьи больного, если они могут и хотят ухаживать в домашних условиях за все более и более зависимым от них человеком.

#### Течение и прогноз

Течение деменции бывает разным. Болезнь Крейцфельда — Якоба наиболее быстро заканчивается деградацией; половина больных умирает в течение девяти месяцев. Болезнь Альцгеймера обычно приводит к смерти через два года — пять

лет. Мультиинфарктная деменция может протекать по-разному; значительная часть больных умирает на протяжении пяти лет после установления диагноза. При этой форме деменции процесс деградации часто имеет как бы ступенчатый характер, что определяется повторными инсультами.

## ОЧАГОВЫЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХОСИНДРОМЫ

### Энцефалопатия Вернике и корсаковский синдром

**Энцефалопатия Вернике** представляет собой подострый органический психосиндром, обусловленный недостаточностью тиамина. **Корсаковский синдром** — хронический органический психосиндром, вызванный той же причиной. Острые симптомы первого синдрома могут разрешаться неполностью, составляя клиническую картину последнего.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Это состояние может обнаруживаться на протяжении всей взрослой жизни, начинаясь чаще всего в возрасте между 40 и 50 годами. У мужчин оно наблюдается вдвое чаще, чем у женщин.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

**Энцефалопатия Вернике** представляет собой подострый органический психосиндром, сопровождающийся параличом глазодвигательных нервов (особенно характерны паралич отводящих нервов, нарушение содружественных движений глаз и нистагм) и атактической походкой. В продромальном периоде может быть тошнота; обычно выявляется выраженное расстройство памяти.

Этот синдром развивается не только у страдающих алкоголизмом: он может возникать вследствие дефицита тиамина, вызванного любыми другими причинами (неправильное или недостаточное питание, карцинома желудка, токсикоз беременности, пернициозная анемия и т.п.).

При **корсаковском синдроме** отмечается избирательное нарушение памяти, которое становится заметным после того, как проходит острое состояние и связанное с ним генерализованное нарушение когнитивных функций. Регистрация и непосредственное воспроизведение информации не нарушаются, но грубо страдает *способность усва-*

ивать новую информацию, формировать новые воспоминания (см. с.38–39). Больной обычно дезориентирован во времени, но может также наблюдаться и дезориентировка других модальностей.

Долговременная память обычно относительно сохранна. Иногда больной дает правдоподобные, но неверные ответы на вопросы, на которые не может ответить; это обозначают термином *конфабуляции*. Типично также безразличное или «вежливое» выражение лица при отсутствии каких бы то ни было признаков огорчения либо беспокойства в связи с неспособностью справиться с тестами. Остальные когнитивные функции не нарушены; признаков помрачения сознания нет. При рассматриваемых расстройствах часто развивается периферическая нейропатия.

#### ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ

Симметричные патологические изменения обнаруживаются в стенках третьего желудочка, в области силвиева водопровода и дна четвертого желудочка, а также в медиальных дорсальных ядрах зрительного бугра и мамиллярных телах. Обнаруживается пролиферация кровеносных сосудов и глии с петехиальными кровоизлияниями. Глазные симптомы связаны с патологическими изменениями в третьем и шестом ядрах черепно-мозговых нервов, нистагм — с поражением ядра вестибулярного нерва, атаксия — с поражением ядра вестибулярного нерва и червя мозжечка.

В большинстве случаев заболевание обусловлено недостаточностью тиамин; к более редким этиологическим факторам относятся: двусторонняя лобэктомия височных долей, различные опухоли в области третьего желудочка, последствия гипоксии головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, туберкулезный менингит и вирусный энцефалит.

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

**Острый органический психосиндром** другого происхождения. Анамнестические сведения об алкоголизме имеют важное значение, но при энцефалопатии Вернике диагноз подтверждается неврологическими симптомами, тогда как для корсаковского синдрома характерно отсутствие помрачения сознания. Кроме того, неврологическая симптоматика помогает дифференцировать данное состояние от белой горячки — другого острого органического психосиндрома, также связанного с алкоголизмом,

но наблюдающегося в четыре раза чаще, чем энцефалопатия Вернике.

**Хронический органический психосиндром.** Специфический характер недостаточности памяти является главным дифференцирующим признаком. Длительное постоянное употребление алкогольных напитков может приводить к хроническому органическому психосиндрому вследствие атрофии коры головного мозга (см. с.145).

#### ИССЛЕДОВАНИЯ

При психометрическом исследовании обнаруживается специфическое нарушение памяти, дающее основание для установления диагноза. Необходимо как можно скорее проверить кровь на пируваты; это нужно делать и перед внутривенным введением парентеровита. Только в случае если предположение о длительном злоупотреблении спиртными напитками не подтверждается анамнестическими сведениями, следует рассматривать другие возможные причины данного расстройства.

В дальнейшем важная информация может быть получена с помощью люмбальной пункции, ЭЭГ и компьютерной аксиальной томографии. Целесообразно также провести исследования, помогающие диагностировать другие заболевания, развивающиеся вследствие злоупотребления алкоголем.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Энцефалопатия Вернике требует неотложного лечения большими дозами тиамин с целью устранения острой симптоматики и нарушений памяти. Сначала витамин В<sub>12</sub> вводят вместе с другими витаминами группы В (в каждой ампуле парентеровита содержится 250 мг тиамин) внутривенно, в дальнейшем — внутримышечно. Во время лечения важно обращать внимание на возможное инфекционное заболевание, обезвоживание организма и нарушение электролитного баланса. Вначале больному показан постельный режим. Может понадобиться седация, подобная проводимой при белой горячке.

#### ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

После немедленно предпринятого лечения паралич шестой пары черепно-мозговых нервов быстро проходит, атаксия у многих больных исчезает в течение нескольких месяцев, но полинейропатия если и поддается лечению, то очень медленно.

Иногда подострый органический психосиндром быстро исчезает без каких бы то ни было остаточ-

ных проявлений амнезии. В других случаях симптомы редуцируются в течение одного — двух месяцев, однако амнезия сохраняется, причем в дальнейшем она уменьшается только у половины больных. При хроническом состоянии выражена ретроградная амнезия, бывает апатия, но конфабуляции отмечаются редко.

## Патологические процессы в височных долях головного мозга

Патологические процессы в *височной доле доминантного полушария* вызывают признаки сенсорной афазии наряду с алексией и аграфией, если поражение простирается кзади по направлению к теменной доле. Патологические процессы в *височной доле недоминантного полушария* нередко протекают почти бессимптомно, хотя могут возникать затруднения в зрительно-пространственной ориентировке. *Двусторонние патологические процессы в медиальных областях височных долей* вызывают тяжелые нарушения памяти при отсутствии других расстройств интеллектуальных способностей.

Для психиатров особый интерес представляют патологические процессы в височных долях, проявляющиеся в виде изменений личности, непредсказуемого агрессивного поведения, а также «симптоматические шизофреники», связанные с хроническими патологическими процессами. Такие явления наблюдаются главным образом при височной эпилепсии (см. с.131).

## Синдром лобной доли

Психиатрам нередко приходится иметь дело с опухолями лобной доли головного мозга, поскольку в подобных случаях поведенческие нарушения и изменения настроения преобладают в клинической картине над неврологической симптоматикой. Патологические процессы в латеральных областях лобных долей вызывают волевые расстройства и нарушение психомоторной деятельности, тогда как при поражении медиальных и орбитальных зон затрагиваются лимбическая система и ретикулярная формация, что ведет к расторможенному поведению и изменениям настроения.

У больного обычно отмечается *недостаток или отсутствие спонтанности*, инициативности, снижается общая двигательная активность, хотя при побуждении со стороны других людей он может вести себя совершенно нормально. Возникает неадекватная легкая *эйфория* (иногда описываемая как

«бессмысленное веселье»), сменяющаяся апатией, раздражительностью или даже депрессией. Иногда появляется *чрезмерная фамильярность*, которая, постепенно прогрессируя, переходит в сексуальную расторможенность. Создается впечатление, что больной не осознает антиобщественного характера своего поведения и безответственности своей позиции. Способность критически оценивать свои поступки и предвидеть их последствия нарушена. Когнитивные функции преимущественно не нарушаются, тем не менее существуют специальные тесты для оценки функции лобных долей. Неврологическая симптоматика включает в себя либо сочетание атрофии зрительного нерва с отеком его диска, если в патологический процесс вовлекаются зрительные нервы, либо контралатеральный спастический парез (на стороне, противоположной локализации очага в головном мозге), хватательный рефлекс, повышенные сухожильные рефлекссы и положительный симптом Бабинского, если патологический процесс распространяется кзади на двигательную зону коры головного мозга.

## Поражение теменных долей

При патологических процессах в теменной доле наблюдаются определенные изменения когнитивных функций и зрительно-пространственного восприятия: *агнозия* — нарушение способности к узнаванию предметов и явлений при отсутствии сенсорных расстройств или интеллектуального снижения; *апраксия* — неспособность к целенаправленной двигательной деятельности при сохранности двигательной и сенсорной систем. Поражение любой из теменных долей вызывает затруднения при зрительном восприятии трехмерного пространства.

При патологических процессах в теменной доле **правого (недоминантного) полушария** типичны следующие симптомы:

1. Игнорирование контралатеральной сенсорной области и анозогнозия (неспособность распознать имеющиеся патологические нарушения на этой стороне).
2. Нарушение схемы тела.
3. Апраксия при одевании.
4. Зрительно-пространственная агнозия (конструктивная апраксия).
5. Неспособность придерживаться маршрута по карте («топоагнозия»).

К симптомам, обусловленным патологическими процессами в теменной доле **левого (доминантного) полушария**, относятся:

1. Моторная афазия (при локализации поражения в передней части доли).
2. Сенсорная афазия (при локализации поражения в задней части доли).
3. Затруднения при письме и рисовании («дисграфия»).
4. Затруднения при чтении («дислексия»).
5. Нарушение способности различать правую и левую стороны тела.

## ТРАВМЫ ГОЛОВЫ

### Тяжесть повреждения головного мозга

Люди, перенесшие закрытую черепно-мозговую травму, сообщают о потере памяти на события определенного времени, предшествующего травме (вплоть до момента самой травмы), — данное явление называется *ретроградной амнезией*, — а также на события, происшедшие непосредственно после травмы до момента, когда воспоминания о последовательности событий восстанавливаются, — это так называемая *антероградная*, или *посттравматическая*, амнезия. Ретроградная амнезия обычно охватывает гораздо более короткий период, чем антероградная, и ни в коей мере не указывает на степень тяжести черепно-мозговой травмы. Наиболее тесно коррелируют с тяжестью органического поражения два других фактора из анамнеза — *длительность потери сознания* и *длительность антероградной амнезии*. Большинство из тех, у кого антероградная амнезия охватывает промежуток времени более 24 часов, должны будут считать себя счастливчиками, если у них наступит выздоровление без той или иной степени нарушения интеллектуальных способностей.

### Локализация травматического поражения в головном мозге

Связь между локализацией повреждения головного мозга и характером последующих нарушений психических функций может быть выявлена на материале исследований, в процессе которых изучались военнослужащие, перенесшие проникающее

ранение черепа. *Повреждение лобной доли* вызывает выраженные изменения как настроения, так и поведения. При этом травма орбитальной зоны серьезно сказывается на личности (например, утрачиваются такие качества, как настойчивость, способность поддерживать взаимоотношения с другими людьми; возникает расторможенность, особенно в отношении сексуальных и агрессивных импульсов), в то время как поражение латеральной конвекситатной (выпуклой) поверхности приводит к индифферентности, утрате влечений, неспособности принимать решения.

*Повреждения в левом полушарии* головного мозга сопровождаются генерализованным нарушением интеллекта, речи и памяти, тогда как *травмы правого полушария* влекут за собой аффективные и поведенческие расстройства и соматические жалобы. Поражения теменной или височной долей вызывают нарушения интеллекта и речи.

### Отдаленные психиатрические последствия закрытой черепно-мозговой травмы

Поскольку возможные последствия черепно-мозговых травм многочисленны и разнообразны, мы будем описывать их, начиная с верхнего уровня иерархии расстройств (см. с.49) и продвигаясь вниз.

#### ХРОНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЧЕСКИЙ ПСИХОСИНДРОМ

После очень тяжелых черепно-мозговых травм хронический органический психосиндром сопровождается нарушениями речи и тетрапарезом; кроме того, больной может быть апатичным, медлительным и даже мутичным. Появляется недержание аффекта; как правило, утрачивается половое влечение (либидо). В процессе реабилитации такие тяжелые нарушения представляют собой трудноразрешимую проблему, хотя выявить их обычно просто. С точки зрения оценки при возбуждении иска о возмещении ущерба основную сложность представляет незначительно выраженное диффузное поражение головного мозга, вызывающее минимальные нарушения интеллектуальных способностей.

#### ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

Посттравматическая эпилепсия развивается примерно в 5% случаев после закрытой черепно-мозговой травмы и более чем в 30% — после проника-

ющей травмы твердой мозговой оболочки. После закрытой черепно-мозговой травмы наиболее распространенной формой является височная эпилепсия (см. с.128); именно при этой форме наиболее вероятно стойкая утрата трудоспособности вследствие психического расстройства. Эпилепсия, возникшая в течение года после черепно-мозговой травмы, особенно часто приводит к инвалидности, связанной с психическим расстройством.

#### ПСИХОЗ

*Посттравматическим психозом* называют психотическое состояние, которое проявляется сразу же по восстановлении сознания после черепно-мозговой травмы; в результате лечения психопатологическая симптоматика обычно смягчается. После черепно-мозговой травмы отмечается повышенная частота психозов всех типов, хотя имеющиеся данные подтверждают, что в случаях шизофрении и аффективных психозов существует конституциональная предрасположенность, так что роль черепно-мозговой травмы, вероятно, сводится к повышению вероятности развития этих расстройств.

#### ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

После черепно-мозговой травмы часто развивается аффективная симптоматика; могут наблюдаться самые разные сочетания непсихотических симптомов. Не случайно в 14% всех случаев смерти людей, ранее перенесших такую травму, причиной является *самоубийство*. Иногда триаду симптомов, которая включает в себя упорную головную боль, головокружение и раздражительность, описывают как *постконтузионный синдром*, хотя чем дольше он удерживается — тем больше тяготеет к слиянию с общей клинической картиной неспецифических психических расстройств и тем менее вероятно, что данные симптомы относятся исключительно к проявлениям черепно-мозговой травмы. Такие заболевания обычно сопровождаются неадекватным реагированием, например ипохондрическими (см. с.206) и диссоциативными (см. с.208–209) симпто-

мами. Доказано также, что обсессивные неврозы (см. с.198–199) чаще развиваются после перенесенной черепно-мозговой травмы.

В одном исследовании, имеющем важное теоретическое значение, сравнивались близнецы, один из которых примерно десять лет назад перенес черепно-мозговую травму. Хотя у близнеца, перенесшего травму, показатели по ряду тестов интеллектуальных способностей были ниже, чем у другого (не пострадавшего), оказалось, что в повседневной жизни различия едва уловимы и практически незаметны. Конкордантность по вышеописанной «постконтузионной» симптоматике у монозиготных близнецов была более высокой, чем у дизиготных. Кроме того, в случаях, когда у одного близнеца как будто бы наблюдались «изменения личности» (предположительно приписываемые последствиям травмы) в виде чувства внутреннего напряжения, утомляемости и сниженной работоспособности, — те же характерные особенности обычно обнаруживались и у другого. Это еще раз подтверждает, что конституциональная предрасположенность к развитию таких симптомов должна играть главную роль, тогда как функция черепно-мозговой травмы, видимо, сводится к тому, что она в течение короткого времени высвобождает эти симптомы.

#### ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО

Изменения личности, которые составляют *синдром лобной доли* (см. с.151), уже описаны. Еще один вариант симптоматики проявляется *бурными вспышками агрессивности* при незначительной провокации. В развитии неспецифических «невротических» симптомов (как показывают изложенные выше данные близнецового исследования), вероятно, решающую роль играют конституциональные факторы.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Lishman, A. (1990) *Organic Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific.

# 12 Шизофрения и шизофреноподобные расстройства

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Приблизительно у 1% взрослого населения в определенный момент жизни диагностируют шизофрению. В Соединенном Королевстве количество новых случаев заболевания составляет от 15 до 20 на 100000 человек, а распространенность заболевания на данный момент — 200 на 100000. Огромное различие между этими цифрами соответствует средней продолжительности заболевания около 15 лет; шизофрения часто является хроническим заболеванием, однако ее течение может варьировать в широких пределах.

Результаты современных исследований убедительно продемонстрировали, что заболеваемость шизофренией примерно одинакова во всех регионах мира, но для развивающихся стран характерна тенденция к менее хроническому течению заболевания. Основной пик заболеваемости приходится на возраст от 25 до 30 лет, а второй — меньший — отмечается в возрастной группе старше 65 лет.

Хотя более высокая распространенность шизофрении обнаруживается в низших социальных классах и в центральных районах крупных городов, эти данные отражают скорее следствия заболевания, чем его причины. При изучении социального положения отцов больных шизофренией данные об их распределении по принадлежности к определенному классу оказались очень близкими к картине, получаемой при выборке из общей популяции; таким образом, постепенное смещение страдающих шизофренией в более низкие социальные слои объясняется многими дефектами психики, сопровождающими данное заболевание, и невыгодным положением, в котором оказывается человек с таким диагнозом. Те же факторы вынуждают больных хронической шизофренией жить в дешевых гостиницах или меблированных комнатах, которые находятся в центральных районах крупных городов.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ШИЗОФРЕНИИ

Термин «шизофрения» используется для описания синдрома, состоящего из имеющихся нарушений в анамнезе и психическом состоянии. Такой диагноз не содержит указаний ни на конкретную причину расстройства, ни на определенный тип развития психопатологической симптоматики: и проявления, и течение могут быть самыми разными. Во многих случаях отмечается *продромальная стадия* заболевания, на которой неспецифические симптомы (такие как утрата интересов, пренебрежение личной гигиеной) и легкие аффективные изменения предшествуют явным психотическим проявлениям. Психопатологическая симптоматика представлена нарушениями в нескольких сферах и подразделяется на *позитивную* и *негативную*.

### Позитивные симптомы (иногда называемые симптомами первого типа)

Позитивные симптомы становятся более тяжелыми при чрезмерном возбуждении нервной системы и реагируют на лечение нейролептическими препаратами.

1. **Контакт с реальностью** уменьшается. Разрушаются нормальные психические процессы, позволяющие проводить четкую границу между субъективными переживаниями и внешним миром. Больной может считать, что его мысли известны окружающим или вообще ему не принадлежат, т.е. вызываются другими людьми (**расстройство чувства владения собственными мыслями**), а свои собственные движения, чувства и побуждения воспринимать как генерируемые (или контролируемые) другими людьми либо иными внешними силами (**идеи воздействия**). Больной с бредом отнятия мыслей



ощущает, будто бы у него действительно изъяли мысли из головы («*Мои мысли извлекают френологическим вакуумным экстрактором*»). Эти симптомы иногда описывают как **дезинтегративные бредовые идеи** (см. с.49).

2. Часто бывают **галлюцинации**, обычно слуховые. Так, больной шизофренией может воспринимать свои собственные мысли как исходящие извне и произносимые вслух (**эхо-мысли**). Типична и такая форма галлюцинаций, при которой больной слышит высказывания о себе, причем его обозначают местоимением третьего лица — «он», «ему» и т.п. (**слуховые галлюцинации в третьем лице**). (Обычное явление при шизофрении представляют голоса, которые говорят непристойности, угрожают или отпускают грубые критические замечания, *но такие слуховые галлюцинации бывают также и при других состояниях.*)
3. **Мышление** может нарушаться таким образом, что в речи больного обнаруживаются необычная логика, особая, чрезвычайно своеобразная манера словоупотребления или придуманные слова — **неологизмы** (см. с.31). Ассоциации между понятиями разрыхляются, вследствие чего обычное течение логически связанных мыслей замещается внезапными, необоснованными переходами в речи, за которыми трудно уследить («ход шахматного коня» в мышлении, или «схождение с рельсов»). При **шизофреническом расстройстве мышления** речь отражает непоследовательность мыслей больного, отсутствие логической связи между ними (см. с.31).
4. Может возникать **бред** разного типа. Если он носит самостоятельный характер и не является производным каких-либо иных нарушений, его называют **первичным бредом** (см. с.34). Форма первичного бредового переживания, имеющая особое значение для диагностики шизофрении, называется **бредовым восприятием** (см. с.34). Такие переживания обычно бывают яркими, живыми и хорошо запоминаются. (Вследствие патологических переживаний, например галлюцинаций, у больного иногда развивается **вторичный бред**. Например, у него может возникнуть убеждение, будто бы во всех этих явлениях «виноваты» рентгеновские лучи, компьютеры, подслушивающие устройства, колдовство или гипноз. О наличии вторичного бреда следует думать, когда больной пытается придать

смысл своим запутанным, приводящим в замешательство переживаниям. *Сам по себе вторичный бред не имеет диагностического значения.*)

5. Может нарушаться обычный контроль над эмоциями, что проявляется взрывами смеха или вспышками гнева, возникающими без какого-либо адекватного стимула (**инконгруэнтный аффект**). В одних случаях это происходит спонтанно, в других может отражать психотические переживания больного — галлюцинации угрожающего содержания или ощущение, будто бы им управляют другие люди, — и вызывать у него негодование или враждебность.

## Негативные симптомы

(иногда называемые симптомами второго типа)

Негативная симптоматика обостряется, если больной живет в *недостаточно стимулирующей среде*, и усугубляет проявления *госпитализма*. У некоторых больных такие симптомы ассоциируются с расширением желудочков головного мозга (по данным компьютерной аксиальной томографии) и органической неврологической микросимптоматикой.

1. **Бедность речи**. Больной мало говорит спонтанно, склонен давать бессодержательные или чрезмерно лаконичные ответы на вопросы. Мышление утрачивает свое богатство и сложность, что отражается в речи.
2. **Замедленность мышления и движений** также вносит вклад в общее впечатление, довершая портрет человека, почти не реагирующего на внешние стимулы; кроме того, у больного может возникать выраженная психомоторная заторможенность.
3. Замедленность и бедность речи могут сопровождаться **эмоциональной уплощенностью**, для которой характерно отсутствие нормальной модуляции настроения в сочетании с крайней невыразительностью мимики и притуплением эмоциональных реакций.
4. **Абулия** (утрата воли) выражается в том, что больной оказывается неспособным побудить себя удовлетворительно работать или (в тяжелых случаях) хотя бы заботиться о себе изо дня в день. Движения и речь замедляются. Это отсутствие побуждений ведет к недостаточной актив-

ности и избеганию общения с людьми, причем эти симптомы в значительной степени усиливаются, если больной постоянно живет в условиях недостаточно стимулирующего окружения.

Иногда возникают и многие другие психотические проявления (см. гл. 3), но они нехарактерны для шизофрении и могут наблюдаться при любом психотическом состоянии. Кроме того, больные шизофренией нередко жалуются на депрессию, тревогу, раздражительность и соматические проявления внутреннего напряжения. Однако при наличии признаков шизофрении симптомы, относящиеся к более низким уровням иерархии (см. с.48–50) не меняют диагноз.

## **Классификация шизофренических расстройств**

Шизофрению лучше всего рассматривать как группу расстройств, а не как единую и целостную нозологическую сущность. Известно, что такой диагноз ведет к стигматизации, как бы навсегда закрепляя за человеком ярлык «шизофреника»; между тем острые заболевания с преходящей шизофреноподобной симптоматикой довольно часто заканчиваются полным выздоровлением. В связи с этими обстоятельствами закрепились практика в тех случаях, когда заболевание продолжается меньше месяца, использовать формулировку «**шизофреноподобное расстройство**», а не шизофрения.

Основную классификацию форм установившегося заболевания первоначально описал Эмиль Крепелин, выделивший **параноидную, гебефреническую и кататоническую шизофрению**. Эта классификация все еще используется врачами, хотя в Англии в настоящее время последние две формы встречаются лишь изредка. С годами эти формы шизофрении имеют тенденцию так или иначе сливаться в одну, и у больных с длительно текущим заболеванием (при любой исходной форме) обнаруживаются одни те же признаки: **резидуальной, или хронической, шизофрении**.

## **Острое шизофреноподобное расстройство**

Часто встречается острое психотическое расстройство, при котором обычно присутствуют бред, галлюцинации, другие нарушения в сфере восприятия, нередко наряду с эмоциональными нарушениями, такими как экстатическое состояние, раздра-

жительность или тревога. Может наблюдаться и типично шизофреническая симптоматика, но наиболее характерным признаком является *нестабильная, меняющаяся клиническая картина заболевания, которое, как правило, имеет острое начало и быстро разрешается*. (Если шизофреническая симптоматика удерживается дольше месяца, то состояние больного удовлетворяет диагностическим критериям шизофрении.) В определенной части случаев начало расстройства явно было спровоцировано психотравмирующей ситуацией.

## **Параноидная шизофрения (F20.0)**

Это наиболее распространенная форма шизофрении, характеризующаяся стойкими бредовыми идеями (часто персекуторного содержания), которые обычно сопровождаются слуховыми галлюцинациями и другими расстройствами восприятия, например сексуальными и прочими телесными ощущениями. Могут также возникать вкусовые, обонятельные и зрительные галлюцинации.

Нарушения волевых актов, аффекта и речи незначительны, изменения личности относительно невелики, и больной способен жить дома самостоятельно.

## **Гебефреническая шизофрения (F20.1)**

Часто наблюдаются нарушения аффекта и волевых актов; обычно выражено расстройство мышления. Бредовые идеи и галлюцинации фрагментарные, скоропреходящие; эмоции поверхностные или неадекватные; характерны дурашливое поведение, бессмысленный смех, гримасничанье и манерность. Мышление дезорганизованное, речь беспорядочная и бессвязная. Обычно заболевание начинается в возрасте от 15 до 25 лет. Прогноз наиболее неблагоприятный; как правило, происходит быстрое развитие негативной («второго типа») симптоматики.

## **Кататоническая шизофрения (F20.2)**

Этой форме заболевания свойственны выраженные психомоторные нарушения, такие как ступор, возбуждение, застывание в различных позах, негативизм, кататоническая ригидность, восковая гибкость и императивные автоматизмы (\*с.287). Состояние больного колеблется между двумя крайностями, например ступором и возбуждением; негативизмом и автоматической подчиняемостью. Могут быть снопоподобные состояния с яркими зрительными галлюцинациями в форме очень живых,

впечатляющих сцен. В Соединенном Королевстве кататоническая шизофрения в настоящее время почти не встречается, но в развивающихся странах эта форма все еще наблюдается.

## Резидуальная («хроническая») шизофрения (F20.5)

Хроническая шизофрения характеризуется затяжным течением и постепенным развитием выраженной негативной симптоматики, ведущей к тяжелой инвалидизации. Это состояние необходимо дифференцировать с **постшизофренической депрессией** (F20.4), которая может следовать за острым эпизодом заболевания с позитивной симптоматикой.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Поскольку шизофреноподобная симптоматика может возникать при различных заболеваниях, диагноз «шизофрения» можно поставить только после исключения других расстройств.

При отсутствии данных, подтверждающих эпилепсию, маниакальное состояние, интоксикацию или другую грубую органическую патологию головного мозга, наличие **ОДНОГО ИЛИ БОЛЕЕ** из перечисленных ниже симптомов, существующих на протяжении более чем одного месяца, позволяет предположить диагноз шизофрении:

1. **Расстройства чувства владения собственными мыслями:**
  - Бред вкладывания чужих мыслей.
  - Бред отнятия мыслей.
  - Бред передачи (открытости, трансляции по радио) мыслей.
2. **Слуховые галлюцинации, при которых больной слышит:**
  - Свои собственные мысли, звучащие как эхо («эхо-мысли»).
  - Разговор двух (или большего количества) собеседников, которые обсуждают больного (или спорят о нем), упоминая о нем в третьем лице («Ну разве он не старый дурак, а?»).
  - Голоса, комментирующие текущее поведение больного («Сейчас он пьет чай»).
3. **Бредовые идеи воздействия:**
  - Присутствующее у больного чувство, будто бы все его движения, мысли, побуждения или ощущения управляются и контролируются какой-то внешней силой.

4. **Стойкие бредовые идеи и бредовое восприятие:**
  - Стойкие бредовые идеи, культурально неадекватные и совершенно невероятные (так, больной может утверждать, что обладает способностью управлять погодой либо поддерживает связь с внеземными существами, или же что он — Иисус Христос).
  - Бредовое восприятие (см. с.34).
  - Следует также рассмотреть возможность установить диагноз «шизофрения», если у больного есть **ДВА ИЛИ БОЛЬШЕ** из приведенных ниже симптомов:
5. Стойкие галлюцинации в какой-либо модальности.
6. Бессвязная или не относящаяся к сути дела речь; вычурность речи, неологизмы.
7. Любые кататонические проявления (см. выше).
8. Негативная симптоматика (см. выше).

## Шизофрения или маниакальное состояние?

Данные современных исследований свидетельствуют о том, что многие проявления, типичные для шизофрении, могут возникать при маниакальном состоянии. Дифференцирование этих расстройств осуществляется с помощью двух наборов критериев.

Первый из них принимает во внимание **психическое состояние** больного: для маниакального состояния характерно выраженное повышение настроения в сочетании с рядом других признаков (см. с.178–179).

Второй набор критериев учитывает особенности **течения** расстройства. Повторные эпизоды заболевания наблюдаются как при маниакальном состоянии, так и при шизофрении, но последняя с большей вероятностью приводит к постепенному накоплению негативной симптоматики, тогда как маниакальное состояние ассоциируется с эпизодами депрессии и полной ремиссией между приступами болезни.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

### Симптоматическая шизофрения

Иногда психозы, напоминающие шизофрению, имеют вторичное происхождение, возникая вследствие определенных органических заболеваний (F06.2) или расстройств, вызванных употреблени-

ем психоактивных веществ (F1x.50, где «х» соответствует коду конкретного вещества).

К *органическим заболеваниям*, способным вызывать подобные явления, в частности, относятся:

1. Височная эпилепсия.
2. Хорея Гентингтона.
3. Новообразования в коре головного мозга.

Вторичные психозы при височной эпилепсии (см. с.128) обычно возникают примерно через три — пять лет после начала припадков, тогда как при хорее Гентингтона такие психозы в большинстве случаев (но не всегда) развиваются вслед за появлением хореических движений.

Диагностика шизофреноподобных состояний, вызванных новообразованиями в коре головного мозга, зависит от выявления других неврологических признаков; это означает, что *каждый пациент с клинической картиной, которая дает основания предположить шизофрению, должен пройти тщательное неврологическое обследование.*

К *психоактивным веществам*, которые могут приводить к развитию шизофреноподобного расстройства, относятся, например, следующие:

1. Амфетамин.
2. Другие психоактивные вещества стимулирующего действия, такие как каннабис.

Клиническая картина психоза, вторичного по отношению к интоксикации при употреблении амфетамина (или других симпатомиметических аминов), может быть идентична наблюдаемой при параноидной шизофрении. Поскольку нередко больные не признаются в приеме наркотических средств, необходимо обязательно отправить порцию мочи пациента на выявление амфетаминов во всех случаях, когда у человека в молодом возрасте наблюдается психотическое состояние неясного происхождения. (При прекращении приема наркотического вещества такие психозы полностью разрешаются в течение десяти дней.)

Некоторые «галлюциногенные» наркотики — например, мескалин, лизергиновая кислота и псилоцибин («магический гриб») — могут вызывать интоксикационные психозы, на первый взгляд сходные с шизофренией. Однако обычно их нетрудно отличить по таким характерным особенностям, как нарушения восприятия времени, постоянства цвета и формы.

## **Алкогольный галлюциноз (F10.52)** (см. с.184–185)

Первичным нарушением при этом состоянии являются слуховые галлюцинации; любые бредовые идеи вторичны по отношению к ним.

## **Бредовое расстройство (F22)**

Основное проявление данного заболевания — бредовые идеи персекуторного или иного содержания, однако какие-либо другие признаки шизофрении отсутствуют. В случаях бредового расстройства не отмечается повышенной наследственной отягощенности случаями шизофрении; часто заболевание возникает в результате развития и заострения таких преморбидных черт личности, как сенситивность, подозрительность и ригидность. Бредовые идеи у страдающих этим расстройством нередко образуют сложную, логически тонко разработанную систему, причем остальные стороны личности, как правило, не затрагиваются. Примерами данного синдрома могут служить патологическая ревность и эротомания, а также убежденность больного в том, что определенная часть его тела деформирована или что от него исходит неприятный запах.

## **Шизоаффективное расстройство (F25)**

Это приступообразно протекающее расстройство, при котором *в рамках одного и того же эпизода заболевания* присутствуют ярко выраженные аффективные и шизофренические симптомы (либо одновременно, либо перемежаясь на протяжении нескольких дней). (Случаи, когда у больного наблюдаются отдельные эпизоды шизоаффективных приступов и отдельные типичные эпизоды депрессии или маниакального состояния, следует рассматривать как варианты маниакально-депрессивного психоза — см. с.178.)

## **НЕЙРОХИМИЯ**

Среди биологических теорий шизофрении наибольшим влиянием пользовалась «**дофаминовая гипотеза**», в соответствии с которой предполагается функциональная патология дофаминергических нейронных систем в мезолимбической и мезокортикальной структурах головного мозга. Эта теория основывается на действии лекарственных препаратов: вещества, стимулирующие дофаминовые ре-

цепторы центральной нервной системы (L-ДОФА, амфетамин), могут вызывать «шизофреноподобные состояния», а наиболее эффективные лекарственные препараты для лечения шизофрении — нейролептики — являются мощными блокаторами дофаминовых рецепторов ЦНС. Дофаминовые рецепторы можно подразделить на два функциональных подтипа —  $D_1$ - и  $D_2$ -рецепторы. Наиболее убедительным подтверждением дофаминовой гипотезы была корреляция между способностью нейролептических препаратов блокировать  $D_2$ -рецепторы центральной нервной системы и их клинически эффективной дозой.

Однако у ставших доступными в настоящее время атипичных антипсихотических препаратов (например, у клозапина) такая связь не выявлена; этот факт, по-видимому, указывает на то, что важную роль может играть воздействие и на другие рецепторы. Попытки изучить функцию дофаминовых рецепторов в головном мозге больных шизофренией (при посмертном исследовании или посредством использования современных методов получения изображений головного мозга *in vivo*) дали противоречивые результаты. Известно, что нейролептики увеличивают количество  $D_2$ -рецепторов в головном мозге, однако вопрос о том, имеется ли у больных шизофренией, которые никогда не принимали лекарственных препаратов, существовавшее до начала заболевания нарушение дофаминергической функции, остается спорным. Некоторые авторы утверждают, что концентрация дофамина повышена в зонах лимбической системы и что увеличенное количество  $D_2$ -рецепторов в базальных ганглиях нельзя полностью объяснить предшествующим лечением антипсихотическими препаратами. Общепринятое мнение, однако, состоит в том, что шизофрения не вызывается простым «избытком дофамина».

В процессы, происходящие при шизофрении, вовлекаются и другие нейротрансмиттеры, в частности стимулирующий трансмисмиттер глутамат (который вступает в функциональное взаимодействие с дофаминовой системой). При посмертных исследованиях в префронтальных зонах коры головного мозга больных шизофренией обнаружено увеличение числа маркеров глутаматных нервных окончаний и глутаматных рецепторов, тогда как в медиальной области височной доли, наоборот, происходит снижение обоих показателей. Это наводит на мысль о возможном нарушении связей между лобной и височной областями (обе они имеют отношение к шизофрении), включающих глутаматные проводящие пути. Интересно также, что

фенциклидин — препарат, действующий на глутаматные рецепторы, — вызывает шизофреноподобные психозы у людей с нормальной психикой.

Из всего вышеизложенного ясно, что невозможно построить простую и убедительную нейрохимическую теорию шизофрении, поскольку в основе заболевания лежит сложное взаимодействие между структурой и функцией.

## ЭТИОЛОГИЯ

Этиологию шизофрении можно рассматривать в нескольких аспектах. Теории относительно этиологии этого заболевания не являются взаимоисключающими, поэтому в любом конкретном случае следует искать свидетельства в пользу каждой из них.

### Генетические факторы

Роль наследственных факторов в развитии шизофрении подтверждена многими исследованиями. В общей популяции риск развития шизофрении на протяжении жизни не превышает 1%; в то же время аналогичный показатель составляет почти 12%, если у человека один из родителей (или кто-либо из сибсов) страдает этим расстройством, и достигает примерно 40%, если оба родителя больны шизофренией. Согласно имеющимся данным, у дизиготных близнецов коэффициент конкордантности по шизофрении примерно такой же, как у сибсов, тогда как у монозиготных он значительно выше (40–60%). Та же картина наблюдается даже в случаях, когда близнецы были разлучены в раннем возрасте и воспитывались раздельно; тем самым опровергается предположение, что высокие коэффициенты конкордантности могут отражать влияние скорее средовых, чем генетических факторов. Данные исследований приемных детей подтвердили значимость наследственных факторов: дети матерей, больных шизофренией, воспитанные в приемных семьях (где никто не страдал этим расстройством), имеют такую же вероятность развития шизофрении, как и дети, воспитанные в родной семье своей биологической (страдающей данным заболеванием) матерью.

Не существует какой-либо единой генетической модели, способной объяснить все эти данные, а определенные подгруппы шизофрении могут иметь особенно весомый генетический компонент в этиологии.

Общепризнанным предрасполагающим фактором является *шизоидное личностное расстройство* в преморбидном периоде (см. с. 59). Среди родственников пробандов первой степени родства отмеча-

ется повышенная частота этого расстройства. Для людей с шизоидной личностью характерны выраженная недоверчивость, скрытность, замкнутость (иногда может развиваться социальная фобия); у них, как правило, очень мало (или вовсе нет) друзей, а поведение отличается эксцентричностью. При наличии таких особенностей имеется повышенный риск развития шизофрении, а в случае ее возникновения прогноз менее благоприятный.

### **Средовые факторы**

О значении факторов внешней среды в генезе шизофрении свидетельствует следующее:

1. Отсутствие 100-процентной конкордантности по шизофрении у монозиготных близнецов.
2. Повышенное количество рожденных в зимние месяцы среди страдающих шизофренией, что наводит на мысль о возможности влияния вирусного фактора.
3. Повышенная частота осложнений при родах в анамнезе больных шизофренией.

У многих больных шизофренией на компьютерной и магнитно-резонансной томограммах головного мозга обнаруживается расширение желудочков. По некоторым сведениям, результаты сравнения групп больных шизофренией с наследственной отягощенностью («семейные» случаи) и без нее («спорадические» случаи) свидетельствуют о том, что во второй группе больше рожденных в зимнее время, чаще встречаются данные о перенесенной в перинатальном периоде травме, а также о расширении желудочков головного мозга. Это позволяет сделать заключение, что восприимчивость к шизофрении может быть обусловлена либо нарушениями в структурах головного мозга вследствие вредных экзогенных воздействий, либо генетическими факторами, не связанными с явным повреждением структуры, либо комбинацией обеих причин (см. также далее «Теории отклонений в развитии нервной системы»).

### **Неврологические теории**

Стимулом к построению неврологических теорий послужил тот факт, что органические заболевания головного мозга могут вызывать симптомы шизофрении. В частности, особое влияние на разработчиков таких гипотез оказали данные о том, что длительно текущая височная эпилепсия во многих случаях приводит к развитию шизофренической симптоматики.

### **Теории отклонений в развитии нервной системы**

В основе таких теорий лежит предположение, что совместное действие генетических факторов и средовых факторов раннего периода жизни (по вопросу об относительном значении тех и других еще идут дискуссии; см. также выше подраздел «Средовые факторы») ведет к недостаточному развитию и созреванию головного мозга (особенно медиальной височной доли). Эта гипотеза опиралась на следующие данные:

1. В большинстве случаев развитию шизофрении предшествует расширение желудочков головного мозга непрогрессирующего характера.
2. У мальчиков, у которых в дальнейшем развился шизофренический процесс, в преморбидном периоде отмечалось больше аномалий личности, нарушений интеллектуальных функций и проявлений социальной дезадаптации, чем у их сверстников.
3. Структурные изменения в головном мозге (в частности, уменьшение размеров височной доли и гиппокампа) не сопровождаются глиозом, развития которого следовало бы ожидать, если бы происходили деструктивные или дегенеративные процессы.

Вариант этой теории, при котором обращается внимание на отклонения в развитии **латерализации функций головного мозга**, был предложен с целью объяснить определенные данные о структурных изменениях и о некоторых сопряженных с полом различиях, касающихся возраста начала шизофрении и ее клинической картины. (В группе мужчин обнаруживается больше структурных изменений в головном мозге; они испытывают больше различных трудностей в преморбидном периоде; у них заболевание начинается в более раннем возрасте и имеет более типичное и хроническое течение, чем у женщин).

### **Психологические теории**

Доказано, что у страдающих шизофренией отмечается патологическое состояние возбудимости, сопровождающееся социальной отгороженностью. Последняя может быть необходимой реакцией, если больной сталкивается с ошеломляющим количеством конфликтующих стимулов, в которых не в состоянии разобраться. Лекарственная терапия уменьшает возбудимость, что ведет к улучшению состояния и позволяет предупредить рецидив.

В тех семьях, где есть больной шизофренией, нередко отмечается неадекватное выполнение родительских ролей, а также нарушение коммуникации между членами семьи (например, согласно теории **двойственной связи**, это может выражаться в характерной ситуации, когда прямой смысл открыто высказываемого вербального сообщения противоречит интонации или манере его изложения), но причинную роль подобных явлений еще необходимо доказать. В настоящее время представляется вероятным, что во многих случаях это следствие заболевания, а не его причина.

## Сенсорные нарушения

Такие сенсорные расстройства, как *глухота и слепота*, предрасполагают к развитию бредовых идей persecutorного содержания. В особенности это касается людей преклонного возраста, у которых подобные дефекты могут быть множественными.

## Провоцирующие факторы

Острый приступ шизофрении у предрасположенного индивида может быть спровоцирован экзогенным стрессом. Психотравмирующие жизненные события (происходившие на протяжении трех недель перед началом эпизода заболевания) чаще предшествуют появлению шизофренических симптомов, чем можно было бы ожидать при случайном совпадении. К этим событиям относятся не только нежелательные (такие как увольнение с работы), но и желательные (например, повышение в должности): их объединяет свойство вызывать (в той или иной форме) повышенное нервно-психическое напряжение.

Доказано, что у больного, живущего в окружении лиц, которые постоянно критикуют его, существенно повышается вероятность повторных приступов шизофрении. По данным ряда исследований, показатель рецидивов увеличивается почти в четыре раза, если пациент возвращается из больницы в семью, где присутствует такой фактор, как высокая интенсивность «*выражения эмоций*» с демонстрацией враждебного или критического отношения. Магнитофонные записи, фиксирующие устное общение между членами таких семей, часто отражают обилие критических комментариев в адрес больного. Риск развития рецидива в подобной ситуации можно снизить, назначая нейролептические препараты и создавая условия для сокращения времени, которое пациент проводит в непосредственном контакте с родственниками, демонстрирующими эмо-

ционально насыщенное негативное отношение к нему. Установлено, что применение определенных форм семейной терапии обычно дает хороший эффект, смягчая проявления враждебности в семье, благодаря чему в дальнейшем снижается частота рецидивов шизофрении у больного.

## ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрению обычно рассматривают как заболевание, которое характеризуется хроническим течением и ведет к прогрессирующей инвалидизации больного. Исключением из этого правила является признание существования острой шизофрении с позитивными симптомами, которая может закончиться полным выздоровлением. Обобщенные показатели, характеризующие распределение исходов шизофрении, таковы:

- 10% быстрое и неуклонное ухудшение;
- 35% наличие умеренно выраженных стойких симптомов, по поводу которых требуется постоянная помощь (обеспечение уходом в общечитии для больных или на дому);
- 35% видимое «излечение», при котором состояние остается «нормальным» в течение длительных периодов времени, но бывают повторные приступы заболевания;
- 20% полное выздоровление, состояние стабильное.

Многочисленные приступы психоза наряду с влиянием длительной госпитализации приводят к развитию ряда **вторичных дефектов** психики в дополнение к негативным симптомам самого заболевания. Производственная деятельность страдающих шизофренией дезорганизуется из-за частых периодов нетрудоспособности по болезни; если же психотическая симптоматика проявляется, когда человек находится на службе, это повышает риск потерять работу и снижает шансы на трудоустройство в дальнейшем. Больного нередко оставляют друзья, поскольку с ним становится тяжело поддерживать прежние взаимоотношения. Родственники могут отвергнуть его, оказавшись вовлеченными в его бредовые идеи (со всеми вытекающими последствиями) или будучи не в состоянии выносить его трудное поведение во время болезни. Больной, пытаясь начать самостоятельную жизнь — найти квартиру, как-то поправить свое материальное положение, — зачастую сталкивается с предубежденным отношением к себе. Нарастающее снижение работоспособ-



ности ведет к утрате навыков. В результате всего этого человек постепенно спускается все ниже и ниже по социальной лестнице.

## ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования направлены на подтверждение диагноза, а также на выяснение этиологических и прогностических факторов.

### Биологические

1. Проверка на употребление амфетаминов.
2. При наличии клинических показаний — исследования, необходимые для исключения органического заболевания головного мозга: например, ЭЭГ, люмбальная пункция, компьютерная аксиальная томография.

### Психосоциальные

1. Анамнез, собранный у родственников или других информаторов для уточнения истории заболевания, оценки провоцирующих жизненных событий, а также для получения дополнительной информации о генетических факторах.
2. Оценка социальным работником или другим членом лечебной бригады домашней обстановки, прежде всего характера взаимоотношений членов семьи и интенсивности выражаемых ими эмоций.

## ЛЕЧЕНИЕ

Хотя в прошлом многих больных шизофренией длительно лечили в стационаре, сейчас акцент делается на кратковременной госпитализации в период острых проявлений психоза с последующим поддерживающим внебольничным лечением, направленным на предупреждение рецидива, снижение вероятности развития негативных симптомов и вторичных дефектов психики.

### Острая стадия

#### ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

В *острой стадии* заболевания лечение обычно осуществляется в психиатрическом отделении больницы или в дневном стационаре, где проводят соответствующие исследования и лекарственную терапию с быстрым повышением дозы препарата до необходимого уровня.

Лечение нейролептиками *per os* начинают в дозе, подавляющей психотическую симптоматику и сопровождающие ее расстройства поведения и аффекта, но не вызывающей при этом нежелательной седации (часто назначают хлорпромазин по 300–900 мг в день).

#### УХОД

В это время основная задача при организации ухода — поместить больного в обстановку, исключая (в разумных пределах) психотравмирующие ситуации и конфликты, при этом предоставляя пациенту возможность вести настолько нормальную повседневную жизнь, насколько позволяет его клиническое состояние. Если у больного возникают стойкие идеи, представляющие опасность для него самого или для окружающих, его необходимо госпитализировать в принудительном порядке (см. с.283–286). Уже на ранних этапах лечения следует приступить к реабилитационным мероприятиям. Желательно, чтобы специалист по терапии занятостью как можно скорее осмотрел больного и провел оценку его состояния.

## Долговременное лечение

#### ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

В процессе лекарственной терапии пациента обычно переводят на инъекции препаратов пролонгированного действия (флупентиксол или флуфеназин), которые делаются всего лишь один раз в две — четыре недели. Они выпускаются в виде масляного раствора, из которого лекарственное вещество постепенно абсорбируется в тканевую жидкость. При этом оно поступает прямо в кровяное русло, минуя печень (где метаболизируются производные фенотиазина); абсорбция происходит таким образом, что небольшое количество препарата создает постоянную концентрацию лекарственного вещества в плазме крови. Переход к этой форме введения нейролептического препарата начинается, как правило, психиатр, а не врач общей практики, так как это лишь одна сторона постоянной специализированной помощи больным шизофренией вне больницы (об остальных компонентах см. ниже). Инъекции депо-препаратов в большинстве случаев делают во время второго или последующего эпизода заболевания, но иногда (при наличии показаний) и во время первого приступа шизофрении, если есть вероятность развития рецидива. Применение депо-препаратов дает существенные преимущества: отпадает необходимость в приеме препаратов *per os*



(если только больному не назначены также антипаркинсонические средства); кроме того, в значительной степени улучшается соблюдение схемы лечения. Лекарственное средство вводится (как уже упоминалось) один раз в две — четыре недели; обычно это делает участковая медицинская сестра с психиатрической подготовкой. Она же может регулярно — во время каждого посещения — обследовать психическое состояние пациента и контролировать появление побочных эффектов терапии.

Антипаркинсоническое средство целесообразно назначать только в случаях, когда у больного есть экстрапирамидные симптомы, а снизить дозу нейролептического препарата нельзя.

Состояние некоторых больных, не реагирующих на обычные нейролептики, может разительно улучшаться в результате применения клозапина (см. с.80). Это дорогостоящее лечение, однако оно нередко оказывается настолько эффективным, что пациент, до того вынужденный находиться в стационаре, становится способным жить самостоятельно вне больницы; таким образом, экономия существенно превышает стоимость лекарства.

#### ОБЕСПЕЧЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИХ УСЛОВИЙ ДЛЯ ПРОЖИВАНИЯ БОЛЬНОГО

Больной должен жить в соответствующих условиях, в окружении, где поддерживаются ровные, спокойные взаимоотношения, где его смогут стимулировать вести нормальную активную жизнь. Если предполагается, что он может остаться в своей семье, в привычной домашней обстановке, то сотрудник лечебной бригады должен помочь родственникам пациента понять его болезнь и содействовать его постепенному возвращению к обычному образу жизни, что подразумевает достаточно хороший уровень самообслуживания, социальную активность и занятость. Если у пациента нет близких, способных создать ему такие условия, а заболевание тяжелое, то, вероятно, наилучшим пристанищем для него будет общежитие, где он сможет придерживаться своего обычного распорядка дня и сохранить самостоятельность. Очень хорошо, если есть возможность предложить пациенту посещать *дневной стационар* или *дневной центр* (созданный местными социальными службами), что позволит более целесообразно и с пользой для больного организовать его время, сократить слишком эмоционально насыщенные контакты с родственниками, своевременно справляться с рецидивами, не требующими обязательной госпитализации. Ощутимую поддержку семье больного могут

оказывать *добровольные организации*, такие как National Schizophrenia Fellowship (Национальное товарищество по вопросам шизофрении).

## ПРОГНОЗ

**Неблагоприятные прогностические факторы** можно разделить на две группы в зависимости от того, относятся ли они к самому заболеванию или к предшествующему периоду.

### Преморбидные факторы

1. Семейные случаи шизофрении в анамнезе.
2. Шизоидная личность.
3. Высокая интенсивность выражения эмоций в семейном окружении.
4. Послужной список, свидетельствующий о частой перемене мест работы, конфликтах и неудовлетворительной трудовой деятельности в прошлом.

### Факторы, относящиеся непосредственно к заболеванию

1. Постепенное начало без провоцирующей причины.
2. Отсутствие выраженных аффективных или кататонических симптомов.
3. Выраженные негативные симптомы.

## МОДЕЛЬ ШИЗОФРЕНИИ

Многим студентам медицинских учебных заведений и даже врачам-непсихиатрам диагностика и лечение шизофрении представляются сугубо специфическими процессами, подход к которым принципиально отличается от принятого при всех других заболеваниях. На самом же деле есть очень много общего в диагностике шизофрении и **сахарного диабета**, и установившаяся практика оказания помощи больным шизофренией вне больницы также во многом сходна с системой помощи страдающим диабетом.

Оба состояния **диагностируют** с помощью точных критериев (концентрация глюкозы в крови — при диабете; наличие симптомов первого ранга\* — при шизофрении), которые выбраны так, чтобы наи-

\* Симптомы первого ранга (по Шнайдеру) частично совпадают с позитивными симптомами, перечисленными ранее. — *Ред.*

более значимо соответствовать другим клиническим характеристикам заболевания. В **этиологии** обоих заболеваний важную роль играют такие факторы, как наследственная предрасположенность и средовые стрессоры. При каждой из этих болезней наследственная предрасположенность может проявляться в раннем периоде жизни — ранним началом заболевания, выраженной психопатологической симптоматикой и многочисленными осложнениями (негативные симптомы при шизофрении). Более позднее начало заболевания может быть связано со средовыми факторами: например, сахарный диабет нередко развивается вслед за ожирением, а шизофрения у пожилых людей часто возникает на фоне нарушений сенсорных или когнитивных функций. Как при диабете, так и при шизофрении острая симптоматика может быть **спровоцирована** стрессом: в первом случае — нагрузкой глюкозой, во втором — психотравмирующим жизненным событием.

Сходство проявляется и в том, что в **лечении** обоих состояний выделяют такие стадии, как лечение заболевания в остром периоде и долговременная терапия. В острой фазе (и в том, и в другом случае) требуются высокие дозы лекарственных препаратов, тогда как для поддерживающего лечения применяются гораздо более низкие дозы.

В стадии поддерживающего лечения необходимо обеспечить систематическое наблюдение за пациентом, направленное на достижение следующих целей:

1. Надлежащий контроль заболевания (допустимый уровень концентрации глюкозы в крови — при диабете; отсутствие психотической симптоматики — при шизофрении).
2. Предупреждение осложнений: поддерживающее лечение адекватными дозами лекарственных препаратов (позволяющими вести образ жизни, как можно более близкий к нормальному), избегание тяжелого стресса (соблюдение ограничений в питании — при диабете; снижение интенсивности выражения эмоций в окружении больного — в случае шизофрении).
3. Стимулирование нормального образа жизни:ощерение у пациентов интереса и мотивации к самообслуживанию и самопомощи; проведение с ними разъяснительной работы, предоставление информации о данном заболевании и методах его лечения.

Функции специализированной медицинской сестры (в случае шизофрении — участковой медицинской сестры с психиатрической подготовкой) заключаются в том, чтобы вводить депо-препарат, постоянно следить за состоянием больного и в случае необходимости вызывать бригаду психиатрической помощи. Психиатр периодически проверяет психическое состояние больного, обращая внимание на негативные симптомы, и в зависимости от результатов такого обследования корректирует дозы лекарственных препаратов. Время от времени больному может принести пользу более интенсивное краткосрочное лечение в реабилитационном отделении или другом дневном учреждении. Специалист по терапии занятостью может предложить определенные виды активной деятельности. Социальный работник помогает разобраться с жилищными или финансовыми проблемами (при необходимости он также оказывает содействие в переводе больного в специализированное учреждение, например общежитие или дом престарелых). Без своевременной помощи такие проблемы нередко оказываются слишком запущенными у этих людей, способность которых адаптироваться к жизни вне больницы в значительной степени ограничена дефектами, обусловленными болезнью.

Врач общей практики время от времени принимает в своем кабинете больных шизофренией — нередко по поводу таких нарушений, которые не имеют к нему отношения, — но следует постоянно убеждаться, что эта система, обеспечивающая поддержку и проведение периодических осмотров, действует удовлетворительно. Для оказания адекватной внебольничной помощи больным хронической шизофренией, живущим в домашних условиях, большое значение имеет налаживание надежной связи и взаимодействия между врачами общей практики, социальными работниками и сотрудниками психиатрических служб.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Warner, R. (1985) *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and the Political Economy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Wing, J.K. (1978) *Schizophrenia: Towards a New Synthesis*. London: Academic Press.

# 13 Аффективные расстройства

Аффективное расстройство представляет собой расстройство настроения. **Тревога, депрессия и эйфория** ассоциируются с синдромами, имеющими важное клиническое значение; правда, в общемедицинской практике обычно встречаются только первые два. В интересах ясности мы опишем тревожные состояния и депрессивные расстройства по отдельности, но следует с самого начала уяснить, что сочетание этих двух синдромов — довольно распространенное явление как в больницах общего профиля, так и в условиях работы врача общей практики.

Аффективные заболевания проявляются как в психотической, так и в непсихотической форме: прежде всего мы рассмотрим обычную, непсихотическую форму заболевания (расстройства, связанные с тревогой, и депрессивное состояние), а затем дадим описание тяжелых психотических форм болезни — психотической депрессии и маниакального состояния.

## ТРЕВОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ И РОДСТВЕННЫЕ ИМ РАССТРОЙСТВА

### Эпидемиология

Симптомы тревоги и беспокойства — наиболее распространенные психологические симптомы из встречающихся в нормальной популяции, однако в большинстве случаев у людей, испытывающих тревогу, нет достаточного количества других связанных с нею признаков, которые давали бы основания для диагноза тревожного состояния. По данным трех недавно проведенных исследований общей популяции, распространенность тревожных состояний среди мужчин составляет 2–4%, среди женщин — 3,0–4,5%. Достоверных оценок заболеваемости в литературе обнаружить не удалось. Однако результаты одного исследования продемонстрировали, что тревожные расстройства составляют около 10% всех первичных случаев заболеваний, на-

блюдаемых в условиях общей практики, а среди тех пациентов, у которых можно диагностировать психическое расстройство, этот показатель достигает примерно одной трети. Таким образом, есть основания считать, что распространенность тревожных состояний в общемедицинской практике значительно выше, чем среди населения в целом.

Наиболее острые тревожные реакции имеют относительно короткое течение в противоположность фобическим состояниям (поражающим около 3% мужчин и 6% женщин), которые продолжаются гораздо дольше.

### Нейрохимия

Синдром тревоги характеризуется чрезмерным возбуждением, повышенной функцией симпатической нервной системы (мидриаз, тахикардия, потливость) и неприятными субъективными ощущениями страха, беспокойства, мрачных предчувствий. Предполагается, что важную роль в опосредовании симптомов тревоги играют как **восходящие норадреналиновые, так и 5-гидрокситриптаминсодержащие проводящие нервные пути**, иннервирующие лимбическую систему и неокортекс. По-видимому, повышенная активность норадренергических нейронов вызывает симптомы и признаки повышенного возбуждения, тогда как повышенная активность 5-гидрокситриптаминергических нейронов усиливает реакции на неприятные раздражители. Это согласуется с экспериментальными данными: при блокировании действия 5-гидрокситриптамина лекарственными препаратами-антагонистами подопытные животные более смело противостояли неприятным раздражителям, чтобы получить вознаграждение; это подтверждает, что они становились менее тревожными (или, по крайней мере, менее заторможенными), чем обычно. Доказано, что антагонисты 5-НТ<sub>2</sub>-рецепторов обладают анксиолитическим действием на человека, а анксиолитический эффект антидепрессивных лекар-

ственных препаратов может быть опосредован их способностью снижать чувствительность 5-НТ<sub>2</sub>-рецепторов. Изменения в функционировании норадренергических и 5-гидрокситриптаминергических нейронов также причастны к этиологии депрессивного состояния (этот вопрос обсуждается далее на с.172). Считают, что при тревожных и депрессивных состояниях вовлекаются разные, но родственные проводящие пути нервной системы, использующие рецепторы различных подтипов, что согласуется с частичным совпадением клинической картины этих двух расстройств.

Нейроны, содержащие **гамма-аминомасляную кислоту (ГАМК)**, обеспечивают главную ингибирующую систему в головном мозге и вызывают снижение активности других нейронов, в том числе и содержащих моноамины. Лекарственные препараты, повышающие функцию ГАМК, например барбитураты и производные бензодиазепа, являются мощными анксиолитическими средствами. Производные бензодиазепа действуют через рецепторы, находящиеся в лимбической области и неокортексе и связанные с постсинаптическими ГАМК<sub>A</sub>-рецепторами, которые модулируются ими (ГАМК<sub>A</sub>-бензодиазепиновый рецепторный комплекс). Эти препараты усиливают действие ГАМК, тогда как существует группа соединений, известных как «**инверсные агонисты**», которые связываются с бензодиазепиновыми рецепторами, но оказывают противоположный эффект и приводят к ослаблению действия ГАМК. Как и можно было ожидать, эти соединения вызывают тревогу. Среди эндогенных соединений существует ряд веществ-кандидатов, которые присоединяются к бензодиазепиновым рецепторам и могли бы (что представляется вероятным с теоретической точки

зрения) вносить вклад в этиологию патологических тревожных состояний.

Другие нейротрансмиттеры могут играть важную роль в опосредовании тревоги. Холецистокинин и родственные белковые нейротрансмиттеры при введении их в организм человека вызывают симптомы панического состояния.

## Симптомы

### ТРЕВОЖНЫЕ МЫСЛИ

Тревожные мысли возникают очень часто: ведь больной, как правило, с волнением думает о значении соматических симптомов (не является ли сердцебиение предвестником сердечного приступа; не означает ли усталость, что в организме развивается раковая опухоль?); многие к тому же беспокоятся, что окружающие заметят у них симптомы заболевания, например тремор. Подобные размышления обостряют первоначальную тревогу, а вследствие этого соматические симптомы, в свою очередь, еще более усиливаются. В соматических отделениях особенно распространены тревожные состояния, что обусловлено причинами, описанными в гл. 10 на с.120–121. В случаях, когда больной обращается к врачу с жалобами только на какой-либо один из соматических симптомов тревоги (например, тахикардию или тремор), нередко возникают затруднения с установлением диагноза; эту проблему удается разрешить лишь тогда, когда выясняется, что у пациента присутствуют и другие психологические и соматические признаки тревоги.

Симптомы тревожных состояний (помимо субъективного чувства внутреннего напряжения и беспокойства) принято распределять на три группы:

Вегетативные симптомы тревоги	Симптомы, имеющие отношение к мышечному тону	Симптомы перевозбуждения
Сердцебиение	Крупноразмашистое дрожание	Раздражительность
Тахикардия	Приступы тремора	Бессонница
Влажные, холодные ладони	Мышечные боли	Прерывистый сон
Потливость	«Ком» в горле	Легко возникающая пугливость,
Блефароспазм	Повышенная отвлекаемость	вздрагивание
Парестезии	Двигательное беспокойство	Затруднение концентрации
Головокружение	Быстрая утомляемость	внимания
Приливы жара и ознобы	Затрудненное глотание	Чувство возбужденности
Частое мочеиспускание		
Понос		
Тошнота		

## ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ

Иногда больной переживает приступы тяжелой неконтролируемой тревоги, которые называют **паническими атаками**. Обычно они проявляются в форме внезапно возникающей интенсивной тревоги с когнитивным и соматическим аккомпанементом одновременно. Человеку представляется, будто бы его вот-вот постигнет какое-то несчастье (смерть от сердечного приступа, безумие), или же он испытывает неясное предчувствие чего-то ужасного; такие мысли обычно сопровождаются одним или несколькими соматическими симптомами, такими как потливость, тремор, сердцебиение и парестезии, обусловленные гипервентиляцией. Продолжительность приступов колеблется от нескольких минут до нескольких часов, поэтому такие больные часто обращаются в отделение неотложной помощи.

Принято считать, что больной страдает **паническим расстройством (F41.0)**, если у него симптомы проявляются только в форме панических атак, причем ежемесячно наблюдается несколько тяжелых приступов. На практике существует довольно значительное совпадение между паническими атаками и другими описанными в этой главе расстройствами, особенно агорафобией.

## ФОБИИ (F40)

У больных с **фобиями** тревога возникает только в определенных ситуациях, и они не испытывают беспокойства при условии, что избегают объектов или ситуаций, которые вызывают у них тревогу. Однако такое избегающее поведение может принимать крайние, чрезмерно выраженные формы.

К **объектам**, вызывающим у людей **специфические (изолированные) фобии (F40.2)**, относятся пауки, змеи, собаки, крысы, ночные бабочки, а к **ситуациям** — высокие места (**акрофобия**), закрытые пространства (**клаустрофобия**), полет в самолете (**аэрофобия**). Часто встречается также боязнь встреч и общения с незнакомыми людьми (**социальные фобии, F40.1**).

**Агорафобия (F40.0)** обычно развивается у женщин в возрасте 18–35 лет; симптомы тревоги возникают только в ситуациях, которым присущи определенные общие характеристики: пребывание вдали от дома, в многолюдных местах (например, в общественном транспорте, универмагах или кинотеатрах), в магазинах, откуда нельзя уйти в любой момент, как только заблагорассудится (необходимо прежде постоять в очереди к кассе и оплатить покупки), либо в любом другом месте, которое невозможно быстро

покинуть. Иногда уровень тревоги существенно снижается (или же она гораздо легче переносится), если больную сопровождает доверенное лицо: одни женщины успешно справляются с тревогой даже тогда, когда рядом с ними находится всего лишь маленький ребенок, другим необходимо присутствие взрослого человека; некоторые вообще не способны выдержать воздействие ситуации, вызывающей у них страх. Бывает, что в своем автомобиле больная чувствует себя в полной безопасности, но испытывает сильную тревогу, если он ломается, когда она одна.

Подобные симптомы имеют тенденцию к прогрессированию и генерализации: нередко со временем панические атаки начинают возникать даже при мысли о том, чтобы выйти за порог, а в конце концов — вообще без какой бы то ни было очевидной провокации. К этому времени многие больные практически замыкаются в четырех стенах, и в таких случаях говорят, что они «привязаны к дому».

У больных часто развиваются наряду с другими и депрессивные симптомы (их описание будет дано в следующем разделе данной главы), однако в агорафобическом симптомокомплексе они не занимают центральное место.

## Диагноз

Не существует какой-либо естественной грани, которая отделяла бы людей с тревожными состояниями от других (не имеющих таких нарушений) и тем самым давала бы нам возможность сформулировать четкие диагностические критерии. В этом отношении можно провести параллель между тревожными расстройствами и такими состояниями, как артериальная гипертензия или анемия в общей медицинской практике. Для научных исследований разработаны различные диагностические критерии, но они в значительной степени произвольны. В практической деятельности обычно исходят из того, что если у пациента выраженные симптомы тревоги сопровождаются не менее чем тремя другими характерными симптомами (см. приведенный ранее перечень), то целесообразно рассматривать данный случай как удовлетворяющий требованиям диагностики тревожного состояния (причем с увеличением количества симптомов уверенность в наличии у больного данного расстройства повышается).

**Паническое расстройство** следует диагностировать только в том случае, если пациент описывает многократно повторяющиеся панические атаки, а присутствующие у него симптомы не удовлетворяют критериям диагностики ни тревожного состояния, ни депрессии (см. далее).

**Фобии** диагностируются при наличии стойкого иррационального страха наряду с непреодолимым желанием избегать вызывающих его объектов или ситуаций (описание которых приводилось выше); при этом расстройство вызывает выраженный дистресс, а испытываемый страх сам больной расценивает как чрезмерный или необоснованный.

**Агорафобию** диагностируют в случаях, когда наблюдаются выраженный страх в определенных (описание см. выше) ситуациях и прогрессирующее ограничение видов нормальной деятельности из-за того, что страхи или избегающее поведение доминируют в жизни больного.

**Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)** представляет собой синдром, возникающий после воздействия экстремального по силе стресса: так, оно может развиваться у солдата, который впервые побывал в бою, у жертвы нападения или изнасилования, у переживших стихийное бедствие (например, пожар или наводнение). Больной многократно «заново проживает» психотравмирующее событие, к нему вновь и вновь возвращаются все те же тяжелые, мучительные переживания (реминисценции); часто возникают навязчивые произвольные воспоминания — чрезвычайно яркие и живые. Некоторые начинают избегать обстоятельств, напоминающих им о перенесенной психотравме (например, женщина, которую изнасиловали на автомобильной стоянке, начинает избегать любых автостоянок). Симптомы посттравматического стрессового расстройства возникают в течение нескольких месяцев после воздействия первоначального стрессора и обычно развиваются наряду с другими симптомами тревоги.

## Дифференциальный диагноз

### ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Симптомами тревоги обычно сопровождаются более дифференцированные психические расстройства. Самым распространенным из них является депрессия, но эти симптомы возникают также при любом психозе (т.е. при тех заболеваниях, которые в диагностической иерархии располагаются на более высоком уровне, чем тревожное состояние). Кроме того, тревога является составной частью **обсессивного состояния** (см. с.198–199). Следовательно, очень важно в каждом случае удостовериться в том, что вами выявлены все имеющиеся у больного симптомы и что те симптомы, которые вы обнаружили, можно объяснить патологической тревогой.

### ТИРЕОТОКСИКОЗ (см. с.122)

Ищите симптомы, подтверждающие гипертиреоз. При наличии мерцания предсердий, экзофтальма, сосудистого шума над щитовидной железой необходимо провести исследование функции щитовидной железы.

### ЛЕКАРСТВЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

Имейте в виду, что тревогу могут вызывать стимуляторы, такие как кофеин и метилфенидат; не забывайте также о симпатомиметических средствах, например бронхолитических препаратах.

### СИМПТОМЫ ОТМЕНЫ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (см. с.183, 189, 191)

Иногда симптомы тревоги возникают тогда, когда у больного заканчиваются седативные средства, — будь то производные бензодиазепина, алкоголь или барбитураты. Диагностические трудности возникают, когда больной хочет скрыть употребление психоактивных веществ, но просит избавить от симптомов тревоги. (Лица, приобретающие психоактивные вещества незаконным путем, могут обращаться к врачу, надеясь, что он выпишет седативное средство как лечебный препарат; в таком случае пациент не склонен сообщать правдивые анамнестические сведения.)

### ФЕОХРОМОЦИТОМА

Об этом диагнозе думает каждый студент медицинского учебного заведения, но на самом деле ставить его приходится крайне редко. На возможность феохромоцитомы могут указывать анамнестические данные о сосудистых кризах, сопровождающихся поносом.

## Исследования

Не нужно проводить исследования на тиреотоксикоз или феохромоцитому, если при сборе анамнеза и соматическом осмотре не выявлено никаких признаков возможного наличия этих заболеваний.

## Этиология

Принято различать долговременные факторы, предрасполагающие к развитию симптомов тревоги, и факторы, провоцирующие конкретный эпизод.

## ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Как показывают результаты близнецовых исследований, склонность к тревожному состоянию, несомненно, включает в себя генетический компонент. Однако его влиянием можно объяснить скорее некоторую долю дисперсии (речь идет о тех расхождениях, когда при прочих равных условиях у одних индивидов возникает тревожность, а у других — нет), и представляется вполне вероятным, что механизмы, определяющие развитие симптомов тревоги, имеют полигенный характер. При изучении взрослых людей с тревожными состояниями обнаружено (и это подтверждается многочисленными достоверными данными), что в детстве они подвергались психотравмам значительно чаще, чем представители контрольной группы, и были лишены согласованной поддержки со стороны родителей; отмечались также более высокие показатели разводов родителей. Перенесенное в детстве сексуальное насилие (или принуждение к вступлению в половую связь с кем-либо из ближайшего окружения ребенка) коррелирует с более высоким уровнем как депрессивных, так и тревожных симптомов в зрелые годы.

Преморбидные личностные особенности больных с тревожными состояниями гетерогенны, и хотя люди, в характере которых присутствуют черты тревожности, особенно склонны к их развитию, подобные расстройства нередко возникают и при обсессивном, зависимом и даже шизоидном типе личности. Однако логично было бы ожидать, что индивиды с более высокими показателями по опросникам для оценки уровня невротизации (или «черт тревожности») в большей степени подвержены развитию симптомов тревоги, чем люди более флегматичного склада.

Существенно повышен риск развития тревожных расстройств у тех, кто постоянно подвергается негативному воздействию вредных социальных факторов, например трудноразрешимых межличностных проблем или неблагоприятных условий жизни.

## ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Обычно прослеживается некоторая доступная пониманию связь между тревожными состояниями и психотравмирующими жизненными событиями. В общемедицинской практике симптомы тревоги часто связаны с беспокойством о соматическом здоровье; вот почему важно дать больному возможность высказать свои опасения, касающиеся предполагаемого характера заболевания, прежде чем

врач представит соответствующую информацию с медицинской точки зрения. С тревожными мыслями особенно трудно справиться, если у больного нет никого, кому он мог бы довериться, или ему не удастся найти поддержку в своем непосредственном социальном окружении.

Однако в некоторых случаях может оказаться, что причина тревоги на самом деле не связана с физическим здоровьем: при углубленном анализе ситуации обнаруживается, что в форме соматических нарушений нашла проявление определенная межличностная проблема. Сам больной часто не осознает связи психологической проблемы с соматическими симптомами, по поводу которых он обратился за помощью, поэтому лишь тщательно проведенный сбор анамнеза поможет нам не только понять этиологию расстройства, но и в нужном направлении сделать первый шаг в лечении.

## Лечение

### ОБЩЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

Сбор анамнеза, соматический осмотр и проведение любых необходимых лабораторных исследований — все эти процедуры служат целям лечения и являются его неотъемлемой частью при условии, что они выполняются надлежащим образом.

В процессе сбора анамнеза нужно предоставить пациенту возможность «провентилировать» свои проблемы; необходимо также успокоить его, дав соответствующие разъяснения по поводу любых его иррациональных страхов: и то и другое — психотерапевтические процедуры, имеющие важное значение при оказании медицинской помощи.

Соматический осмотр следует (если это возможно) проводить таким образом, чтобы успокоить и ободрить пациента. Например, хорошо, если врач — зная, что больного беспокоят подозрения относительно рака желудка — скажет, что опухолевидные образования не пальпируются, нет также никаких других признаков, которые давали бы основания предполагать злокачественную опухоль.

Наконец, при правильном подходе к проведению лабораторных исследований они также могут играть важную терапевтическую роль, успокаивая пациента и окончательно рассеивая его опасения. Но психологическое влияние этого фактора может быть и негативным, если у больного создается впечатление, будто врачи не в состоянии понять, что с ним происходит, и готовы проводить все новые и новые исследования, строя свои бесконечные предположе-



ния! Здесь очень важно дать своевременные обдуманные пояснения. Допустим, пациенту сказали: *«Нет никаких причин считать, что боль, на которую вы жалуетесь, может быть вызвана опухолью. Но давайте-ка все же введем трубочку в ваш желудок да посмотрим, как там дела, чтоб окончательно убедиться, что все в порядке»*. Вероятно, после такого комментария человек воспримет как должное результаты исследования, не обнаружившего патологии. Если же больному без каких-либо вразумительных объяснений назначают целый ряд исследований, у него постепенно — по мере того, как ему после каждого анализа станут сообщать о вполне нормальных результатах, — будет повышаться уровень тревоги, поскольку он придет к заключению: врачи явно уверены в том, что у него серьезное заболевание, но им не удастся определить, какое именно!

#### С О В Е Т

Все тревожные люди нуждаются в совете; очень мало кто из них изъявляет желание принимать седативные лекарственные препараты, и еще меньше таких, кому это действительно необходимо. Так какие же рекомендации можно дать в подобных случаях?

В первую очередь необходимо объяснить пациенту, что имеющиеся у него разнообразные симптомы составляют распространенный, хорошо известный врачу синдром и вовсе не указывают на какое-либо серьезное заболевание. Затем следует посоветовать, как вести себя во время приступа тревоги: нужно сесть (если обстоятельства позволяют), постараться расслабиться, дышать не глубже, чем обычно, — и признаки тревоги пройдут сами собой. Наконец, стоит сказать о целесообразности посещения занятий по обучению релаксации, медитации или йоге — в зависимости от склонностей и интересов больного.

Во время сбора анамнеза врач, как правило, получает информацию и о других проблемах, которые необходимо оценить с клинической точки зрения, чтобы в зависимости от их характера решить, требуется ли помощь со стороны других специалистов.

#### П О М О Щ Ь

##### СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

У больных с тревожными расстройствами часто возникают трудности в социальной сфере или в межличностных отношениях. В подобных случаях ощутимую помощь может оказать хорошо подготовленный социальный работник. Не следует думать,

что к нему целесообразно направлять только пациентов с явно разрешимыми проблемами, с которыми, вероятно, удастся справиться, обсудив сложившуюся ситуацию и в чем-то переубедив вовлеченных в нее лиц. Социальный работник нередко осведомлен о ресурсах, которые можно мобилизовать для оказания помощи людям с проблемами, на первый взгляд кажущимися совершенно безнадежными; да и в любом случае следует дать каждому шанс принять свое решение относительно того, что можно было бы сделать.

#### П О М О Щ Ь

##### КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Иногда тревожное состояние не проходит после ряда предпринятых простых мер; некоторым пациентам не удастся освоить метод релаксации на тех занятиях, которые оказались наиболее доступными в данных условиях. В таких случаях нередко приводит к успеху обучение технике релаксации в процессе индивидуального лечения. При выраженных тревожных мыслях (см. выше) следует рассмотреть возможности применения «комплекса методов лечения тревоги». При фобиях обычно помогает использование релаксации наряду с методами, при которых пациента подвергают дозированному, постепенно возрастающему воздействию предъявляемых *in vivo* факторов, вызывающих страх (см. с.93–94).

Больным с посттравматическим стрессовым расстройством может принести пользу когнитивно-бихевиоральный подход (см. с.93) к их проблемам.

#### Л Е К А Р С Т В Е Н Н А Я Т Е Р А П И Я

Следует избегать проведения лекарственной терапии, за исключением кратковременного применения препаратов в некоторых ситуациях: например, когда больной, несмотря на многократные разъяснения и уговоры, испытывает сильную тревогу в связи с определенной медицинской процедурой, или если мать, которую очень волнует исход хирургической операции у ребенка, просит помочь сохранить спокойствие. Иногда необходимо предложить производные бензодиазепаина — самое большее на несколько недель, но по истечении этого срока возобновлять их назначение нежелательно, поскольку эти препараты вызывают зависимость (см. с.191).

Лекарственную терапию посттравматического стрессового расстройства следует начинать с применения трициклических антидепрессантов, а в дальнейшем тем, кто на них не прореагирует, назначать ингибиторы моноаминоксидазы.



## Течение и прогноз тревожных расстройств

В большинстве случаев острые тревожные состояния проходят сами по себе, и это — самый веский аргумент против назначения лекарственных препаратов, способных вызывать зависимость. У многих из тех, кто получал производные бензодиазепина, в дальнейшем наблюдаются явления, которые врач нередко принимает за «хроническое тревожное состояние»; в действительности же испытываемая ими тревога обусловлена отменой лекарственного препарата, и чаще всего через семь — десять дней эти симптомы бесследно исчезают.

Некоторые больные с хронической тревогой имеют социальные проблемы, и в таких случаях следует привлекать специалистов, оказывающих соответствующую помощь. Фактически у большинства больных со стойкими тревожными состояниями постепенно развивается и депрессивная симптоматика, которая рассматривается в следующем разделе.

## ДЕПРЕССИЯ

В большинстве случаев у больных со стойкой тревогой в конце концов постепенно развивается также и депрессивная симптоматика. Таким образом, в определенном смысле депрессивные симптомы представляют собой более дифференцированную форму психического заболевания, чем тревожные состояния (потому мы и начали данную главу с описания тревожных расстройств). По-видимому, у одних больных депрессией тревожные и депрессивные симптомы возникают одновременно, тогда как у других (о чем уже упоминалось) депрессивные симптомы развиваются только после определенного периода существования симптомов тревоги: возможно, что испытываемая в течение длительного времени тревога повышает восприимчивость человека к депрессивной симптоматике под влиянием стресса.

Вот уже много лет идет полемика по вопросу о наилучшем подходе к классификации депрессивных состояний, однако врачам-непсихиатрам можно посоветовать не вникать в эти дискуссии. Распространенная форма депрессии, часто встречающаяся в медицинских учреждениях общего профиля, описывается здесь как **депрессивный эпизод (F32.0)**. Есть также более тяжелая форма заболевания, которую мы назвали **депрессивным психозом (F32.3)**.

В некоторых других источниках эти две формы расстройства описаны как «реактивные/эндогенные» или «невротические/психотические» состояния, но ни тот, ни другой набор терминов нельзя признать вполне удовлетворительным. В настоящее время известно, что депрессия и того, и другого типа с примерно равной вероятностью может быть вторичной по отношению к психотравмирующим жизненным событиям, поэтому термин «эндогенный» действительно вводит в заблуждение. Термина «невротический» лучше избегать, поскольку из него вытекает, что любой человек, у которого развилась депрессия, — невротичен, а это далеко не так. Верно, что люди с высокими показателями по шкале «невротизма» более восприимчивы к развитию депрессивных состояний под влиянием психотравмирующих ситуаций, но при достаточно неблагоприятных обстоятельствах подобные расстройства могут развиться и у тех, кто отличается флегматичным темпераментом и устойчивой психикой.

## Эпидемиология

Хотя депрессивные симптомы несколько менее распространены, чем симптомы тревоги, тем не менее при обследовании населения их выявляют у 10–16% мужчин и 20–24% женщин. Однако **депрессивные состояния** — так сказать, случаи с количеством депрессивных симптомов, превышающим некий критический уровень, — встречаются гораздо реже: они обнаружены у 2,6–4,0% мужчин и 7–8% женщин (по данным обследований, проведенных в Лондоне, Канберре и некоторых городах США). Показатель заболеваемости (количество новых случаев за год) неизвестен, хотя представляется вероятным, что он примерно вдвое меньше показателя распространенности на данный момент.

Среди амбулаторных больных показатель распространенности депрессивных состояний гораздо выше, чем среди населения в целом. Согласно данным исследований по изучению заболеваемости, депрессивные состояния — наиболее распространенный диагноз, который составляет 12% всех новых случаев заболевания и 45% всех психиатрических диагнозов, устанавливаемых в общемедицинской практике. Важно подчеркнуть, что большинство из этих страдающих депрессией пациентов обращались за консультацией к своим врачам либо по поводу соматических симптомов, связанных с депрессией, либо по поводу соматического заболевания, присутствующего у них наряду с депрессией.

## Нейрохимия

Согласно **моноаминовой теории** аффективных расстройств, депрессивные состояния обусловлены функциональными нарушениями в центральных нейронах, содержащих норадреналин и(или) 5-гидрокситриптамин.

Эта теория базируется на информации о действии лекарственных веществ: резерпин — препарат, истощающий запасы моноаминов в центральных нейронах, — вызывает депрессию, тогда как лекарственные средства, повышающие концентрацию моноаминов в центральных нейронах (ингибиторы моноаминоксидазы, трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина или 5-гидрокситриптамина), смягчают симптомы депрессии. Чтобы объяснить двухнедельную задержку появления терапевтического эффекта, более современные версии этой теории сосредотачиваются на **адаптивных изменениях**, возникающих в моноаминовых нейронах при длительном лечении антидепрессантами. В экспериментах на животных различные эффективные средства лечения депрессии (в том числе и ЭСТ) вызывают ряд изменений функции нейронов и моноаминовых рецепторов. Существует множество подтипов рецепторов для моноаминов (например, норадреналиновые рецепторы —  $a_1, a_2, b_1, b_2$ ; 5-гидрокситриптаминовые рецепторы — 5-НТ<sub>1</sub>-подобные, 5-НТ<sub>2</sub>, 5-НТ<sub>3</sub>, 5-НТ<sub>4</sub>), а многие антидепрессанты обладают общими свойствами, например способностью повышать нейротрансмиссию, опосредованную 5-НТ<sub>1</sub>-рецепторами, находящимися в гиппокампе, и снижать чувствительность («негативное регулирование»)  $\beta$ -адреноцепторов. Хотя и не исключено, что в основе действия различных методов лечения депрессии лежит какой-то единый общий механизм, представляется более вероятным, что положительная реакция на антидепрессанты является результатом ряда воздействий на взаимосвязанные нейроны.

Как свидетельствуют данные исследований, у больных депрессией, не получающих лекарственных препаратов, имеются нарушения в нейротрансмиссии моноаминов. У некоторых больных выявлена уменьшенная концентрация 5-гидроксииндолуксусной кислоты (5-ННАА) в спинномозговой жидкости, что может отражать сниженный метаболизм 5-гидрокситриптамина в центральных нейронах. Это согласуется со сниженной способностью агонистов 5-гидрокситриптамина непрямого действия стимулировать секрецию пролактина, а

также со сниженной концентрацией 5-гидрокситриптамина, нередко обнаруживаемой в головном мозге самоубийц (у которых логично было бы предположить депрессивное состояние). При тяжелой депрессии клонидин — лекарственный препарат, стимулирующий  $\alpha$ -адреноцепторы, — обладает ограниченной способностью повышать высвобождение гормона роста; тем самым подтверждается снижение чувствительности центральных адреноцепторов.

У больных депрессией нарушена нейроэндокринная регуляция — возможно, вследствие изменения функции моноаминов. У многих повышена концентрация кортизола в плазме крови, что, как считают, обусловлено повышенной секрецией кортикотропин-высвобождающего фактора в гипоталамусе. Это лежит в основе ослабления способности дексаметазона подавлять секрецию кортизола; было предложено использовать данное явление в качестве диагностического «теста» депрессивного состояния. Однако «*дексаметазоновый тест*» не обладает достаточной специфичностью для применения в клинической практике: хотя такое отклонение действительно обнаруживается почти у двух третей больных тяжелой депрессией, оно встречается и при других психических заболеваниях.

## Симптомы

Симптомы депрессивных состояний делят на четыре группы: **эмоциональные изменения, когнитивные изменения, изменения мотивации и нейровегетативные симптомы**. Могут быть также симптомы тревоги, беспокойство и агитация.

### ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

На ранних стадиях развития депрессивного состояния человек нередко обнаруживает, что утратил ощущение радости жизни и больше не получает удовольствия от того, что было ему так приятно прежде. Эта **ангедония** может предшествовать другим эмоциональным изменениям: вскоре появляются грусть, печаль, больной начинает чувствовать себя глубоко несчастным. Часто утрачивается чувство юмора: ясно понимая, в чем соль шутки, человек тем не менее не видит в ней ничего смешного. В конце концов настроение становится беспроблемно **печальным**, и это постоянное уныние сопровождается мыслями соответствующего содержания. Так, прошлое поставляет воспоминания о неудачах, ошибках, опрометчивых решениях; при раздумьях

о настоящем внимание надолго приковывают только мрачные стороны действительности; будущее видится угрожающим или **безнадежным**. Грусть и печаль часто сопровождаются **приступами плача**, хотя некоторые больные, по их словам, чувствуют себя так, как будто близки к слезам, однако не в состоянии заплакать. У больного может возникнуть чувство, что жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать, и он начинает размышлять о способах ее прекращения. Чувства привязанности и любви к близким людям часто ослабевают; нередко утрачиваются и религиозные убеждения.

#### ИЗМЕНЕНИЯ В КОГНИТИВНОЙ СФЕРЕ

Когнитивные изменения при депрессии обычно включают чувство **неприязни к себе** в сочетании с преувеличенной оценкой серьезности текущих жизненных проблем. Необходимо исследовать измененную Я-концепцию и **идеи самообвинения**, расспрашивая пациента о том, каким он себе представляется в сравнении с другими людьми и обвиняет ли он себя в том, что он именно такой. Женщина, страдающая депрессией, может жаловаться на свою якобы безобразную внешность, а свое тело находить не только непривлекательным, но даже отталкивающим. Иногда у больного возникают идеи отношения: ему кажется, будто бы другие люди смотрят на него критически или отпускают в его адрес пренебрежительные замечания. Глубоко религиозный человек может считать себя **грешником или нечестивцем**. Больные испытывают **трудности в принятии решений** — либо из-за отсутствия уверенности в себе, либо из-за **нарушений мышления**. При тяжелой депрессии появляются идеи **вины и собственной никчемности**; если **суицидальные мысли** появляются при наличии таких симптомов, то они особенно серьезны. **Нигилистические бредовые идеи** проявляются в высказываниях больного о том, что у него абсолютно нет денег, он не испытывает никаких чувств, он уже мертв или же что окружающий мир не существует.

#### ИЗМЕНЕНИЯ МОТИВАЦИИ

**Сниженная энергия, усталость, апатия и неспособность концентрировать внимание** могут быть вторичными явлениями по отношению к подавленному настроению; это особенно типично для депрессивных состояний, сопровождающих инфекционные болезни, такие как моноцитарная ангина (инфекционный мононуклеоз), эпидемический гепатит, грипп или бруцеллез. Больные депрессией

стремятся избегать ответственности и уклоняются от серьезных и сложных заданий — либо потому, что все обычные занятия кажутся им скучными или бессмысленными, либо из-за неуверенности в себе и в своей способности принимать правильное решение. Неудачи при попытке выполнить задание могут подкреплять идеи самообвинения или самоуничужения. Нередко больного депрессией характеризуют как «зависимого», поскольку он склонен вверять другим людям ответственность за руководство его жизнью.

#### НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

К нейровегетативным симптомам относятся **нарушения аппетита, изменения массы тела, ритма сна, снижение либидо и уровня энергии, а также изменение осанки**. Депрессивное настроение может оказывать разностороннее влияние на человека, проявляясь, в частности, в том, как он говорит, ходит, в какой позе сидит. При незначительно выраженных депрессивных состояниях повышенный аппетит с увеличением массы тела — почти такое же распространенное явление, как анорексия и потеря массы тела, но при тяжелой депрессии преобладают последние симптомы. Сексуальный интерес и сексуальная активность снижаются. Больному трудно заснуть; когда же это наконец удается, наступает поверхностный сон, после которого он не чувствует себя отдохнувшим. Эмоциональная энергия больше не выплескивается вовне — в мир людей и событий, и человек погружается в печальное самокопание, сосредоточиваясь на своих недомоганиях и неприятных ощущениях. В результате он обращается к врачу по поводу **головных болей, болей в спине или болей какой-либо иной локализации**. Иногда эти симптомы настолько отвлекают внимание врача, что депрессивный синдром, частью которого они являются, остается нераспознанным. При тяжелой депрессии больной сообщает о **ранних пробуждениях, о колебаниях настроения в течение суток**, причем наиболее подавленное настроение отмечается по утрам.

#### Диагноз (депрессивных состояний: F32)

Как и в случае тревожных расстройств, в континууме переходных форм между нормой и депрессией нет какой-либо определенной «точки разрыва», поэтому разграничение приходится проводить в значительной степени произвольно. Один из широко используемых критериев предполагает наличие следующих признаков:

А. Депрессивное настроение или неспособность испытывать удовольствие должны быть выраженными и достаточно стойкими.

Наряду с этим изо дня в день в течение предыдущих двух недель у больного должны присутствовать ПО МЕНЬШЕЙ МЕРЕ ТРИ из следующих семи симптомов:

- Б. 1. Сниженный или повышенный аппетит и соответственно уменьшение или увеличение массы тела.
2. Бессонница или гиперсомния.
3. Психомоторное возбуждение или заторможенность.
4. Упадок сил или утомляемость.
5. Чувство вины, ощущение собственной никчемности или упреки в свой адрес.
6. Затруднение концентрации внимания, замедленное мышление, нерешительность.
7. Мысли о смерти или попытка самоубийства.

### Диагноз психотической депрессии (F32.3) (используются также термины «аффективный психоз», «меланхолия» или «эндогенная депрессия»)

Это тяжелая форма заболевания с глубоким депрессивным настроением, не реагирующим на характер происходящих вокруг событий, с бредовыми идеями депрессивного содержания, галлюцинациями или депрессивным ступором.

Содержание депрессивного бреда могут составлять идеи о собственной безнравственности, греховности или никчемности, об отсутствии денег, наличии тяжелого заболевания или об уже наступившей смерти. Содержание галлюцинаций часто имеет оскорбительный или обвинительный характер; обычны «голоса», обращающиеся к больному во втором лице (например: «Ты — проходимец»). Характерны ранние пробуждения и колебания настроения в течение суток, анорексия и выраженная потеря массы тела, психомоторная заторможенность или заметное психомоторное возбуждение.

Психотическая депрессия *может* возникать без провоцирующего фактора (однако называть ее «эндогенной» неверно, так как это вводит в заблуждение), а в преморбидном периоде у больного может быть устойчивая личность.

## Дифференциальный диагноз

### СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

Депрессия может быть вторичной по отношению к соматическому заболеванию или к токсическому действию определенного вещества наподобие алкоголя. Вторичную депрессию способны вызывать различные заболевания — эндокринные (такие как микседема, тиреотоксикоз, синдром Кушинга) и инфекционные (например, мононуклеоз, инфекционный гепатит, бруцеллез или грипп), а также новообразования (например, рак поджелудочной железы или бронха).

### ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХОСИНДРОМЫ

Депрессивные симптомы у больного могут быть вторичными по отношению к органическому поражению головного мозга различных типов (см. с.147, 153).

### ТЯЖЕЛАЯ УТРАТА

Депрессивное настроение, нарушенный сон и плач наблюдаются более чем у 50% лиц, переживших тяжелую утрату, но самооценка при этом не нарушается. Однако примерно одна треть этих людей испытывают чувство вины перед умершим. Патологические реакции горя описываются на с.273.

### ШИЗОФРЕНИЯ (см. с.158)

У больных шизофренией может развиваться выраженная депрессивная симптоматика. Стойкие неаффективные бредовые идеи или галлюцинации неаффективного характера (и даже галлюцинации депрессивного содержания, если они сохраняются длительное время, а не возникают эпизодически) указывают на шизофрению.

## Этиология

### ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Данные большинства близнецовых исследований не подтвердили наличия генетического компонента в отношении депрессивного эпизода, хотя такие случаи, несомненно, имеют тенденцию к накоплению в семьях. В то же время было показано, что те члены семьи (из связанных первой степенью родства), у которых не было приступов депрессии, не только отличаются от заболевших большей эмо-

циональной устойчивостью, но и, как правило, более эмоционально стабильны, чем средний представитель общей популяции. Наоборот, те, у кого развилось депрессивное состояние, чаще имеют более высокие показатели по шкале невротизации и более низкую самооценку; кроме того, среди них значительно более распространены обсессивные черты и интровертированность.

Хотя изложенные выше данные не вызывают никаких сомнений, многие исследования показали, что перенесенная в раннем возрасте тяжелая утрата (в особенности потеря матери в результате смерти или разлуки) повышает уязвимость к подобным переживаниям в дальнейшем. На основании изучения воспоминаний больных депрессией о своем детстве был сделан вывод о том, что к неблагоприятным факторам следует отнести также гиперопеку со стороны матери.

Что же касается **психотической депрессии**, то имеются убедительные данные (полученные в результате исследований как близнецов, так и приемных детей) о наличии генетического компонента, однако установить тип наследственной передачи пока не удалось. Показатель риска развития заболевания у родственников больных монополярной депрессией колеблется в зависимости от возраста начала заболевания и тяжести провоцирующих факторов. Имеются некоторые данные, позволяющие предположить возможность наследования, связанного с полом.

При **циклотимии (F34.0)** у человека на протяжении всей жизни бывают эпизоды выраженных аффективных расстройств. В периоды повышенного настроения он особенно остро ощущает вкус к жизни, проявляя непоколебимый оптимизм, повышенную активность и трудоспособность, тогда как периоды депрессии характеризуются беспокойством, пессимизмом, вялостью, а любая деятельность в это время представляется бесполезной и тщетной.

Циклотимия чаще отмечается в семьях пробандов, страдающих маниакально-депрессивным психозом (биполярное аффективное расстройство; см. далее), тогда как среди родственников пробандов с психотической депрессией (монополярное расстройство) не выявлено повышенной частоты случаев циклотимии. Большинство больных маниакально-депрессивным психозом (по данным одного исследования — 75%) описывают признаки циклотимной личности в преморбидном периоде.

## ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ

Не существует какого-либо единственного типа личности, сопряженного с более высоким риском развития депрессии. По некоторым данным, полученным с использованием соответствующих личностных тестов, общая **невротизация** увеличивает риск развития депрессивного состояния. Результаты нескольких современных эпидемиологических исследований указывают на **низкую самооценку** как характерную особенность личности, в значительной степени повышающую вероятность развития депрессивного расстройства после психотравмирующего жизненного события. Человек с такой самооценкой склонен относиться к себе критически и пренебрежительно, он весьма невысокого мнения о себе. Принято считать, что *имеющие негативную окраску представления о себе, своем будущем и своем окружении* образуют «**когнитивную триаду**», которая усиливает восприимчивость человека к развитию депрессивного состояния. По-видимому, содержание понятия «пассивно-зависимой личности» (см. с.63) в значительной степени совпадает с такой характеристикой, как «низкая самооценка». Здесь, однако, мы не станем смешивать эти понятия, поскольку низкая самооценка нередко встречается у людей без признаков пассивно-зависимой личности.

Как показывают исследования, утрата матери в раннем детстве коррелирует с низкой самооценкой в зрелом возрасте. Выявлена также связь между определенными обстоятельствами жизни взрослых людей и низкой самооценкой, которая, например, часто свойственна женщинам, имеющим мужа-безработного или более трех детей, воспитываемых дома.

У детей низкая самооценка чаще встречается в случаях, когда родители придерживаются авторитарного стиля воспитания либо проявляют безразличие к ребенку, пренебрегая своими обязанностями по отношению к нему.

## ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

События, связанные с утратой, соматические заболевания, неблагоприятные социальные обстоятельства — все это может способствовать развитию депрессивных симптомов.

К **событиям, связанным с утратой**, можно отнести смерть близкого человека, угрозу тяжелой утраты в будущем (в случае тяжелого неизлечимого заболевания у кого-либо из близких родственников), разрыв отношений и даже ситуации, когда человек рассчитывает на продвижение по службе, но

его надежды не оправдываются. Вероятность того, что подобные события спровоцируют развитие депрессии, особенно повышается при определенных условиях: важную роль играют такие факторы, как низкая самооценка, отсутствие близкого человека, которому можно довериться, а также наличие уже существующего конфликта, обострившегося в результате психотравмирующей ситуации. Приступ депрессии может развиваться в течение одного года после пережитой утраты.

Случаи, когда **соматическое заболевание** вносит существенный вклад в развитие депрессивного состояния, очень часто встречаются в условиях общемедицинской практики. Нередко у больного сначала наблюдается легкая дисфория, а выраженное обострение депрессивной симптоматики проявляется после развития соматического заболевания. Давно уже признана связь между депрессией и такими заболеваниями, как инфекционный гепатит, грипп и моноцитарная ангина (инфекционный мононуклеоз), однако следует иметь в виду, что, скорее всего, и другие инфекционные болезни, например опоясывающий лишай и инфекции мочевыводительных путей, могут подталкивать развитие депрессивных расстройств. Доказано, что у людей с низкой самооценкой более вероятно возникновение депрессивного состояния после инфекционного заболевания.

**Неблагоприятные социальные обстоятельства** многообразны и изменчивы в своих проявлениях. Некоторым больным не хватает социальной поддержки; случается и так, что человек лишается даже той последней «соломинки», которая хоть как-то выручала раньше. Неудовлетворительные условия жизни, хроническое заболевание у кого-либо из близких, напряженные и сложные межличностные отношения — сведения о подобных проблемах то и дело встречаются в историях болезни разных пациентов с депрессией.

## Лечение

Накоплены убедительные данные о том, что лечение антидепрессантами сокращает длительность течения депрессивного состояния, — и чем тяжелее депрессия, тем больше вероятность, что эти препараты дадут хороший эффект. При менее выраженной депрессии выздоровление чаще наступает спонтанно; при таких формах неспецифические методы терапии обычно помогают не хуже, чем антидепрессанты. Однако для того, чтобы больной смог обрести свое нормальное состояние, он, есте-

ственно, прежде всего должен остаться в живых, поэтому в первую очередь мы рассмотрим вопрос об угрозе самоубийства и методах оценки степени риска.

### УГРОЗА САМОУБИЙСТВА (см. также с. 276–279)

Следует выяснить, в какой степени пациентом овладевают мысли о самоубийстве и предпринимались ли уже какие-либо конкретные шаги в этом направлении. Решил ли больной, когда, где и как его совершить? С особой серьезностью нужно относиться к планам, предусматривающим болезненные методы самоубийства (например, пациент намерен повеситься или выпить едкое и токсичное дезинфицирующее средство) либо такой способ, который наверняка приведет к гибели (например, прыжок с крыши высотного здания). Подготовлены ли уже какие-то специальные средства для совершения самоубийства? Не собирается ли больной покончить с собой, приняв большую дозу какого-либо препарата? Возможно, в последнее время он часто берет в руки флакончик с лекарством или высыпает таблетки и смотрит на них? Если окажется, что подобные действия совершались, то нужно выяснить, что же до сих пор останавливало больного от реализации его планов? Если приходится отпускать пациента домой, необходимо учитывать обстановку, в которую он возвратится. Есть ли у него близкий человек, на которого можно положиться; будет ли он находиться под чьим-то присмотром? Было ли у пациента в анамнезе самоповреждение или самоотравление? Готов ли он дать твердое обещание, что не причинит себе никакого вреда за время, оставшееся до очередного визита к врачу?

Нет никаких оснований опасаться, будто врач, расспрашивая о самоубийстве, тем самым повышает вероятность попытки суицида: наоборот, многие больные, по их собственным словам, ощущают облегчение чувства тревоги и вины после обсуждения этого вопроса. Было бы абсолютно нереально и неразумно направлять к психиатру каждого, у кого возникали мысли о самоубийстве; однако при серьезных сомнениях либо в случаях, когда опасность для жизни представляется весьма реальной, необходима консультация специалиста. Всех больных с симптомами психотической депрессии следует направлять к психиатру для проведения специального лечения: слишком значителен риск совершения самоубийства, к тому же такие пациенты, как правило, испытывают тяжкие страдания.

## СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Антидепрессанты описаны на с.83–87. Однако стоит отметить, что, приняв решение о назначении этих препаратов, важно также обеспечить соблюдение режима и схемы лечения. Врач может способствовать этому, если заранее предупредит больного о вероятных побочных явлениях, обоснует предварительный прогноз длительности терапии, а также объяснит, что данное лекарственное средство не вызывает зависимости, и когда со временем необходимость в его приеме отпадет, при отмене не возникнет никаких существенных проблем. Можно ли быть уверенным, что больной не передозирует прописанный ему препарат; пообещает ли он вам это? В случаях, когда есть вероятность приема чрезмерной дозы, было бы безответственно назначать трициклические антидепрессанты, поскольку они кардиотоксичны при передозировке. Учитывая это, попросите кого-либо из близких больного (например, супругу или родителей) следить за количеством употребляемых таблеток, а при выборе препарата помните, что тетрациклические антидепрессанты гораздо менее токсичны при лишь чуть меньшей эффективности.

Если существует реальная опасность для жизни, больному следует предложить стационарное лечение.

## СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Вполне обычна ситуация, когда при анализе конкретного случая обнаруживается, что депрессивное состояние находится в доступной для понимания связи с жизненной ситуацией больного и с теми способами, которыми он регулирует межличностные отношения. Вместо того чтобы вновь и вновь расспрашивать пациента о подробностях симптоматики, предоставьте ему возможность рассказать о своих проблемах. Большинство депрессивных состояний проходят в результате сочетанного воздействия антидепрессантов и доброжелательного, внимательного отношения. Если возникают вопросы, которые нельзя отрегулировать, подумайте о том, чтобы направить больного к психиатру.

Некоторые клинические психологи при депрессии проводят когнитивную терапию (см. с.96–97); данный метод целесообразно также применять в случаях, когда депрессивное состояние не поддается лечению антидепрессантами, но при этом нет

угрозы для жизни, или при рецидивирующих состояниях, которые сопровождаются развитием у больного депрессивных идей в отношении себя. Утверждают, что такой подход снижает частоту рецидивов.

## ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ

В случае психотической депрессии электросудорожная терапия является методом выбора, поскольку она позволяет очень быстро добиться улучшения в состоянии пациента. При тяжелой депрессии больной глубоко страдает, и любое лечение, способное сократить этот период мучительных переживаний, представляет собой большое благо. Более полное описание ЭСТ приведено на с.89–91.

## НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ

При проведении испытаний антидепрессантов в учреждениях первичной медицинской помощи оказалось, что у многих больных состояние улучшается в результате приема плацебо. Наивно полагать, что всем этим пациентам стало бы лучше и без лечения, хотя в значительной части случаев, вероятно, так и произошло бы. *Уверенность врача в том, что он сможет помочь больному*, — основана ли она на личных качествах или на вере в содержимое пилюль, — *вселяет надежду*, а с нею — *ожидание, что улучшение обязательно наступит*. Предлагая поддерживать связь в форме назначаемых повторных визитов, врач формулирует свою роль таким образом, чтобы настроить пациента оптимистически. Не допуская никаких сомнений, он выражает готовность наблюдать за возвращением пациента к эффективному социальному функционированию и дает почувствовать, что в его лице тот имеет сильного союзника, так что начинает проясняться путь к устранению чувства безнадежности и беспомощности. Полномочия врача освобождают больного от выполнения как социальных, так и профессиональных обязательств дают возможность снять на время груз забот и *отдохнуть, не испытывая гнетущего чувства собственной несостоятельности*; если же удастся восстановить сон, это часто служит главным показателем улучшения самочувствия пациента.

## Течение и прогноз

В общемедицинской практике наблюдаются самые разнообразные исходы депрессивных состояний, и хотя у многих больных все симптомы проходят в



течение четырех — шести недель, примерно в трети случаев заболевание имеет тенденцию к затяжному течению. Проявления депрессии, возникшие у человека с преморбидно устойчивой личностью после психотравмирующего события, связанного с утратой, обычно имеют хороший исход, тогда как при аналогичных нарушениях, обусловленных постоянным воздействием неблагоприятных социальных обстоятельств и межличностных отношений, исход, как правило, гораздо хуже. При **депрессивных состояниях** в сочетании с личностными расстройствами (в особенности если они характеризуются манипулятивностью, неустойчивостью или крайне выраженной зависимостью) вероятен неблагоприятный исход: у таких больных на фоне подавленного настроения нередко наблюдаются вспышки враждебности, сопровождающиеся демонстративным поведением и импульсивными суицидальными попытками.

**Депрессивный психоз** очень хорошо поддается лечению, но существует высокая вероятность повторных приступов; если это происходит, считают, что у больного вариант биполярного аффективного расстройства, при котором приступы до сих пор были одного и того же типа, иногда для описания подобных случаев применяют термин «**монополярное аффективное расстройство**».

## **БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО** (известное также как **МАНИАКАЛЬНО- ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ**)

Для данного расстройства типично то, что у больного бывают приступы депрессии (часто психотического уровня), а в другие периоды времени — приступы психотического возбуждения, при которых состояние в тяжелых случаях определяется как маниакальное, в более легких — как гипоманиакальное. Следующие далее разделы, посвященные симптоматике, патофизиологии, диагностике, относятся к приступам возбуждения (поскольку депрессивный психоз был рассмотрен ранее). Разделы по эпидемиологии, методам лечения, особенностям течения и прогноза касаются биполярного аффективного расстройства.

### **Эпидемиология (биполярного аффективного расстройства)**

Показатель риска развития биполярного аффективного расстройства на протяжении жизни состав-

ляет приблизительно 1%; ежегодная частота возникновения новых случаев — около 10 на 100000 для мужчин и 15 на 100000 для женщин. Это означает, что в стандартном районе обслуживания с населением 250000 человек можно ожидать примерно 30 новых случаев заболевания в год.

## **Нейрохимия (маниакального состояния)**

В соответствии с логическим выводом, вытекающим из «моноаминовой теории аффективных расстройств», биологические нарушения при маниакальном состоянии должны быть противоположны наблюдаемым при депрессии: если при депрессии выявляется сниженная активность в центральных моноаминергических нейронных системах, то при маниакальном состоянии можно было бы обнаружить **повышенную активность моноаминергических нейронов**. Эта гипотеза маниакального состояния основывается отчасти на клинических наблюдениях, свидетельствующих о том, что симптомы депрессивного и маниакального синдромов часто диаметрально противоположны, отчасти — на способности лекарственных средств, повышающих концентрацию норадреналина и (или) 5-гидрокситриптамина, вызывать маниакальные реакции. Однако эти препараты, к которым относятся *L-ДОФА*, *амфетамин*, *ингибиторы моноаминоксидазы* и *трициклические антидепрессанты*, не обладают стойким действием. Дофамин также играет роль в развитии маниакального состояния; на это указывает тот факт, что среди эффективных антиманиакальных препаратов большинство составляют нейролептики, которые являются мощными антагонистами дофаминовых рецепторов. Результаты биохимических исследований противоречивы: некоторые данные подтверждают ускоренный метаболизм норадреналина в центральной нервной системе (повышенная экскреция с мочой 3-метокси-4-гидроксифенилгликоля) у больных с маниакальным состоянием; однако при других исследованиях в аналогичных случаях получены нормальные показатели.

### **Симптомы (маниакального состояния)**

Центральными признаками маниакального состояния являются **приподнятое настроение, повышенная активность и идеи величия**. Приподнятое настроение может быть выражено в разных формах и в разной степени — от **эйфории** до эк-



зальтации; веселость у таких больных иногда бывает заразной. Однако далеко не все больные чувствуют себя счастливыми. Некоторые не только не эйфоричны, но скорее **раздражительны** и легко впадают в гнев. Как и в случае с депрессией, могут наблюдаться колебания настроения в течение суток. Иногда эпизоды приподнятого состояния духа перемежаются кратковременными периодами депрессивного настроения.

Подъем настроения представляет собой одно из проявлений **расторможенности**, которая затрагивает социальное и сексуальное поведение, а также приводит к потере способности соразмерять свои желания и расходы с материальным положением. Так, больной может отпускать бестактные и грубые замечания в процессе общения, обращаться к незнакомым людям с совершенно неуместными предложениями сексуального характера, пренебрегать необходимыми мерами предохранения от беременности, заказывать в магазине дорогие (и при этом ненужные) товары.

Повышенная активность проявляется бурной двигательной деятельностью, ускоренной речью и повышенным аппетитом при соответствующем уменьшении продолжительности сна. При более умеренно выраженном расстройстве это может сопровождаться некоторым подъемом продуктивности, но поскольку больной беспрестанно хватается то за одно, то за другое дело, вокруг него создается хаос. **Речь быстрая, мышление ускорено**. В конце концов поток мыслей становится настолько стремительным, что больной просто не успевает их высказать; связь между идеями разрыхляется, отмечаются перепрыгивание с одной темы на другую, **игра слов, каламбуры**, использование рифм — или «**звуковых ассоциаций**». В результате речь может стать полностью недоступной для понимания.

Повышенный аппетит поначалу приводит к тому, что больной с жадностью поглощает пищу, совершенно не заботясь об аккуратности и правилах поведения за столом. Затем нередко гиперактивность достигает такого уровня интенсивности, что человек уже не в состоянии ни есть, ни спать.

Из-за симптомов, связанных с маниакальным состоянием, больные иногда бросают хорошую работу и постоянного сексуального партнера, пускаясь в сумасбродные авантюры; постепенно ими все больше овладевают **идеи величия**. Человек может быть убежден, что предназначен для какой-то особой миссии или наделен неким откровением, которое должен передать другим людям, либо что он обладает несметными богатствами. **Бредоподобные**

**идеи** такого рода соответствуют основному настроению, так что в случаях, когда преобладают раздражительность и подозрительность, это могут быть идеи преследования, а при экзальтации — экспансивный бред или идеи величия. Иногда развиваются шнайдеровские **позитивные симптомы шизофрении** (см. с.154–155), включая бредовые идеи отношения и воздействия. Могут возникать и **галлюцинации** (также соответствующие преобладающему настроению), например в форме голосов, которые дают советы или говорят больному о его особых полномочиях; бывают видения экстатического или религиозного характера. Ни один из этих симптомов, как правило, не сохраняется долго (чаще несколько часов, а не дней): они появляются и исчезают один за другим как в калейдоскопе, причем смена психотических переживаний происходит в соответствии с аффектом. **Критическое отношение к собственному психическому состоянию** почти всегда нарушается; больной не видит необходимости в лечении. Однако другие люди, с которыми этот человек вступает в контакт, редко сомневаются в том, что он нуждается в помощи специалиста.

## Диагноз (маниакального приступа: F30)

Основанием для установления диагноза маниакального состояния служит повышенное или раздражительное настроение, сохраняющееся как минимум в течение недели и достаточно выраженное для того, чтобы привести к практически полному нарушению трудоспособности и препятствовать всем видам социальной активности, при наличии **КАК МИНИМУМ ТРЕХ** из следующих признаков:

1. Повышенная активность или беспокойство.
2. Словесный напор.
3. Субъективное ощущение повышенной скорости мышления.
4. Повышенная самооценка или идеи величия.
5. Сниженная потребность в сне.
6. Патологическая отвлекаемость.
7. Расторможенное поведение (см. выше).

**Гипоманиакальное состояние** диагностируют при аналогичном, но менее выраженном расстройстве, не приводящем к полной дезорганизации трудовой деятельности и различных видов социальной активности.

## Дифференциальный диагноз (маниакального состояния)

### СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ МАНИАКАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ

Маниакальное состояние не всегда указывает на биполярное аффективное расстройство, поскольку подобная картина может вызываться определенными лекарственными препаратами (такими как симпатомиметические амины, стероиды, изониазид или L-ДОФА), быть вторичным явлением по отношению к таким метаболическим расстройствам, как почечная недостаточность или тиреотоксикоз, либо сопутствовать поражению головного мозга, например при энцефалите или опухоли.

### ШИЗОФРЕНИЯ (см. с.157)

Проводить дифференциальную диагностику иногда бывает очень трудно, особенно в случаях, когда маниакальное состояние развивается на фоне текущего шизофренического процесса. Если окажется, что якобы «шизофренические» проявления наблюдаются только в периоды подъема настроения и чрезмерной активности, то следует ставить диагноз маниакального состояния.

### ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (см. с.158)

Это психотическое расстройство, при котором аффективные и шизофренические психотические проявления четко выражены в рамках одного и того же приступа. В условиях общемедицинской практики целесообразно рассматривать случаи с полным выздоровлением в периоде между приступами как вариант маниакально-депрессивного психоза.

### ЦИКЛОТИМИЯ (см. с.175)

Это состояние характеризуется хронической неустойчивостью настроения, при которой наблюдаются колебания уровня энергии и клиническая картина, напоминающая *незавершенные формы* биполярного аффективного расстройства. Приведенные выше диагностические критерии должны помочь при дифференциации этих состояний.

## Этиология (биполярного аффективного расстройства)

### ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Данные семейных и близнецовых исследований указывают, что в отношении этиологии биполярное

аффективное расстройство отличается от большинства случаев монополярной депрессии. Однако генотип, лежащий в основе биполярного расстройства, иногда может вызывать монополярное расстройство или же циклотимное личностное расстройство. Хотя значение генетических факторов несомненно, точный тип наследования не установлен. При изучении семей пробандов с биполярным аффективным расстройством выявлена повышенная заболеваемость среди сибсов, воспитывавшихся в неблагоприятных условиях (хотя в семьях пробандов с депрессивным эпизодом подобная тенденция не прослеживается). Наследственная предрасположенность значительно выше при раннем начале заболевания.

### ЛИЧНОСТЬ

У людей с циклотимными или депрессивными чертами характера риск развития биполярного аффективного расстройства более высок (этот вопрос уже обсуждался ранее; см. с.175).

### ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

У некоторых больных приступ маниакального состояния возникает лишь однажды во время лечения депрессивного приступа антидепрессантами. Значительные индивидуальные различия обнаружены по отношению к воздействию амфетаминов: одни переносят громадные дозы этих препаратов без последующего развития психотического состояния, тогда как у других на фоне приема относительно малых доз развивается маниакальное состояние; в обоих случаях мы, вероятно, имеем дело с взаимодействием между генетическими факторами и средовыми влияниями, запускающими заболевание.

### ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ ЖИЗНЕННЫЕ СОБЫТИЯ

Первые приступы маниакального состояния часто следуют за психотравмирующими жизненными событиями, которые по своему типу аналогичны провоцирующим приступы депрессивного состояния. Кроме того, такие события, вероятно, играют роль запускающего фактора, которым определяется момент развития приступа.

## Лечение (маниакального состояния)

### НЕЙРОЛЕПТИКИ

При возбуждении и галлюцинациях любого характера препаратами выбора являются галоперидол (см. с.78–80) и хлорпромазин (с.78–79).

**КАРБОНАТ ЛИТИЯ (см. с.88)**

Литий используют как для снижения частоты приступов, так и для облегчения их течения. Он имеет также определенную ценность при лечении маниакального состояния, хотя и не является препаратом первого выбора.

**ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ (см. с.89)**

Обычно при лечении маниакального состояния в применении этого метода нет необходимости, однако ЭСТ может принести пользу в случаях, резистентных к лекарственной терапии.

**ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

Часто бывает необходимо ограничивать больных, находящихся в маниакальном состоянии, поскольку очень трудно обеспечить оказание им надлежащей помощи без наблюдения и ухода со стороны квалифицированного среднего медицинского персонала. Нельзя забывать и о том, что в период маниакального приступа существует повышенный риск развития депрессии, особенно после устранения (в результате лечения) большей части симптомов возбуждения; при этом больной еще остается активным и расторможенным, но уже на фоне кратковременного эпизода депрессивного настроения (описание см. ранее). Опасность заключается в том, что в случае возникновения суицидальных мыслей при таком стечении обстоятельств чрезвычайно высока вероятность импульсивной попытки самоубийства.

**Лечение (рецидивов)**

Назначение лития с профилактической целью (см. с.88) рекомендуется как при биполярном аффективном расстройстве (маниакально-депрессивный психоз), так и при рекуррентных монопо-

лярных психотических депрессиях (см. ниже). **Карбамазепин** (см. с.76) можно попытаться применить в случаях, когда заболевание протекает с частыми приступами («быстрыми циклами»).

**Течение и прогноз**

Естественное течение биполярного аффективного расстройства характеризуется увеличением частоты и длительности приступов на протяжении жизни больного. Однако лечение литием оказало огромное влияние на характер течения расстройства. Имеются убедительные данные о том, что такая терапия снижает как интенсивность, так и частоту приступов. Однако во все времена бывали случаи, когда после первого (и единственного) психотического приступа (маниакального или депрессивного) наступало полное выздоровление и затем заболевание ни разу не возобновлялось (причем без применения лития); поэтому препараты лития целесообразно предлагать только после того, как станет ясно, что картина рекуррентного течения расстройства установилась.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

- Ashton, H. (1992) *Brain Function and Psychotropic Drugs*. Oxford: Oxford University Press.
- Brown, G. and Harris, T. (1990) *The Social Origins of Depression*. London: Routledge.
- Goldberg, D. and Huxley, P. (1991) *Common Mental Disorders — a bio-social model*. London: Routledge.
- Paykel, E. (1992) *A Handbook of the Affective Disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Williams, J. (1992) *The Psychological Treatment of Depression: A Guide to the Theory and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. London: Routledge.

# 14 Дезадаптивные формы поведения

Явно гетерогенные состояния, описанные в этой главе, объединены рядом общих признаков:

1. Каждая из рассматриваемых форм поведения представляет собой как бы *переходящее за грань меры продолжение нормального поведения*: ведь в разумных пределах вполне обычны употребление алкоголя, прием лекарственных средств, соблюдение диеты или переедание, да и обсессивные черты характера у нормальных людей — довольно распространенное явление. Все эти формы поведения являются дезадаптивными в том смысле, что они вынуждают человека страдать и обычно причиняют ему вред с биологической точки зрения: все состояния, описанные в этой главе, способны приводить к серьезным *заболеваниям*, а многие связаны с повышенной *смертностью*.
2. *Реакция на тревогу*: любая из описываемых здесь форм поведения усугубляется при повышении уровня тревоги, и каждая из них включает в себя компонент, связанный со снижением уровня тревоги. Употребление алкоголя или других психоактивных веществ снимает тревогу; аналогичную функцию выполняет мытье рук при тревоге, обусловленной навязчивой идеей о том, что они загрязнены и могут стать причиной заражения. Во всех случаях это приносит облегчение лишь ненадолго — через какое-то время тревога возникает вновь, что подталкивает человека к повторению определенной формы поведения, создавая порочный круг. Так больной алкоголизмом чувствует себя лучше после приема некоторого количества алкоголя, но на следующее утро у него наступает еще более выраженное тревожное состояние (похмелье); это ведет к дополнительной тревоге и к употреблению дополнительного количества алкоголя.
3. При большинстве из этих состояний присутствует субъективно осознаваемое чувство принужде-

ния (*компульсия*). Как бы упорно ни сопротивлялся человек этим побуждениям, он чувствует, что вынужден выпивать, голодать или объедаться либо выполнять какое-то определенное действие. Врач должен понимать это, не ожидая от пациента, что тот попросту прекратит нежелательное поведение, — сделать это отнюдь не так легко.

## СИНДРОМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

В первую очередь мы определим понятия синдрома алкогольной зависимости и негативных последствий, связанных с употреблением алкоголя.

### Синдром алкогольной зависимости (F10.2)

Зависимость от алкоголя возникает тогда, когда стремление принимать его — постоянно или периодически — становится компульсивным. В понятие такой зависимости включают три компонента:

1. Субъективное осознание **компульсивности влечения к алкоголю**.
2. **Повышенная толерантность** к действию алкоголя.
3. **Симптомы отмены**.

Можно сделать вывод об осознании **компульсивного влечения к алкоголю**, если человек сообщает о том, что первый же глоток спиртного после периода воздержания неизбежно ведет к возврату на прежний уровень употребления. Сильное желание принять дополнительную дозу алкоголя рассматривается как иррациональное, ему сопротивляются — но все же раньше или позже уступают. Если

человек пытается воздерживаться от употребления алкогольных напитков, он может ощущать чрезвычайно мощную тягу к алкоголю.

Постепенно развивается **повышенная толерантность** к действию алкоголя; в результате человек может употреблять большие количества крепких напитков, не пьянея. Нередко больные расценивают это как повод для самоуверенности, тогда как фактически толерантность — один из ранних признаков формирующейся зависимости.

**Симптомы отмены** возникают, когда прекращается поступление алкоголя в кровь человека, в течение продолжительного периода употреблявшего его в большом количестве. Обычно они появляются по утрам, поскольку в это время концентрация алкоголя в крови особенно сильно снижается. Характерны крупноразмашистое дрожание рук («утренняя дрожь»), тошнота, потливость и ажитация. Эти явления устраняются приемом алкоголя. К более тяжелым симптомам отмены относятся иллюзии, чувство страха, а также беспорядочные слуховые галлюцинации. Могут развиваться *генерализованные эпилептиформные припадки*, а примерно через 48 часов — делирий, или *белая горячка* (см. с. 140).

По мере развития зависимости выпивка постепенно начинает брать верх над всем остальным, оттесняя на задний план не только работу, семейную и общественную жизнь, но даже заботу о здоровье. Репертуар алкоголизации суживается до стереотипной ежедневной схемы, и выпивка к этому моменту занимает самое заметное место среди всех видов деятельности. Подобное понятие зависимости влечет за собой дискуссии относительно того, является ли тот или иной человек «алкоголиком» или нет. Такое обсуждение редко бывает полезным. Лучше задаться вопросом, *развились ли у человека с зависимостью какие-либо негативные последствия, связанные с употреблением алкоголя.*

## **Негативные последствия, связанные с употреблением алкоголя**

Последствия, обусловленные употреблением алкоголя, включают в себя соматические заболевания, психологические нарушения и социальные проблемы. Они могут возникать и при отсутствии зависимости; следовательно, к категории лиц, имеющих последствия подобного рода, относятся многие из тех, кто обращается в медицинские учреждения, хотя эти пациенты и не рассматриваются как страдающие алкоголизмом.

## **Эпидемиология**

Люди с разного рода проблемами, обусловленными употреблением алкоголя, чрезвычайно широко представлены в соматических стационарах. Установлено, что среди пациентов терапевтических и ортопедических отделений к этой категории относятся 8% женщин и 29% мужчин. Более высокие показатели можно обнаружить в травматологических центрах (поскольку при значительной концентрации алкоголя в крови человек часто становится жертвой несчастного случая), а также в гастроэнтерологических отделениях, где имеют дело со многими соматическими осложнениями злоупотребления алкоголем. Все же большинство лиц, злоупотребляющих алкоголем, остаются невыявленными в больницах общего профиля, откуда их выписывают без правильно установленного диагноза. Около 20% случаев госпитализации в психиатрические больницы связаны с алкогольной зависимостью.

Проведение обследований населения с целью выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем, — заведомо трудная задача, но полученные результаты подтверждают, что многие лица с проблемами, обусловленными употреблением алкоголя, остаются вне сферы внимания учреждений и организаций, занимающихся оказанием соответствующей помощи. Несмотря на недостаток данных, представляется вероятным, что в Англии показатель распространенности алкогольной зависимости колеблется в диапазоне 0,9–1,4%; в то же время, по-видимому, не менее 5% взрослого населения употребляют алкогольные напитки в чрезмерных количествах. Цифры, характеризующие злоупотребление алкоголем, неизменно выше среди мужчин, чем среди женщин. Самые высокие показатели отмечаются в возрастной группе 20–30-летних, но среди тех, кого госпитализируют по поводу заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, преобладают пациенты в возрасте около 40 лет. Самые низкие показатели наблюдаются среди представителей средних классов. У лиц, относящихся к высшим социальным классам, наблюдается форма пролонгированного пьянства, тогда как представители низших классов совершают чрезмерно обильные возлияния главным образом в выходные дни.

## **Клинические признаки**

### **СОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Среди разнообразных соматических осложнений лучше всего распознается **цирроз печени**. В пос-

леднее время в Соединенном Королевстве увеличилась смертность вследствие данного заболевания, что обусловлено заметным ростом потребления алкоголя. У мужчин риск развития этой формы поражения печени повышается при употреблении четырех пинт пива (или четверти бутылки крепкого спиртного напитка, или одной бутылки вина) в день; для женщин достаточно двух пинт пива (или эквивалентного количества других напитков). Постоянное, длительное пьянство с наибольшей вероятностью приводит к циррозу печени, который возникает у 80% лиц, выпивающих по десять или более пинт в день на протяжении пятнадцати лет.

Среди тех, кто постоянно и неумеренно употребляет алкоголь, широко распространен также гепатит, нередко протекающий с постепенным формированием цирроза. **Печеночная энцефалопатия** развивается при печеночной недостаточности.

Примерно половина всех случаев **хронического панкреатита** приходится на людей с анамнезом длительного пьянства (особенно типична для них форма заболевания с кальцификатами в поджелудочной железе). У злоупотребляющих алкоголем часто бывает **острый гастрит**, а пептическая язва наблюдается в три раза чаще, чем у непьющих. Широкая распространенность всех этих осложнений — наряду с **варикозным расширением вен пищевода** и **эзофагитом** — означает, что человек с проблемами, связанными с употреблением алкоголя, может обратиться к врачу по поводу болей в животе, кровавой рвоты или проявлений железодефицитной анемии. **Макроцитоз без анемии** развивается вследствие дефицита фолиевой кислоты. **Мегалобластическая анемия** возникает в результате недостаточности фолатов, витамина В<sub>12</sub> или вызывается непосредственно токсическим действием алкоголя. **Гемолитическая анемия** или **тромбоцитопения** могут быть обусловлены циррозом печени.

При злоупотреблении алкоголем повышается риск развития **ишемической болезни сердца** или **инсульта**. Между **кардиомиопатией** и воздействием алкоголя существует более определенная связь, которая прослеживается в 50% случаев первичной дегенерации сердечной мышцы.

Примерно у 10% лиц с алкогольной зависимостью возникает **периферическая нейропатия**, поражающая как чувствительные, так и двигательные нервные волокна (особенно в нижних конечностях). Это обусловлено недостаточностью тиамина, но лечение редко дает эффект. Развиваются **дегенерация мозжечка**, **миопатия** и **энцефалопатия Вернике** (см. с. 149). Алкоголизм сопряжен с более вы-

соким риском **субдуральной гематомы** и **травматической нейропатии**, а также травм всех видов, которые могут быть получены при несчастных случаях дома и на работе, дорожно-транспортных происшествиях, а также при инцидентах, связанных с агрессивным поведением.

Многие из этих соматических патологических изменений вызываются (или усугубляются) недостаточным либо неполноценным питанием и общим плохим состоянием здоровья, что формирует у больных с алкогольной зависимостью восприимчивость к различным инфекционным заболеваниям.

#### ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, распространена **депрессия**. Можно выделить три наиболее типичные схемы связей между этим состоянием и алкоголем:

1. Алкоголь обладает *прямым угнетающим действием*, вследствие чего злоупотребляющий им человек может постоянно находиться в подавленном настроении, которое улучшается в период воздержания.
2. Злоупотребление алкоголем ведет к *социальным проблемам*, таким как безработица, развод, долги, что вызывает у человека подавленное состояние.
3. Депрессия, обусловленная какими-либо иными причинами, может быть *временно облегчена* приемом алкоголя. Именно с этого начинали многие из тех, кто в дальнейшем втянулся в пьянство, в конце концов приводящее к углублению депрессии.

Под влиянием депрессии некоторые больные умышленно причиняют себе вред. Среди мужчин, принявших чрезмерную дозу лекарственных препаратов, почти половину составляют страдающие алкогольной зависимостью. Риск **самоубийства** повышен во много раз среди больных алкоголизмом, госпитализированных для лечения.

Взаимосвязь **тревоги** и злоупотребления алкоголем в основном определяется схемами, аналогичными приведенным для депрессии. Кроме того, тревога выражена при алкогольном состоянии отмены.

**Алкогольный галлюциноз** редко бывает изолированным; как правило, он сочетается с другими острыми проявлениями синдрома отмены. На фоне ясного сознания возникают слуховые галлюцинации — чаще в форме голосов, которые обращаются к больному во втором лице (нередко с выс-

казываниями унижающего характера) или ведут между собой беседы о нем. Обычно галлюциноз связан с резким прекращением (или значительным сокращением) приема алкоголя после длительного периода постоянного пьянства; в большинстве случаев он разрешается в течение нескольких дней. Если этого не происходит, то развивается состояние, по своей клинической картине сходное с шизофренией. В подобных случаях логично предположить, что злоупотребление алкоголем, по-видимому, привело к высвобождению латентно протекавшей шизофрении.

**Диссоциальное (антисоциальное) личностное расстройство** (см. с.60) может вести к алкоголизму, однако и при отсутствии в преморбидном периоде какой-либо патологии личности вполне обычны случаи, когда постоянное злоупотребление алкоголем со временем приводит к изменениям настроения, неспособности удерживаться на работе и к разрыву личных взаимоотношений.

#### НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

1. Нарушения памяти возникают в период острой алкогольной интоксикации. Хотя вечером во время приема большого количества алкоголя человек вел себя как будто вполне нормально, на следующее утро после пробуждения у него обнаруживается глубокая амнезия на события, происходившие в эти несколько часов (**алкогольная амнезия**, или «палимпсест», или «алкогольный провал памяти»).
2. Может наблюдаться специфическое нарушение памяти — **корсаковский синдром** (см. с.149).
3. Развивается **алкогольная деменция**, которая может быть обратимой; в этом случае состояние больного улучшается, если он прекращает пить.

#### НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

**Проблемы в супружеской жизни** типичны для людей, злоупотребляющих алкоголем, и это закономерно. Пьющий муж поздно приходит домой, в состоянии опьянения нередко оскорбляет других членов семьи или ведет себя агрессивно и применяет насилие по отношению к ним; из-за пристрастия к спиртному он может потерять работу, влезть в долги, стать импотентом. Жена часто испытывает отвращение к пьяному мужу и стыдится его поведения в обществе. Вследствие подобных переживаний у многих женщин развиваются депрессия и трево-

га, некоторые из них даже совершают суицидальные попытки, принимая чрезмерную дозу какого-либо лекарственного препарата или другого вещества; при оказании помощи таким пациенткам проницательный врач общей практики может заподозрить (и таким косвенным путем выявить) злоупотребление алкоголем в семье. В случаях, когда алкоголем злоупотребляет жена, это чаще всего особенно сильно сказывается на детях.

**Проблемы на работе** обычно возникают у тех, кто опаздывает, появляется на службе в состоянии опьянения, склонен пререкаться с другими сотрудниками и с руководителями, не способен выполнять работу на уровне своих прежних стандартов. Лица с алкогольной зависимостью подолгу отсутствуют на производстве, допускают прогулы и теряют работу чаще, чем их коллеги-трезвенники.

Для многих страдающих алкоголизмом характерно антисоциальное поведение во время интоксикации; они нередко входят в столкновение с **полицией**, нарушая общественный порядок либо совершая мелкие уголовные преступления.

**Бродяжничество** может быть обусловлено разными причинами, но во многих случаях к такому образу жизни приводит именно злоупотребление алкоголем в сочетании с некоторыми другими факторами. Люди, не имеющие постоянного места жительства, могут представлять собой серьезную проблему для служб здравоохранения в связи с множественными соматическими заболеваниями, крайне неблагоприятными жизненными условиями, а также ввиду упорной потребности в постоянном приеме алкоголя.

#### Выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя

Врачи общей практики не выявляют злоупотребление алкоголем, поскольку не умеют ставить соответствующие вопросы.

#### ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ЗАПОДОЗРИТЬ НАЛИЧИЕ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

1. У больного присутствует любое из соматических нарушений, упомянутых на с.183–184 (не упускайте из виду, что вы поставили диагноз пептической язвы, — задайтесь вопросом: не вызвано ли заболевание влиянием алкоголя?).
2. Создается впечатление, что пациент уклончиво отвечает на вопросы или неопределенно описы-



вает свои жалобы (возможно, это указывает на попытку утаить злоупотребление алкоголем или же на поражение памяти).

3. Род занятий пациента сопряжен с повышенной вероятностью злоупотребления алкоголем (высокий риск имеют бармены, работники ресторанов, кафе, закусочных с подачей спиртных напитков, торговцы вином и пивовары; риск значительно выше среднего — директора компаний, коммивояжеры, военнослужащие, журналисты, эстрадные артисты и врачи).
4. Имеются сведения о том, что у другого члена данной семьи есть проблемы, связанные с употреблением алкоголя.
5. Результаты исследований выявляют патологию, которая может быть обусловлена алкоголем (например, неожиданный подъем активности гамма-глутамил-транспептидазы).

#### «ОБОЙМА» ВОПРОСОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ (CAGE)

При наличии какого-либо из вышеперечисленных обстоятельств вы можете счесть целесообразным задать пациенту следующие вопросы (см. также карту-памятку):

1. Вы когда-либо чувствовали, что следовало бы сократить употребление алкоголя?
2. Докучают ли Вам окружающие, критикуя за пьянство?
3. Случалось ли Вам когда-либо испытывать чувство вины в связи с пьянством?
4. Приходилось ли Вам начинать утро с «глотка спиртного», чтобы успокоить нервы или опохмелиться?

Данная серия вопросов известна как «CAGE» (одно из значений — «обойма») — по первым буквам английских слов «cut» (сокращать), «anno» (докучать), «guilty» (виноватый), «eye-opener» (глоток спиртного по утрам, помогающий прийти в себя — «открыть глаза»).

Если вы получите положительные ответы на любые ДВА (или более) из этих вопросов, целесообразно собрать соответствующий «алкогольный анамнез» (см. ниже). (При двух или более утвердительных ответах вероятность злоупотребления алкоголем составляет около 45%; если пациент на все вопросы ответил отрицательно или же дал только

один положительный ответ, вероятность отсутствия у него данной проблемы равна 97%.)

#### СБОР АЛКОГОЛЬНОГО АНАМНЕЗА

Приступая к сбору анамнеза, необходимо в первую очередь попросить больного (в дальнейшем ту же задачу ставят перед информатором) описать **типичный день, когда он выпивает**. Нужно последовательно проанализировать весь день, начав с самого утра, с тем чтобы установить, что именно было выпито и когда:

1. Выясните, употребляется ли первая доза спиртного утром для устранения симптомов отмены.
2. Употребляет ли больной алкогольные напитки относительно равномерно на протяжении всего дня, не пьянея, или принимает алкоголь порциями — обычно за обедом и вечером?
3. Сколько алкоголя обычно выпивается в один прием?
4. Всегда ли одна принятая доза влечет за собой употребление большего количества алкоголя, так что в результате, как правило, наступает состояние сильного опьянения? Если да, то приводило ли это к провалам памяти или к падениям?
5. Установите, пьет ли пациент в одиночестве; является ли для него употребление алкогольных напитков только формой реакции на определенные изменения настроения или ситуации.

Опираясь на результаты проделанного анализа, врач и больной вместе оценивают, сколько денежных средств сейчас расходуется на выпивку в течение каждой недели. Полученный результат сравнивают с прежней еженедельной суммой расходов. Часто это открывает больному глаза и помогает трезво взглянуть на положение дел.

Получив представление о схеме употребления алкогольных напитков в настоящее время, следует попытаться выяснить **ход развития злоупотребления алкоголем на протяжении ряда лет**. Часто оказывается, что в жизни пациента были определенные ключевые моменты (например, служба в вооруженных силах или работа, связанная с торговлей вином), когда резко увеличилось количество употребляемого им алкоголя. Больной может воспроизвести по памяти схему ежедневного употребления алкоголя в те периоды, когда он терял работу, или, например, во время бракоразводного процесса. Могут быть также указаны даты контактов с по-



лицей. Таким образом врач устанавливает длительность злоупотребления алкоголем и получает информацию об имеющихся у пациента проблемах, обусловленных пьянством.

## Этиология

### ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Распространенность алкоголизма среди родителей и сибсов лиц, страдающих алкоголизмом, в 2,5 раза выше, чем в общей популяции. Это нельзя объяснить исключительно действием средовых факторов, поскольку воспитанные в приемных семьях сыновья отцов, страдающих алкоголизмом, не менее подвержены развитию алкоголизма, чем те, кто остался в родной семье со своими биологическими родителями.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Данные проспективных исследований показали, что невротические черты характера у ребенка не связаны с развитием алкоголизма в дальнейшем, но у того, кто в детстве был импульсивным, агрессивным и гиперактивным, более вероятен алкоголизм в зрелом возрасте.

Алкоголь, однако, является мощным анксиолитиком, и потому страдающие агорафобией, социальной фобией (а также люди с другими невротическими личностными особенностями) склонны прибегать к нему, чтобы снять тревогу. В некоторых случаях это приводит к развитию зависимости от алкоголя. Облегчение чувства внутреннего напряжения или дистресса с помощью алкоголя можно — в бихевиоральном смысле — рассматривать как вознаграждение. Если это происходит многократно, то прием алкогольных напитков становится самовоспроизводящейся привычкой. Любые трудности, порожденные пьянством (в том числе и симптомы отмены), усиливают тревогу, которую опять-таки можно смягчить все тем же способом. Так создается порочный круг, ведущий к неуклонному росту употребления алкоголя.

### СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Среди представителей некоторых (перечисленных ранее) *профессий* случаи алкоголизма встречаются чаще, чем можно было бы ожидать исходя из его распространенности среди населения в целом. К предрасполагающим факторам, связанным с этими профессиями, относятся доступность дешевого

(или вообще «дарового») алкоголя, сильное давление со стороны окружения, направленное на приобщение к выпивке, отсутствие контроля на работе, а также отстраненность от стабилизирующего влияния семьи.

Важную роль играют *культуральные* факторы: так, связанный с религиозными предписаниями запрет на употребление алкогольных напитков у мусульман и мормонов, традиционное осуждение пьянства у евреев ведут к очень низким показателям распространенности алкоголизма по сравнению с культурами, где употребление алкоголя отождествляется с мужественностью.

Важную роль играет такой фактор, как *доступность алкоголя*. Это мнение находит все более широкое признание. Имеющиеся данные свидетельствуют о прямой связи между потреблением алкоголя на душу населения и количеством людей с соответствующими проблемами. Первый из этих показателей определяется стоимостью алкогольных напитков, и когда цены на них снижаются, то повышается уровень смертности от цирроза печени.

## Исследования

### ИССЛЕДОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УСТАНОВЛЕНИЕ ДИАГНОЗА

**Биологические методы исследования.** Проводят анализ крови или мочи на содержание алкоголя (если пациент отрицает состояние опьянения) либо пробы для выявления нарушений функции печени (в случаях, когда есть основания предполагать злоупотребление алкоголем, тогда как больной отрицает это).

**Социальные исследования.** Проводят собеседование с информатором, чтобы установить истинную схему употребления алкоголя больным и выявить наличие и характер связанных с пьянством последствий (если сам больной не дает определенной информации по этим вопросам). Обследование с целью оценки взаимоотношений в семье, материального положения, ситуации с работой позволяет раскрыть подлинную степень нарушений социального функционирования. Часто все оказывается гораздо более серьезным, чем в обрисованной пациентом картине, в которую он пытался заставить врача поверить.

Осведомленность о социальных обстоятельствах пациента нередко помогает врачу понять, почему больной втянулся в пьянство (причины могут уходить корнями в его прошлое) и оценить

факторы, подкрепляющие употребление алкоголя в настоящее время.

#### ИССЛЕДОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УСТАНОВЛЕНИЕ СТЕПЕНИ УЩЕРБА, ПРИЧИНЕННОГО УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

**Биологические исследования.** Делают пробы функции печени, в частности на определение активности гамма-глутамил-транспептидазы ( $\gamma$ -GT), которая повышается у 75% больных с алкогольной зависимостью. Берут мазок крови на макроцитоз при отсутствии анемии.

После этого проводят обследование, направленное на выявление соматических осложнений злоупотребления алкоголем, уже перечисленных ранее.

**Психологические исследования.** Для выявления нарушений памяти используются специальные тесты (см. с.68).

## Лечение

### БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

При симптомах отмены требуется лекарственная терапия, которую проводят только в условиях стационара. Обычно достаточно назначить прием *диазепама* или *хлорметиазола* в течение девяти дней (общепринятые суточные дозы хлорметиазола: по 6 г в течение первых трех дней, по 4 г в течение следующих трех дней и по 3 г — в оставшиеся три дня). Лечение алкогольного делирия описано на с.140–141.

Если есть основания предполагать недостаточность тиамина, назначают *инъекции парентеровита*.

Иногда при выраженной депрессии или тревоге целесообразно применить специфическую лекарственную терапию, но в большинстве случаев депрессия проходит после проведения детоксикации.

Необходимо лечить любые сопутствующие соматические заболевания.

*Дисульфирам* (антабус), который можно давать ежедневно, способен помочь больным противостоять импульсивному желанию выпить: им известно, что если алкоголь будет употреблен в течение 24 часов после приема препарата, разовьется острая, тяжелая и крайне неприятная реакция. Однако нужно сформировать у пациента мотивацию для обеспечения ежедневного приема таблеток, что станет полезным дополнением к другим методам лечения. Наиболее вероятно, что эта мера будет эффективной, если контроль за регулярностью приема препарата возьмет на себя третье лицо.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Важное значение имеет *поддерживающая психотерапия*. В общемедицинской практике или в клинике общего профиля она может применяться изолированно как вполне адекватный метод лечения легких случаев злоупотребления алкоголем. Использование процедур исследования, описанных ранее, часто помогает больному понять, что пьянство причиняет ущерб его здоровью и негативно влияет на социальное функционирование. Если это может послужить стимулом к сокращению приема алкогольных напитков, пациенту предлагают *ежедневно вести дневник*, фиксирующий их употребление. Постепенное сокращение количества употребляемого алкоголя позволит избежать симптомов отмены, так что лекарственной терапии не потребуются. Вероятно, основным поводом для жалоб в этот период будет бессонница, но можно обойтись без назначения снотворных средств, если больного заранее предупредили о возможных нарушениях сна и посоветовали терпеливо перенести эти временные явления, не прибегая к лекарствам. Врач должен попросить *жену больного* подбадривать мужа и поддерживать его, особенно в периоды, когда ему приходится преодолевать желание выпить.

### СОЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

Необходимо вовлекать в лечебный процесс членов семьи пациента, с тем чтобы они понимали характер проблемы, поддерживали больного, а также помогали ему справляться со стрессом приемлемыми способами и адаптироваться к воздержанию от алкоголя.

Следует поощрять развитие интересов и различные виды деятельности, способные заменить посещения пивной или общение с пьющими приятелями.

На основании анализа имеющихся данных врач в каждом случае должен принять взвешенное решение: станет ли целью лечения полное воздержание или же следует добиваться контролируемого употребления алкоголя, приемлемого с точки зрения социальных норм? Если проблемы, связанные с употреблением алкоголя, серьезны, или если в прошлом у больного был рецидив после периода воздержания, то возможен только первый вариант: полный отказ от алкоголя.

В более тяжелых случаях рекомендуется *госпитализация в психиатрическое или наркологическое отделение*, чтобы можно было приступить к применению психологических методов лечения параллельно с проведением детоксикации.

*Групповая терапия* ценна, в частности, тем, что помогает больному честно признать характер своей проблемы и найти способы снимать стресс, не прибегая к алкоголю.

Многим больным большую пользу приносит участие в работе групп *Анонимных Алкоголиков*. Эта организация придерживается принципа строгого воздержания и предлагает социальные структуры, цель которых — помочь людям, страдающим алкоголизмом, заменить выпивку другими занятиями. Поддержка в группах доступна в любое время, причем оказывают ее нередко бывшие алкоголики, с которыми больной может себя отождествлять.

## СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

(F1x.2, где «х» соответствует коду определенного психоактивного вещества)

Изложенная ранее в этой главе информация о проблемах, связанных с воздействием алкоголя, большей частью относится и к последствиям употребления психоактивных веществ, поэтому в данном разделе будут освещены лишь некоторые моменты, специфичные для рассматриваемого явления.

### Синдром зависимости от опиатов (F11.2)

В Соединенном Королевстве можно выделить три пути получения опиатов: легальное приобретение лекарственных средств по рецепту, выданному врачом; кража сырья или готовых препаратов с фармацевтических предприятий; покупка контрабандного героина, поступающего из стран Востока.

Человек с зависимостью принимает наркотик внутрь, вдыхает дым горящего героина или втягивает измельченное вещество (в форме пудры) через нос, вводит соответствующий препарат внутримышечно, подкожно либо внутривенно. На первом этапе употребления наркотиков после внутривенной инъекции героина возникает переживание, которое характеризуют как «приход, возбуждение, трепет, полет или озарение». Испытавшие это состояние утверждают, что оно оставляет более сильное впечатление, чем сексуальный оргазм; поначалу героин принимают именно ради подобных ощущений. У злоупотребляющего опиатами

снижаются аппетит и половое влечение; часто бывают запоры.

По мере развития толерантности для достижения желаемого эффекта требуются более высокие дозы; появляются дисфория и соматические побочные действия; прием психоактивных веществ все более возрастает, поскольку человек стремится избежать симптомов отмены.

#### СИМПТОМЫ ОТМЕНИ

Через 8–10 часов после приема последней дозы появляются симптомы отмены: сначала — **повышенное выделение секрета слизистой оболочки носа, слезотечение, зевота, усиленное потоотделение** и ощущение сильной **тяги к наркотику**; затем возникают **тошнота, рвота, понос, спазмы в животе и боли в мышцах**.

*Реакция отдачи* со стороны центральной нервной системы после отмены наркотика проявляется в виде **мидриаза, тахикардии, артериальной гипертензии, прилива крови к лицу и непроизвольных движений**.

Страдающие наркотической зависимостью очень боятся симптомов отмены («ломка»), поскольку испытываемые при этом ощущения крайне неприятны, но на самом деле эти явления не представляют такой опасности для жизни, как, например, белая горячка, и через 72 часа идут на убыль.

#### СМЕРТНОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

*Смертность* среди больных с зависимостью от опиатов почти **в 15 раз выше**, чем среди тех, кто не употребляет психоактивных веществ.

Это обусловлено *заболеваемостью*, сопутствующей опиной зависимости и связанной главным образом со следующими факторами:

1. *Полное пренебрежение правилами асептики и антисептики при использовании инъекционных форм наркотика*, что ведет к **сепсису, гепатиту, эндокардиту, туберкулезу и почечному синдрому**. (См. также информацию о ВИЧ и СПИДе на с.125.)
2. *Передозировка наркотика*, которая может вызвать **дыхательную недостаточность**.
3. *Депрессия и чувство отчаяния*, часто приводящие к **самоубийству**.

Заболеваемость и смертность среди злоупотребляющих инъекционными формами опиатов значительно повышаются при наличии в этой группе

ВИЧ-инфицированных или больных СПИДом. Лица, применяющие парентеральное введение наркотика, обычно заражаются вирусом иммунодефицита человека, пользуясь общими загрязненными средствами для инъекций; представители этой группы являются одним из главных источников распространения ВИЧ и СПИДа в общей гетеросексуальной популяции при половых контактах. В разных регионах Соединенного Королевства показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди злоупотребляющих психоактивными веществами колеблются в широких пределах.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

В состоянии отмены у больного отмечаются сильно расширенные зрачки, тахикардия, пилоэрекция («гусиная кожа»), наблюдаются также другие — перечисленные ранее — симптомы. Следует осмотреть пациента, обращая внимание на состояние вен (тромбоз — обычное явление у тех, кто использует парентеральное введение наркотика), выявляя также различные признаки осложнений, вызванных несоблюдением правил асептики и антисептики при инъекциях.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Как и в случае с проблемами, обусловленными употреблением алкоголя, главное — помочь человеку построить новый образ жизни, свободный от наркотиков. Необходимые меры могут включать изменение круга общения данного лица, если в его прежней компании он постоянно встречался с людьми, употребляющими психоактивные препараты. Для урегулирования многих вопросов (в частности, финансовых, семейных, юридических проблем) потребуется помощь социального работника.

Часто именно врачи общей практики, сотрудники службы скорой помощи или семейные врачи первыми из медицинских работников сталкиваются с зависимым от наркотиков человеком, который заявляет, что у него синдром отмены. Следует знать, что *назначение определенных наркотиков (героин и диконал) лицам с зависимостью от них является противоправным деянием, если вы не получили на это разрешение Министерства внутренних дел.*

Иногда приходится решать вопрос о целесообразности применения метадона: его используют благодаря тому, что этот препарат (который можно назначать внутрь) предупреждает симптомы отмены, не вызывая «кайфа» (в отличие от героина). Если есть сомнения, всегда лучше проявить излишнюю

осторожность, поскольку некоторые лица употребляют героин лишь эпизодически и у них нет зависимости.

В приемной врача общей практики и в отделении скорой помощи, как правило, предпочтительно воздержаться от назначения метадона (особенно при отсутствии у больного явных признаков синдрома отмены), пока с пациентом не будет заключен *контракт о лечении*. В этом документе подробно оговаривается схема отмены наркотика путем снижения его дозы в течение двух или трех недель и формулируются условия, которые больной должен выполнять, если врач продолжает выписывать ему данный препарат. Например, больной обязан воздерживаться от приема дополнительной дозы наркотика — соблюдение этого пункта проверяют при каждом очередном визите к врачу, направляя порцию мочи пациента на анализ. Без принятия таких мер врач может оказаться в ситуации, когда будет вынужден вновь и вновь продлевать назначение препарата.

В случаях тяжелой зависимости рекомендуется госпитализация в *отделение специализированной помощи*, где можно быстро провести детоксикацию (при сведении к минимуму симптомов отмены), а также приступить к осуществлению долговременного плана лечения. Такая программа предусматривает социальную терапию, реабилитацию, а иногда (в особых, очень редких случаях) — длительный прием метадона.

У некоторых больных — их сравнительно немного — синдром опийной зависимости развивается в результате приема препаратов, прописанных врачом («ятрогенная лекарственная зависимость»). Для тех, кто находится в терминальном состоянии, это не имеет значения. В остальных случаях нужно продумать переход к постепенной отмене опиатов: поскольку они, как правило, назначаются при состояниях, сопровождающихся болью, необходимо сначала найти альтернативные способы ее устранения.

### **Синдром зависимости от барбитуратов (F13.2)**

В настоящее время барбитураты применяются крайне редко (см. с. 74–75), но некоторым лицам молодого возраста, употребляющим несколько психоактивных средств, все еще удается получать их по медицинским каналам.

У лиц, злоупотребляющих барбитуратами, может развиваться *толерантность*; это весьма небезопасно, так как при больших дозах этих препара-

тов повышается риск угнетения дыхания, что может привести к смертельному исходу. У индивидов с зависимостью от психоактивных веществ особенно вероятна передозировка барбитуратов. *Синдром отмены* аналогичен наблюдаемому при алкоголизме; так же часто возникают **эпилептиформные припадки**, нередко развивается **делирий**.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Некоторые индивиды с зависимостью от барбитуратов (в основном более молодые) вводят препарат в инъекционной форме — в виде водного раствора, обладающего очень сильным раздражающим действием; в результате возникают флебиты, медленно заживающие абсцессы, а также язвы с некротизацией тканей. Многие злоупотребляющие барбитуратами выглядят неряшливыми, неопрятными, истощенными вследствие недостаточного или неправильного питания; они могут производить впечатление пьяных (со смазанной и бессвязной речью) или сонных. Обычно отмечается нистагм. Частым осложнением является депрессия.

#### ЛЕЧЕНИЕ

Лицам с синдромом зависимости, употребляющим высокие дозы препарата, рекомендуется заместительная терапия барбитуратом кратковременного действия (например, пентобарбитон) с ежедневным снижением суточной дозы на 10% (возможно, при одновременном назначении противосудорожного средства). В дальнейшем у таких пациентов в течение длительного времени сохраняются нарушения сна, возникают **ночные кошмары** вследствие лишения REM-фазы.

### Синдром зависимости от производных бензодиазепа (F13.2)

Бензодиазепины — широко применяемые лекарственные препараты, однако в последнее время накапливается все больше сведений о вызываемой ими зависимости. Как анксиолитики они теряют свою эффективность по мере того как происходит привыкание к ним, а при попытке отмены препарата у больного возникают выраженные симптомы тревоги. *К симптомам отмены* относятся также **головокружение, дрожание, страх, слабость, чувство дурноты, бессонница и гиперсенситивность**. Эти явления можно свести к минимуму, используя препараты длительного действия, например диазепам, и очень медленно их отменяя. В первые две недели

после отмены выражены раздражительность и бессонница, которые вполне проходят только через три месяца.

В результате широкого применения производных бензодиазепа в терапевтических целях зависимость от них стала распространенным явлением. Кроме того, лица молодого возраста, употребляющие несколько психоактивных веществ, часто используют эти препараты (особенно темазепам) в чрезвычайно высоких дозах в сочетании с другими психоактивными веществами как альтернативу барбитуратам, которые сейчас гораздо менее доступны.

**Описанные далее психоактивные вещества не вызывают физической зависимости, но имеют значение в психиатрии, поскольку приводят к патологическим изменениям психического состояния. Их часто используют наряду с другими психоактивными веществами, они могут также провоцировать психозы.**

### Амфетамины

Время от времени эти лекарственные препараты все еще назначают детям с гиперкинезами и взрослым при нарколепсии (поэтому лица, злоупотребляющие амфетаминами, иногда заявляют, будто бы страдают нарколепсией). Наиболее простой уличной формой является очень неоднородный порошкообразный препарат («speed»).

Амфетамины принимают для того, чтобы вызвать состояние повышенной бодрости, энергии и концентрации внимания в сочетании с подавлением чувства голода и усталости. При внутривенном введении (такой способ используют лица, злоупотребляющие опиатами) эти стимуляторы дают кратковременное ощущение «прилива». После того как проходят описанные эффекты, развиваются депрессия, тревога, раздражительность и апатия. Для устранения вызываемой амфетаминами бессонницы некоторые больные прибегают к приему барбитуратов.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

При интоксикации больные становятся разговорчивыми и сверхактивными, при отмене препарата — сонными или подавленными. Они, как правило, выглядят истощенными из-за недостаточного питания вследствие анорексии, часто облизывают губы из-за ощущения сухости во рту. Зрачки расширены, отмечаются потливость, тахикардия, вы-

сокое кровяное давление или аритмии, обычно является генерализованная гиперрефлексия.

У людей, совершенно нормальных при других обстоятельствах, амфетамины могут вызывать **симптоматическую шизофрению** (см. с.157–158) с бредовыми идеями преследования, которые сопровождаются зрительными, тактильными и слуховыми галлюцинациями, возникающими на фоне ясного сознания. Амфетамины могут также обострять симптомы шизофрении у лиц, подверженных этому расстройству, а в других случаях — провоцировать **симптоматическое маниакальное состояние**. Обычно психическое состояние возвращается к норме в течение пяти — семи дней, после того как препарат выделится из организма, но иногда стойкие психотические проявления требуют лечения производными фенотиазина.

## Кокаин

Кокаин может употребляться разными способами: его втягивают в ноздри (в таких случаях он всасывается слизистой носа), вводят в виде инъекций или курят (для такого использования предназначен особым образом приготовляемый препарат — «крэк»). Он обладает стимулирующим действием на центральную нервную систему, сходным с характерным для амфетаминов, но, как считают, более медленным и мягким. При злоупотреблении кокаином может развиваться дезориентировка, депрессия; по своей способности вызывать симптоматические психозы этот препарат напоминает амфетамины.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Во время интоксикации больной обычно возбужден, его бьет дрожь, зрачки расширены. Некоторые сообщают о неприятном ощущении ползания насекомых под кожей («мурашки в теле»). На более поздних стадиях появляются судороги, головокружение и нарушения ритма сердечной деятельности. Может наступить смерть вследствие остановки сердца.

## Галлюциногены

К галлюциногенам относятся мескалин, диэтиламид лизергиновой кислоты (LSD, или «кислота»), диметилтриптамин («ангельская пыль») и псилоцибин («магический гриб»). В Соединенном Королевстве на момент написания данной книги наиболее широко употреблялись LSD и псилоцибин.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

При приеме внутрь LSD в течение примерно 40 минут вызывает изменения восприятия. Ощущения во всех модальностях усиливаются и искажаются; они также могут переходить из одной модальности в другую, поэтому звуки становятся зримыми, а цвета и оттенки приобретают запах, — этот феномен называется *синестезией*. Образ тела иногда устрашающе искажается. Некоторым представляется, будто бы они способны летать или ходить по воде, — явления подобного рода неоднократно приводили к несчастным случаям со смертельным исходом. Порой возникают экстремальные эмоциональные изменения, приводящие к тревоге и страху перед безумием, которое в этот момент кажется неизбежным (подобные случаи характеризуют выражением «неудачное путешествие»). С такими состояниями легче всего справиться, если кто-нибудь «уговаривает» больного, успокаивает его, подчеркивая, что тревожные переживания обусловлены действием галлюциногена.

Острые эффекты затухают в течение 24 часов, но изменения восприятия нередко сохраняются дольше. Подобно амфетаминам, галлюциногены могут вызывать пролонгированный психоз, хотя не исключено, что они лишь высвобождают заболевание у предрасположенной к нему личности.

Иногда через несколько месяцев возникают «вспышки воспоминаний» (*флэшбэк*) — при этом человек заново переживает некоторые искажения восприятия, возникавшие у него ранее после приема LSD; такой возврат к прежнему опыту может быть спровоцирован психотравмой или воздействием другого психоактивного вещества.

## Каннабис

Злоупотребление каннабисом довольно широко распространено среди молодежи, особенно в студенческой среде и в некоторых этнических группах. «Травкой» называют высушенное растение *Cannabis sativa* (конопля посевная), тогда как «смолу» выделяют из женских частей цветущего растения. Эффекты зависят в основном от обстоятельств, при которых принимают это средство; обычно его используют в компании. У тех, кто употребляет каннабис, не бывает ни синдрома отмены, ни признаков развития толерантности.

Через несколько минут вдыхания возникает ощущение благополучия, расслабления и успокоения, но в случаях, когда у индивида преобладающим на-

строением является гнев или депрессия, действие каннабиса нередко усиливает и обостряет их. Может появляться нарушение восприятия времени, внешнего вида окружающих предметов, звуков, но обычно на протяжении всего периода действия вещества у человека сохраняется критическое отношение к своему состоянию.

На высоких дозах могут возникать шизофреноподобные приступы продолжительностью до 48 часов. Употребление каннабиса является фактором, повышающим риск развития шизофрении.

## Вдыхание паров растворителей

В результате вдыхания (нюханья) паров растворителей, содержащих толуол и ацетон, может возникать эйфория, но при длительном их воздействии развивается ступор и наступает потеря сознания, поскольку эти токсические вещества являются мощными депрессантами ЦНС и способны разрушать нейроны.

При злоупотреблении растворителями формируется психологическая зависимость, и это вызывает серьезное беспокойство потому, что данное явление затрагивает в основном детей, особенно из семей, принадлежащих к низшим социальным слоям.

Показатель смертности среди «нюхальщиков» довольно высокий; примерно в 50% случаев летальный исход обусловлен непосредственным токсическим действием химических веществ, в остальных смерть наступает либо в результате асфиксии в полиэтиленовом пакете, из которого вдыхают пары растворителя, либо вследствие аспирации рвотными массами.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Больной — обычно ребенок или подросток; в подавляющем большинстве случаев это мальчики (соотношение лиц мужского и женского пола среди злоупотребляющих растворителями — 13:1). При осмотре следует искать следы клея на руках, лице или одежде, а также типичную «сыпь нюхальщика» в области рта и носа. Может быть запах клея. Характерны быстрые изменения уровня сознания, дезориентировка, иногда отмечаются смазанная речь и атактическая походка.

## Неопиатные анальгезирующие средства

Лица, регулярно принимающие большие дозы аспирина, фенацетина и парацетамола, могут делать это тайно, вопреки рекомендациям врача, невзирая

на серьезные последствия для соматического здоровья.

В подобных случаях развивается психологическая зависимость. Особенно склонны прибегать к такому использованию перечисленных лекарственных препаратов женщины с хронической депрессией или личностным расстройством. Главной соматической патологией, связанной со злоупотреблением анальгезирующими средствами, является *нефропатия*.

Зависимость от нескольких психоактивных веществ, по-видимому, является скорее правилом, чем исключением, особенно если в перечень психоактивных субстанций включается алкоголь. Поэтому при передозировке у индивида с зависимостью от психоактивных веществ следует учитывать возможность употребления нескольких препаратов. Человек с зависимостью от опиатов, которому отказывают в привычной для него дозе, будет обращаться к другим средствам.

## НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ (F50.0)

Это состояние встречается преимущественно у девочек-подростков и принимает форму **самовывываемой потери массы тела**, так что этот показатель поддерживается на уровне, который по меньшей мере на 15% ниже стандартного, т.е. индекс массы тела — вычисляемый как частное от деления массы (в килограммах) на возведенный в квадрат показатель роста (в метрах) — составляет 17,5 (или даже меньше). Чрезвычайно характерно для страдающих нервной анорексией сильное желание быть худыми. Они испытывают интенсивный **страх ожирения**; это выражается у больной в форме *сверхценной идеи* (см. с.34), будто бы она «жирная», хотя ей известно, что другие считают ее худой. Данная особенность отличает нервную анорексию от всех других возможных причин как потери массы тела, так и отсутствия аппетита. Среди больных широко распространено эндокринное расстройство, связанное с поражением гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, которое проявляется у женщин **аменореей**, а у мужчин — **утратой полового влечения и потенции**. Если заболевание начинается в препубертатном периоде, половое развитие задерживается или приостанавливается.

Многие больные успешно скрывают патологические привычки, касающиеся питания, а иногда даже подвергаются тщательному медицинскому об-



следованию по поводу жалоб соматического характера (например, в связи с поносом, нарушениями обмена веществ или аменореей), прежде чем будет установлен правильный диагноз.

## Эпидемиология

В Шотландии распространенность нервной анорексии составляет 10,8 случая на 100000 женщин в возрасте от 15 до 34 лет. Среди больных нервной анорексией женщины составляют более 90%. По данным обследований населения в Англии, этим расстройством поражается 1–2% девочек-подростков; наиболее высокие показатели отмечаются в возрастной группе от 13 до 20 лет; гораздо реже нервная анорексия начинается в препубертатном периоде либо в зрелом возрасте.

## Клинические признаки

**Истощение** со снижением массы тела до 35–40 кг — распространенное явление среди страдающих нервной анорексией. При уменьшении этого показателя до 30–35 кг больные нередко обращаются к врачу по поводу головокружений или обмороков. Некоторые носят одежду из плотных тканей, определенного свободного покроя (зрительно увеличивающего объем), чтобы замаскировать свою худобу. Такая значительная потеря массы тела вызвана ограничением калорийности питания и избирательным исключением из диеты углеводов, но при хроническом состоянии иногда развивается белковая недостаточность, которая может проявляться припухлостью в области суставов. *Злоупотребление мочегонными средствами* ведет к дегидратации, *злоупотребление слабительными* — к поносу, а в тяжелых случаях — к гипокалиемии.

В противовес явному отсутствию у больной беспокойности по поводу своего состояния, ее родители зачастую просто вне себя от тревоги. Между тем больная может преспокойно готовить пищу для остальных членов семьи, тогда как сама голодает. Типичны, кроме того, такие признаки со стороны поведения, как *озабоченность подсчетом калорий, стремление избегать употребления углеводов, вызывание рвоты после приема пищи, чрезмерно интенсивные занятия физическими упражнениями, а также прием слабительных*. Нередко больная вводит окружающих в заблуждение, так что они думают, будто бы она нормально питается; аналогичным образом она может вести себя и в терапевтическом отделении больницы.

Анорексия может перемежаться эпизодами булимии, во время которых больная поглощает огромное количество пищи, а затем вызывает у себя рвоту и испытывает чувство вины. В такие периоды становится очевидным лежащее в основе анорексии паническое состояние, связанное с прибавкой массы тела. У больной могут наблюдаться проявления депрессии или обсессивные черты, особенно имеющие отношение к приготовлению и приему пищи.

При соматическом обследовании могут быть обнаружены определенные признаки, указывающие на хроническое голодание:

1. Холодные, синюшные конечности.
2. Тонкие пушистые волосы («пушок») на спине и лице.
3. Замедленный пульс — 40–55 ударов в минуту.
4. Пониженное кровяное давление — 90/60 мм рт. ст.
5. Низкая температура тела.
6. Снижение концентрации лютеинизирующего и фолликулолестимулирующего гормонов, сопровождающееся аменореей.

Обычно аменорея вторична по отношению к потере массы тела, но иногда предшествует ей.

## Дифференциальный диагноз

*Соблюдение диеты* отличается от нервной анорексии отсутствием у женщины аменореи и сверхценных идей в отношении своей «тучности».

Потеря массы тела может оказаться следствием психических расстройств или соматических заболеваний, таких как *гипертиреоз* или *сахарный диабет*, которые нередко развиваются примерно в том же возрасте, что и нервная анорексия. Если у больной понос — вероятно, нужно рассмотреть его возможные органические причины, например *идиопатическую стеаторею* (жирный понос) или *воспалительное заболевание кишечника*.

Аменорея может быть обусловлена *заболеванием яичников* или *гипофиза*, которое развилось вследствие употребления *противозачаточных таблеток* или под влиянием *психотравмирующих обстоятельств*.

Депрессивные и обсессивные симптомы могут навести на мысль о соответствующих заболеваниях; иногда отказываются от пищи больные в *психотическом состоянии*, однако такие характерные признаки, как страх «прибавки веса» и искаженное представление о собственном теле, обычно указывают на правильный диагноз.



## Этиология

Расстройства пищевого поведения имеют тенденцию накапливаться в семьях, так что, как правило, среди родственников пробаанда, которые находятся в более зрелом или в пожилом возрасте, часто встречаются страдающие ожирением и алкоголизмом. Нередко оказывается, что у некоторых родственниц были эпизоды анорексии в подростковом возрасте, хотя они могли и не обращаться за медицинской помощью по этому поводу.

У многих девочек-подростков, больных анорексией, в препубертатном и более раннем возрасте было ожирение, в связи с чем они, вероятно, подвергались насмешкам. При раннем появлении менструаций и быстром физическом развитии девушка обычно еще больше полнеет в период полового созревания. Таким образом, последующее соблюдение диеты может поначалу представлять собой вполне разумное и целесообразное поведение, но в дальнейшем оно иногда выходит из-под контроля в связи с каким-либо провоцирующим событием. Чаще всего предпосылками к развитию нервной анорексии служат нарушенные семейные отношения вкуче с зависимой и незрелой личностью больной. К характерным для подобных случаев проблемам относятся конкуренция с братьями и сестрами за внимание родителей или конфликты, связанные с необходимостью покинуть дом и со стремлением больной избегать социальных обязательств, естественных для каждого зрелого человека (такое избегание часто включает в себя сексуальное поведение).

Иногда важную роль в пролонгировании расстройства (которое в другом случае, возможно, сводилось бы к кратковременному эпизоду соблюдения диеты) играют поддерживающие заболевание факторы. Это, например, может быть внутрисемейный кризис, связанный с расторжением брака родителей, психическое заболевание у кого-либо из них или сложившиеся определенным образом условия, при которых дочь получает возможность контролировать ситуацию в семье посредством своей анорексии.

## Исследования

Может понадобиться прибегнуть к **биологическим методам исследования**, чтобы исключить другие состояния, перечисленные выше (см. подраздел, посвященный дифференциальному диагнозу). Более важно оценить серьезность ущерба, причиненного организму неполноценным или недостаточным питанием, и степень нарушения электролитного

баланса вследствие рвоты, которую постоянно вызывает у себя больная. *Диагноз нервной анорексии подтверждается страхом прибавки массы тела, прямо выраженным пациенткой.* Чтобы такое признание стало возможным, врач должен создать благоприятные условия для формирования у больной доверия к нему (желательно, чтобы это произошло во время первой же беседы). Пациентка может также дать понять проявляющему к ней сочувствие врачу, что у нее есть и другие страхи, связанные с процессом взросления (пусть даже она пока еще не готова описать их подробно).

Можно применить стандартизованную процедуру оценки образа собственного тела, проводимую психологом, но чаще всего в этом нет необходимости, поскольку в процессе дальнейшей работы обычно очень скоро накапливаются данные, свидетельствующие о том, что больную пугает перспектива прибавки массы тела, и она не принимает мер для восстановления этого показателя — даже вопреки своим первоначальным обещаниям.

При исследованиях обычно выявляется сниженная концентрация лютеинизирующего гормона, что, по-видимому, отражает нарушенную реакцию на соответствующий рилизинг-фактор. Даже после того как масса тела восстанавливается до приемлемого уровня, циклическая активность лютеинизирующего гормона может и не возобновиться; тем самым подтверждается патология гипоталамо-гипофизарной системы. Нередко у больных нервной анорексией обнаруживаются повышенная концентрация гормона роста, кортизола, а также нарушение секреции инсулина.

При **исследовании социальных факторов** (проводимом одним из членов лечебной бригады) ставится задача выявить любые нарушения во взаимоотношениях между родителями (или другими членами семьи пациентки), которые могли вызвать или обострить анорексию у больной. Изучается возможность применения семейной терапии или организации поддержки для родителей.

## Лечение

На первом этапе лечение направлено на восстановление нормальной массы тела; в дальнейшем ставится задача содействовать формированию личностной зрелости и развитию самостоятельности, адекватной возрасту больной.

### ВОССТАНОВЛЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА

Как правило, при нервной анорексии лечение можно проводить амбулаторно. Иногда бывает це-

лесообразно разлучить больную с ее родителями (нередко это оказывает благотворное действие, и пациентка более успешно восстанавливает массу тела); в этом случае переезд на другую квартиру, в общежитие или гостиницу дает возможность избежать госпитализации.

Если масса тела больной чрезвычайно низка, а вторичные соматические нарушения очень серьезные, с самого начала может быть показано стационарное лечение. В очень редких случаях — когда больная крайне истощена, но при этом отказывается дать согласие на лечение — возникает необходимость рассмотреть вопрос о госпитализации в соответствии с разделом 3 Закона о психическом здоровье (см. с.284). В больнице могут использоваться различные подходы к восстановлению массы тела, но, по-видимому, проще всего исходить из следующих трех пунктов:

1. Постельный режим.
2. Наблюдение во время приема пищи и по меньшей мере в течение получаса после него.
3. Контролируемая диета, избегание чрезмерной прибавки массы тела. Реальная задача — добиться прибавки в пределах 3–4 фунтов в неделю.

Иногда полезна **лекарственная терапия**. *Хлорпромазин* уменьшает тревогу и стимулирует аппетит, но в некоторых случаях вызывает эпилептиформные припадки. *Антидепрессанты* применяют при наличии признаков сопутствующего депрессивного состояния, которое чаще встречается у более взрослых или у пожилых больных. Могут понадобиться неотложные меры для коррекции *гипокалиемии* (если больная очень часто вызывала у себя рвоту) или для устранения тяжелой *дегидратации*, развившейся вследствие злоупотребления мочегонными средствами. Необходимо уделять внимание и другим нарушениям, связанным с недостаточным или неправильным питанием.

В процессе лечения, направленного на восстановление массы тела, в качестве вспомогательного метода можно использовать **бихевиоральную терапию**. Наметив показатель, которого требуется достичь, определяют разницу между ним и фактической массой тела на данный момент. Полученную величину делят на части в зависимости от предполагаемого числа этапов на пути к главной цели. При этом ясно оговаривается вознаграждение за каждый успешно пройденный этап (оно должно быть четко увязано с прибавкой массы тела). Вначале от больной требуют соблюдать строгий постельный режим

и не допускают к ней посетителей, и только по мере увеличения массы тела она получает право на определенные «привилегии» — например, ей разрешают одеваться, выходить на прогулки, проводить некоторое время у себя дома и т.п. Необходимо следить за тем, чтобы пациентка не слишком форсировала темпы прироста массы тела, стремясь поскорее выписаться и снова «сбросить вес».

## Психотерапия

Очень важно во время первого же собеседования установить с больной отношения, построенные на доверии. Часто при первой встрече пациентку волнует прежде всего вопрос о том, встанет ли врач на сторону ее родителей (желающих, чтобы дочь «поправилась») или же поддержит ее желание оставаться худой. Фактически врач с самого начала объясняет больной, что для полного выздоровления необходимо восстановить нормальный вес, но в то же время подчеркивает, что понимает ее страх перед увеличением массы тела.

### СОДЕЙСТВИЕ ФОРМИРОВАНИЮ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И РАЗВИТИЮ НЕЗАВИСИМОСТИ

Более долгосрочное лечение сводится главным образом к проведению **психотерапии** с самой больной и (или) членами ее семьи. Установив отношения доверия, необходимо побуждать больную к обсуждению тех сильных внутренних чувств и переживаний, которых она не могла выразить прежде и которые привели к развитию нервной анорексии.

## Течение и прогноз

Обычно это расстройство длится по меньшей мере два года. В большинстве случаев за короткое время удается добиться удовлетворительной прибавки массы тела. Достигнутый показатель устойчиво сохраняется приблизительно у 60% пациенток, у такого же количества восстанавливается нормальный менструальный цикл. Только в 40–50% случаев можно считать, что пищевое поведение и соответствующие привычки вернулись к норме; некоторые больные в дальнейшем обращаются за медицинской помощью по поводу ожирения. Примерно у одной трети развивается психическое заболевание — обычно депрессивное, obsessивное, тревожное или фобическое расстройство.

Примерно в 15% случаев нервная анорексия переходит в хроническую форму, продолжаясь в тече-

ние пяти и более лет, — и тогда шансов на выздоровление очень мало. Показатель смертности при этом состоянии достигает 10%, смерть наступает в результате крайнего истощения или самоубийства. На *благоприятный прогноз* указывают такие факторы, как начало расстройства вскоре после наступления периода полового созревания, кратковременность заболевания при хорошей реакции на лечение, а также удовлетворительные взаимоотношения в семье. Если же пациентка систематически вызывает у себя рвоту, злоупотребляет слабительными, у нее отмечаются эпизоды булимии при чрезмерной потере массы тела и наблюдается развитие хронической формы заболевания — прогноз будет неутешительным.

## НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ (F50.2)

Нервной булимией называют форму расстройства пищевого поведения, при которой патология заключается в неконтролируемом и чрезмерном принятии пищи (**приступы обжорства**). Во время эпизодов переедания за короткое время — менее двух часов — поглощается огромное количество пищи (обычно больные употребляют высококалорийные продукты по своему выбору); при этом возникает ощущение потери контроля над пищевым поведением, отмечается ослабление чувства внутреннего напряжения. После такого приступа больные принимают меры для нейтрализации его последствий, *вызывая рвоту*, прибегая к *слабительным* или соблюдая *строгую диету*.

**Приступы обжорства** бывают как при нервной анорексии, так и при ожирении; кроме того, они могут иметь характер слабовыраженного интермиттирующего поведения, что нельзя рассматривать как патологию. Таким эпизодам всегда предшествуют попытки соблюдать диету. Если приступы обжорства случаются достаточно часто, они могут быть отнесены к расстройствам пищевого поведения.

### Диагностические критерии

1. Рецидивирующие приступы обжорства.
2. Ощущение потери контроля во время этих эпизодов.
3. Вызывание рвоты, очищение кишечника или соблюдение строжайшей диеты после приступа.
4. По меньшей мере два эпизода переедания в неделю в течение как минимум трех месяцев.

Больные, обращающиеся по поводу булимии, обычно старше, чем страдающие нервной анорексией, но у многих из них в прошлом был эпизод анорексии, который мог пройти незамеченным. Булимия встречается фактически исключительно среди женщин, а психопатологическая симптоматика частично совпадает с наблюдаемой при нервной анорексии. Однако при булимии масса тела нередко остается в пределах нормы, расстройства менструального цикла отмечаются лишь примерно в половине случаев заболевания, и большинство больных легко соглашаются с тем, что страдают расстройством пищевого поведения (даже если всегда стремились скрывать эпизоды переедания). Они часто предъявляют жалобы по поводу постоянной сосредоточенности на пище и изменениях массы тела. Типичны нарушения в аффективной сфере. Кроме того, данное расстройство пищевого поведения порой маскирует другие психологические проблемы, и приступы обжорства могут служить постоянно применяемым способом облегчения испытываемого дистресса.

### Осложнения

Осложнения могут быть обусловлены систематическим самовызыванием рвоты и злоупотреблением различными способами очищения кишечника. Это приводит к недостаточности калия, сопровождающейся общей слабостью, нарушениями ритма сердечной деятельности и нарушением функции почек; постоянно вызываемая рвота может привести к повреждению зубной эмали в результате воздействия соляной кислоты желудочного содержимого.

### Лечение

Лечение булимии отличается от практикуемого при нервной анорексии, поскольку масса тела больной, как правило, в норме. В первую очередь *тщательно изучают поведение* пациентки, чтобы установить обстоятельства, при которых возникают эпизоды обжорства. Обычно это происходит, когда больная подвергается воздействию стресса, под влиянием чего у нее возникают негативные мысли по отношению к себе. Выяснив это, переходят к следующему этапу: в такие моменты внедряют в практику стратегии, альтернативные перееданию. *Психотерапия* вначале направлена на то, чтобы побудить больную высказать скрытые конфликты и проблемы, а затем — на то, чтобы найти способы урегулировать их.

## ОЖИРЕНИЕ (МКБ-10: E66)

Термин «ожирение» относится к случаям **аномально повышенного количества жировой клетчатки в организме**; наиболее объективным количественным критерием служит сравнение массы тела с ростом: если значение соответствующего индекса более 25, это говорит о наличии данной патологии. В соответствии с этим определением в Великобритании и Соединенных Штатах ожирением страдает около одной трети взрослого населения.

### Этиология

В этиологии ожирения играют роль как конституциональные особенности, так и социальные факторы — сочетание переедания с недостаточной физической нагрузкой. У некоторых тучных людей дополнительным усугубляющим фактором могут быть **неадекватные стереотипы пищевого поведения**: например, многие из них прибегают к приему пищи, чтобы справиться со стрессом, снять напряжение; некоторые едят в ночное время или имеют привычку постоянно «перекусывать» в течение всего дня; у иных периодически случаются приступы обжорства. Те, у кого была **избыточная масса тела в детстве**, представляют собой особую группу — они более склонны к формированию неадекватных стереотипов пищевого поведения, чаще испытывают чувство отвращения к себе, а образ собственного тела представляется им чрезвычайно неприглядным, хотя при объективном подходе очевидно, что для этого нет оснований.

Как свидетельствуют данные изучения населения, прямой связи между ожирением и неврозом, по-видимому, нет. Однако наблюдаемые в терапевтических клиниках пациенты с ожирением (не верящие в то, что им удастся похудеть), вероятно, представляют собой нерепрезентативную выборку, и у них риск развития психических расстройств, таких как тревожное и депрессивное состояния, может быть повышенным. Тучность нередко дает этим больным возможность отрицать наличие каких бы то ни было иных проблем, в частности в личной и сексуальной сферах. Если же успешно удастся снизить массу тела, эти проблемы порой становятся более рельефными и могут разрушить личные отношения, призрачная стабильность которых, по-видимому, зависела от тучности одного из партнеров. У многих из этих больных в анамнезе присутствует перенесенная в более юном возрасте анорексия, которая могла и не попасть в поле зре-

ния врачей, когда сходные проблемы в сексуальных или межличностных отношениях были явными.

### Лечение

Всем тучным больным необходимо рекомендовать *соблюдение диеты и физические нагрузки*; многим приносит пользу участие в группах самопомощи. Однако несмотря на все усилия, нередко не удается предотвратить рецидив.

При выявлении у больных неадекватных стереотипов пищевого поведения, низкой самооценки и негативного отношения к образу своего тела следует рассмотреть целесообразность использования когнитивно-бихевиорального подхода. *Такой метод лечения предлагают лишь незначительному меньшинству больных*, поскольку большинство умеренно тучных людей не переедают и не являются чрезмерно чувствительными к пищевым раздражителям, а их стиль приема пищи не отличается от обычного, принятого у других.

Для лечения ожирения не применяются *лекарственные препараты, угнетающие аппетит*, поскольку они вызывают зависимость, а эффект, которого они позволяют добиться, нестойкий, и во многих случаях масса тела вскоре возвращается к прежнему уровню.

Были сообщения о хороших результатах хирургических методов лечения тяжелых форм ожирения (индекс массы тела более 40). Как *резекция желудка*, так и *юно-илеальный анастомоз* приводят к снижению массы тела благодаря сокращению количества съеданной пищи; к тому же они обычно дают благотворный психологический эффект, повышая уверенность в себе, поднимая настроение и ослабляя негативное представление о себе. Первая из этих операций технически более сложна, но связана с меньшим количеством осложнений в послеоперационном периоде.

## ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (F42)

Обсессивное расстройство — это состояние, при котором ведущим симптомом является субъективное чувство принуждения к выполнению определенного действия, к длительной фиксации на какой-то идее, многократному воспроизведению в памяти некоторых переживаний или к навязчивым размышлениям («умственная жвачка») на какую-либо отвлеченную тему; при этом характерно испытываемое человеком ощущение, что он должен сопротивлять-

ся всем этим импульсам и мыслям. Больной считает эти навязчивые побуждения или идеи бессмысленными, но признает их как собственные, а не навязанные извне. Попытки отогнать назойливую мысль или воспротивиться побуждению совершить определенное действие обычно вызывают тревогу. (См. определения *обсессий* и *компульсий* в глоссарии.)

К обсессивным проявлениям относятся:

1. **Мысли** неприятного или непристойного характера.
2. **Представления** в форме вызывающих отвращение, но чрезвычайно ярких, живо воображаемых сцен.
3. **Побуждения** к совершению действий насильственного или шокирующего характера.
4. **Ритуалы**, например мытье рук, соблюдение особого порядка при одевании или проведение обеззараживающей самообработки.
5. «**Умственная жвачка**» (см. с.33–34) — навязчивые размышления, например бесконечный разбор всех «за» и «против» относительно самых обычных, повседневных дел.
6. **Сомнения** относительно того, выполнены ли соответствующие действия, направленные на обеспечение безопасности (заперта ли дверь на ключ, перекрыт ли газ, выключен ли свет).

## Диагностические критерии

Обсессивное расстройство диагностируется в случаях, когда имеются описанные выше симптомы (при отсутствии признаков состояний, относящихся к более высоким уровням иерархии, — таких как органические расстройства, шизофрения или депрессия), причем они вызывают выраженный дистресс и препятствуют социальному или профессиональному функционированию больного. К связанным с ними явлениям относятся обсессивная *медлительность* и *деперсонализация* (\*с.288).

Примерно у двух третей больных с обсессивным расстройством обнаруживаются *обсессивные личностные черты* (см. с.63). Действительно, у индивидов с такими чертами характера часто наблюдаются некоторые обсессивные симптомы, но если это не приводит к нарушению социального и профессионального функционирования человека, то его не считают *больным*. При развитии у таких людей депрессивного состояния часто наблюдается выраженное усиление обсессивной симптоматики, но диагности-

руют в подобных случаях депрессивное расстройство как имеющее более высокий приоритет согласно принятой иерархии (к тому же обсессивные симптомы проходят после излечения депрессии).

## Эпидемиология

Частота новых случаев заболевания колеблется от 0,1 до 2,0 на 1000 человек населения в год. Иногда наблюдается обсессивное состояние без симптомов депрессии, но это бывает сравнительно редко. Среди всех заболеваний, наблюдаемых психиатрами, обсессивные расстройства составляют лишь 2%.

## Дифференциальный диагноз

Обсессивные симптомы могут быть вторичными по отношению к депрессии, шизофрении или органическому поражению головного мозга; в каждом случае лечение, как правило, должно быть направлено на основное состояние.

## Лечение

Бихевиоральная терапия является методом выбора; при компульсивных ритуалах обычно используют технику **предупреждения ответной реакции** (см. с.96), а при навязчивых мыслях — приемы **остановки мыслей**. В последнем случае больному также помогают заместить беспокоящую его мысль другими — нейтральными или приятными.

**Трициклические антидепрессанты**, особенно кломипрамин, часто дают хороший эффект даже при отсутствии выраженной депрессии. Анксиолитики приносят только временное облегчение при наиболее сильной тревоге. Временами — при обострении обсессивной симптоматики — целесообразно использовать в большей степени поддерживающую, чем интерпретирующую психотерапию.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Beech, H.R. and Vaughan, M. (1978) *Behavioural Treatment of Obsessional States*. Chichester: John Wiley.
- Edwards, G. (1987) *The Treatment of Drinking Problems: A Guide for the Helping Professions*. Oxford: Blackwell Scientific.
- Hore, B. (1976) *Alcohol Dependence*. Oxford: Butterworth.
- Kessel, N. and Walton, H. (1986) *Alcoholism*. Harmondsworth: Penguin.

# 15 Патологическое поведение, связанное с болезнью

## НОРМАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С БОЛЕЗНЬЮ

Понятие **поведения, связанного с болезнью**, отражает особенности дифференцированного восприятия и оценки разными людьми имеющихся у них симптомов, а также характер реагирования на них, выражающегося в определенных действиях (или в бездействии). Например, два здоровых человека, желая успеть на автобус, пробежали некоторое расстояние до остановки, после чего оба ощутили сильное сердцебиение. Один, считая это совершенно нормальным, преходящим явлением, забудет о нем вскоре после того как пульс нормализуется. Другой человек, жена которого недавно умерла от инфаркта миокарда, иначе воспримет тот же симптом: он придаст ему большее значение, начнет беспокоиться, подозревая у себя сердечно-сосудистое заболевание, и обратится за консультацией к своему врачу.

В такой трактовке рассматриваемое понятие является чрезвычайно широким: оно охватывает все аспекты мышления, эмоциональной сферы и собственно поведения, имеющие отношение к симптомам заболевания, — независимо от того, ассоциируются ли они с объективными признаками наличия соматического или психического расстройства. Наиболее важные компоненты соответствующего поведения перечислены в табл. 15.1.

Термин «поведение, связанное с болезнью» отнюдь не подразумевает, что рассматриваемые формы поведения обязательно носят патологический характер. Адекватное поведение при болезни является адаптивным. Оно способствует выздоровлению больного, проявляясь, например, в том, что человек своевременно обращается за консультацией к врачу, тщательно придерживается режима и схемы приема лекарственных средств, а также соблюдает покой, если это показано. Соответствующие адаптивные формы поведения позволяют человеку с незначительными симптомами нормально функциониро-

вать, не переоценивая степень серьезности заболевания и избегая необоснованной инвалидизации.

У каждого индивидуума поведение при болезни отражает как его личные *характерные черты* (проявляемая на протяжении всей жизни склонность в большей или в меньшей степени осознавать симптомы, испытывать по этому поводу беспокойство и обращаться к врачу), так и *состояние* (склонность вести себя определенным образом, проявляющаяся на каком-то ограниченном отрезке времени). Имеются данные о том, что такие характерные особенности приобретаются в детстве путем усвоения стереотипов поведения при болезни, типичных для представителей данной культуры или бытующих в семье. Обратится ли человек к врачу за консультацией — это в большинстве случаев (особенно в общемедицинской практике) в значительной мере определяется текущими социальными и психологическими факторами, включая жизненные события последнего времени, степень социальной поддержки и уровень испытываемого дистресса (это проиллюстрировано приведенным в самом начале главы примером). Таким образом, многие проявления поведения, связанного с болезнью, детерминируются не непосредственно болезненными процессами, а психологическим состоянием и социальным статусом больного.

## АНОМАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С БОЛЕЗНЬЮ

Термин «аномальное поведение, связанное с болезнью» используется по отношению к тем (имеющим отношение к болезни) формам поведения, которые рассматриваются как неадекватные или дезадаптивные, т.е. обусловленные иными мотивами или целями, чем стремление к сохранению уровня функционирования либо к выздоровлению. Далее в этой главе описываются различные аспекты такого поведения, представленные на рис. 15.1 в виде схемы.

Таблица 15.1. Различные аспекты поведения, связанного с болезнью

Восприятие симптомов	Качество, локализация и распространение, интенсивность, частота, длительность, количество
Оценка симптомов	Мнение относительно значимости и степени опасности болезни; степень, в которой симптомы поддаются контролю самого человека или других лиц
<b>Действия</b>	
Способы сообщения:	
вербальный	Предъявление жалоб; тяжелые вздохи, стоны
невербальный	Поза, походка, использование вспомогательных средств
Консультация	Медицинская, немедицинская, количество обращений за консультацией, общее количество консультаций
Лечение	Количество лекарственных препаратов и других примененных методов лечения, соблюдение указаний врача в отношении лечения, самолечение
Инвалидизация	Поддержание обычного уровня функционирования в основных сферах повседневной жизни: самообслуживание, социальная активность, выполнение соответствующей роли в семье, организация досуга
Аффективные состояния	Возможны тревога, депрессия, гнев; отрицание состояний сниженного настроения

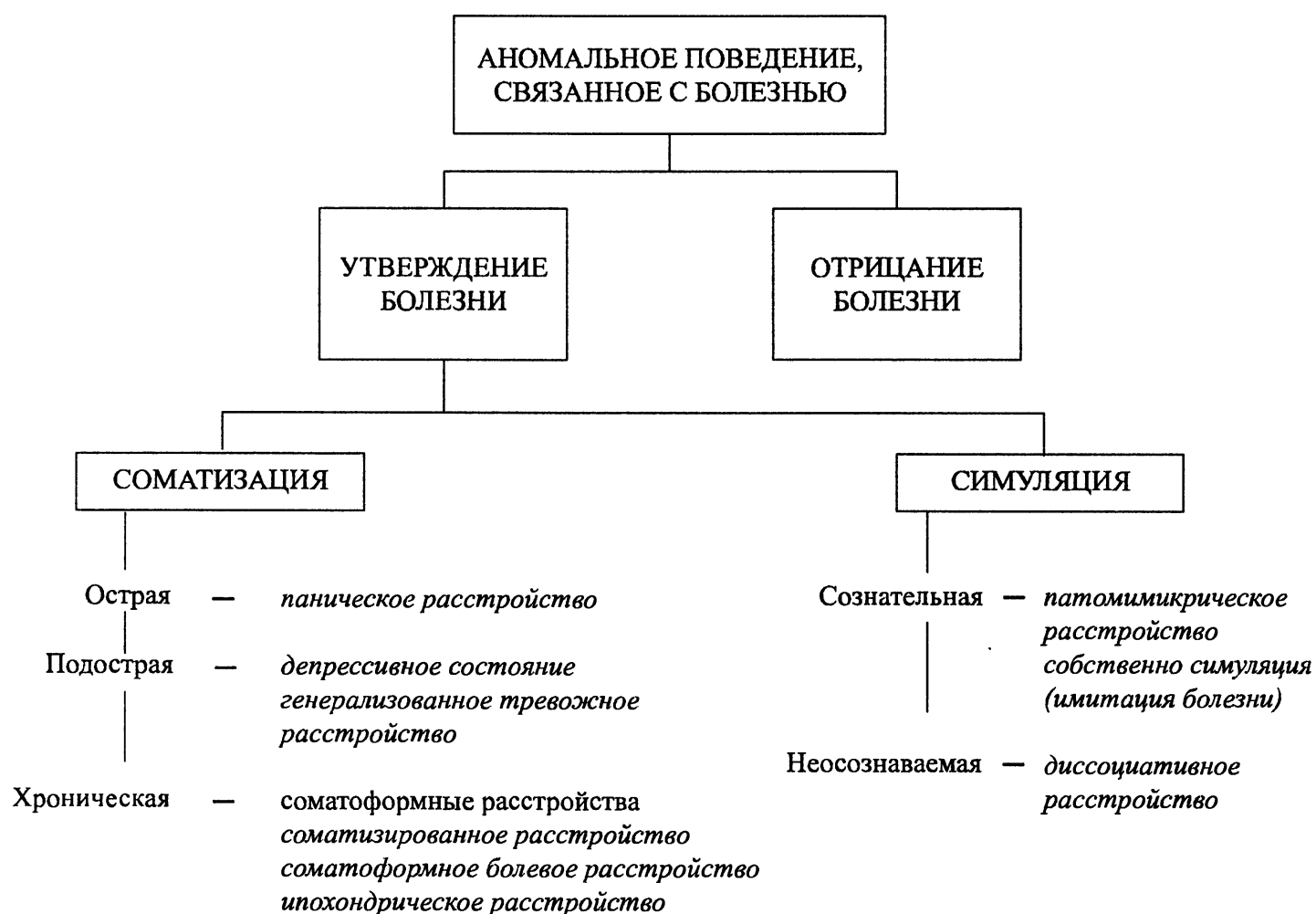


Рис. 15.1. Формы аномального поведения, связанного с болезнью (примеры распространенных диагнозов выделены курсивом)



Выделяют два основных типа рассматриваемого поведения, которые характеризуются как «отрицание болезни» и «утверждение болезни».

Термин «отрицание болезни» применяют для описания поведения человека с серьезным соматическим или психическим расстройством, который использует отрицание (см. с.57) с целью избежать стигматизации, связанной с данным соматическим (например, сердечным) или психическим заболеванием (например, маниакально-депрессивным психозом). Он уклоняется от обращения за соответствующей консультацией, зачастую не придерживается указаний врача, например игнорируя его рекомендации относительно ограничения физической нагрузки, соблюдения диеты или приема препаратов лития.

Выражение «утверждение болезни» используется применительно к случаям, когда человек необоснованно утверждает, что серьезно болен, при отсутствии какого-либо реального заболевания или при наличии лишь незначительных нарушений. Люди, относящиеся к этой категории, предъявляют жалобы (или проявляют несостоятельность) в степени, неадекватной имеющимся у них объективным признакам соматического или психического расстройства. Все расстройства, описание которых приводится далее в этой главе, в общем представляют собой формы необоснованного утверждения болезни.

Инвалидизация (в широком смысле слова) может быть выгодна человеку (каково бы ни было состояние его здоровья на самом деле), поскольку это позволяет избежать исполнения некоторых неприятных обязанностей или открывает удобный выход из затруднительных обстоятельств. Так, боль в животе освобождает от посещения школы ребенка, который не выполнил домашнее задание (либо опасается, что его опять будут обижать задиристые одноклассники); или, например, мужчина, недавно уволенный по сокращению штатов, ссылается на головные боли, якобы мешающие ему найти работу, хотя подлинная причина его неудач при таких поисках — недостаточная квалификация (в чем ему неприятно признаться даже себе).

Если при реализации определенной формы подобного поведения достигается соответствующий результат, это ведет к «первичной выгоде», т.е. к освобождению от стресса путем избегания лежащего в его основе затруднительного положения. (Пример описан в разделе о диссоциативных расстройствах, см. с.210.) По мере развития инвалидизации возможно получение дополнительных ощутимых

преимуществ («вторичная выгода»), таких как усиленная помощь и забота со стороны членов семьи, друзей и медицинских учреждений, а также финансовая прибыль, например пособие по утрате трудоспособности, пенсия и компенсационные выплаты. Чем более успешно используются такие механизмы, тем вероятнее их активная эксплуатация и в дальнейшем. Инвалидность может быть выгодна не только самому больному, но и другим лицам — в таких случаях говорят о «третичной выгоде».

*У мужчины, которого уволили с работы по сокращению штатов, возникают «головные боли напряжения». Его жена (которая посвятила себя воспитанию детей, а ныне — когда они выросли и оставили дом — ощущает, что ее жизнь стала пустой и бессодержательной) реагирует на болезнь мужа усиленной заботой о нем. Это дает ей возможность удовлетворить собственную — не находящую в последнее время выхода — потребность заботиться о других. А в результате ее супруг все меньше обходится без посторонней помощи, все больше сосредоточивается на своей головной боли и становится несостоятельным.*

Здесь можно провести аналогию со случаями, когда некоторые врачи, стремясь (осознанно или нет) избавиться от тягостного чувства неопределенности, ставят диагноз несуществующего заболевания или предлагают неадекватные методы лечения. Это также позволяет понять, каким образом медицинские работники нередко способствуют аномальному поведению, связанному с болезнью, которое является отчасти ятрогенным.

Обычно ни у самого больного, ни у других лиц, вовлеченных в рассматриваемые здесь ситуации, нет какого-либо прямого, обдуманного расчета получить выгоду от инвалидизации, т.е. эти процессы представляют собой проявление действия бессознательных механизмов психологической защиты (исключение составляет собственно симуляция, или намеренная имитация болезни, — см. с.208).

## СОМАТИЗАЦИЯ

*Соматизация* — одна из форм утверждения болезни (см. рис. 15.1), характеризующаяся выражением личностного и социального дистресса в форме сочетания соматических жалоб с поиском медицинской помощи.

Терминология, используемая при описании данного феномена, ввиду своей нечеткости потенциаль-



но может приводить к путанице. Рис. 15.1 должен помочь разобраться в этом вопросе: здесь наглядно показано, что «соматизация» — термин, употребляемый для обозначения *процесса*, который мы только что определили; «соматоформные расстройства» — *диагностическая категория*, охватывающая *группу расстройств*, а термин «соматизированное расстройство» применяют в качестве *диагноза* для одного из расстройств, относящихся к этой группе.

У большинства больных с соматизацией присутствуют также симптомы депрессии и тревоги, однако пациенты не сообщают врачу об этих переживаниях и не осознают связи подобных проявлений с текущими психосоциальными проблемами. Вместо этого они жалуются на боли и другие соматические ощущения, не видя у себя никаких признаков неблагополучия со стороны психики. У некоторых из них может быть также и соматическое заболевание, но у многих не удается обнаружить никаких признаков нарушений подобного характера.

*Острая соматизация* имеет тенденцию ассоциироваться с внезапно возникающим кратковременным страхом или паникой — как, например, в случаях, когда человек ощущает сильное сердцебиение перед экзаменом или беспокоится, что у него «сердечный приступ». Однако затем — после того как тревога проходит, а ее причина устраняется — нередко осознается истинная природа переживания. Обычно подобные психологические расстройства рассматриваются как **расстройства адаптации (F43.2)**. *Подострая соматизация*, которая характеризуется большей продолжительностью (несколько недель или месяцев), чаще связана с тревожными состояниями или депрессивными расстройствами. *Хроническая соматизация* охватывает случаи, когда описанные явления сохраняются шесть или более месяцев; она особенно тесно ассоциируется с диагнозом соматоформных расстройств (см. рис. 15.1, а также соответствующий раздел далее в этой главе).

## Эпидемиология

Результаты обследований общей популяции показывают, что наиболее тяжелые и хронические формы соматизации обнаруживаются примерно у 0,5% взрослого населения, а около 10% страдают менее тяжелыми расстройствами. В системе первичной медицинской помощи почти в 20% новых случаев заболевания клиническая картина у пациентов, обращающихся к своим врачам, удовлетворяет ди-

агностическим критериям острой или подострой соматизации, поскольку, кроме описанных выше признаков, можно установить (согласно критериям для научных исследований) диагноз депрессивного или тревожного состояния, при лечении которого смягчаются и соматические симптомы. Почти у 70% таких больных доказуемо наличие соматического заболевания, но само по себе оно не объясняет всех симптомов. По данным большинства обследований, от 20 до 40% больных, поступающих в соматические отделения, страдают тем или иным психическим расстройством. Однако почти все они — за редким исключением — не считают себя психически больными. Как правило, эти случаи удовлетворяют критериям различных форм соматизации.

## Клиническая картина аномального поведения, связанного с болезнью, и соматизации

Важно понимать, что как аномальное поведение, связанное с болезнью, так и соматизация — *не диагнозы*, а *процессы* с близкими по своей сути формами поведения, которые могут проявляться на фоне любого соматического или психического расстройства.

При обследованиях, проведенных в различных условиях, оказалось, что среди «соматизаторов» большинство страдают депрессивными или тревожными расстройствами (часто со смешанными симптомами), а остальные — **расстройствами адаптации**. Значительную (хотя и меньшую) долю составляют больные с **расстройствами, обусловленными употреблением алкоголя и других психоактивных веществ**. Кроме того, существует группа психических расстройств, которым особенно свойственны связанные с болезнью патологическое поведение и соматизация, т.е. эти процессы составляют сердцевину соответствующих симптомов и признаков. Сюда относятся **соматоформные расстройства — соматизированное, соматоформное болевое и ипохондрическое** (см. рис. 15.1, а также описания, приведенные далее).

## Этиология соматизации

Теперь нам необходимо понять причины, которые позволяют объяснить, почему эти больные предпочитают сосредоточиваться на соматических симптомах, в то же время относительно пренебрегая аффективными нарушениями и психосоциальными проблемами:

1. Больной не связывает аффективные симптомы с имеющимся у него соматическим симптомом, например болью, концентрируя внимание на боли, поскольку она причиняет страдание.
2. Больной опасается, что боль может указывать на какое-либо **серьезное соматическое заболевание**, и потому уделяет ей все больше и больше внимания, что ведет к дополнительному ее усилению.
3. Больной может считать, что его эмоциональные проблемы касаются только его лично, а вот устранение соматических причин боли относится в основном к компетенции его врача. Эту точку зрения разделяют и некоторые врачи, чувствуя, что фактически незнакомы с эмоциональными проблемами своего пациента (или неспособны отнестись к ним с должной толерантностью), и проявляя к соматическим симптомам больший интерес, чем к психологическим. Таким образом тенденция к соматизации получает **дифференцированное подкрепление со стороны врача**. Он может вновь и вновь проводить исследования по поводу соматических симптомов (несмотря на отрицательные результаты), устанавливать вводящие в заблуждение и противоречивые диагнозы, а также прибегать к биологическим методам лечения несуществующих заболеваний. Все это стимулирует необоснованное беспокойство пациента, обусловленное подозрениями о наличии соматического расстройства. Так что нередко соматизация — по крайней мере частично — является *ятрогенной*, т.е. вызывается врачами.
4. Соматизация имеет тенденцию к накоплению в семьях. Одна из причин заключается в том, что стереотипы поведения копируются (или «моделируются»). Важную роль играет также склонность лиц, играющих ключевую роль в семье больного, относиться более сочувственно к соматическим симптомам, чем к психологическим проблемам: так осуществляется **дифференцированное подкрепление со стороны родственников**.
5. Больной может осознавать, что эмоциональные расстройства несут на себе определенное **социальное клеймо**: в различных обществах степень такой стигматизации неодинакова, но в Соединенном Королевстве обычно человеку представляется более приемлемым, чтобы окружающие считали, что у него соматическое, а не какое-либо иное заболевание.
6. Еще одна — последняя — мотивировка представляет собой развитие только что рассмотрен-

ной точки зрения. Соматизирующий больной, будучи неспособным осознать свое эмоциональное неблагополучие, избавлен от неприятной необходимости ставить перед собой затруднительные вопросы о собственной роли в формировании тех сложных обстоятельств, в которых оказался (особенно если вину за это можно переложить на соматическое заболевание). Соматическое заболевание — это несчастье, но в большинстве случаев за него не нужно чувствовать себя ответственным. А следовательно, соматизирующему больному **не требуется обвинять себя**, анализировать жизненные проблемы, в которых он запутался, или брать на себя определенную ответственность за их разрешение. Таким образом, **соматизация выступает в качестве механизма психологической защиты**.

Как свидетельствуют результаты последних научных исследований, проведенных в учреждениях первичной медицинской помощи, в анамнезе у взрослых пациентов с соматизацией особенно часто встречаются сведения о недостатке родительской заботы в детстве, о серьезном соматическом заболевании, перенесенном в возрасте до 17 лет, и о тяжелом соматическом заболевании у одного из родителей (или у обоих). Чем больше было подобных переживаний, тем выше вероятность развития хронической соматизации. Кроме того, оказалось, что по сравнению с пациентами учреждений первичной медицинской помощи, предъявляющими жалобы психологического характера, у больных с соматизацией менее выражена депрессия, они сообщают о более низком уровне социальной неудовлетворенности и стресса, выражают гораздо менее сочувственное отношение к психическому заболеванию и реже обращаются за консультацией к врачам по поводу психологических симптомов; в прошлом они в большем объеме получали стационарную медицинскую помощь по поводу аналогичных жалоб соматического характера.

**СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА (F45)** (соматизированное расстройство, хроническое соматоформное болевое расстройство и ипохондрическое расстройство)

Три синдрома, объединенные в рассматриваемую группу, представляют собой формы **хронической соматизации**, характеризующиеся многочис-

ленными повторяющимися соматическими жалобами, беспокойством о своем здоровье, требованиями врачебных осмотров, исследований, лечения (которое нередко назначается многими врачами различной специализации). Типично также, что больного не успокаивают результаты обследований, свидетельствующие об отсутствии патологии, и не убеждают соответствующие объяснения. Хотя во многих случаях обнаруживаются определенные признаки соматического расстройства, этим заболеванием невозможно полностью объяснить ни предъявляемые пациентом жалобы, ни степень демонстрируемой им несостоятельности, которая иногда настолько выражена, что больной оказывается фактически прикованным к инвалидному креслу или к постели. Соматизация является преобладающим характерным признаком; наряду с этим иногда наблюдаются тревога и подавленное настроение (возможен сопутствующий диагноз аффективного расстройства — см. выше), которые больной обычно отрицает. В большинстве случаев прослеживается тесная связь между соматическими жалобами и психотравмирующими жизненными событиями (которые выступают как провоцирующие и поддерживающие факторы), однако пациент, как правило, сопротивляется попыткам исследования возможных психологических причин. Хотя ниже мы приводим описание каждого из расстройств по отдельности, на практике они нередко частично совпадают, поэтому нет определенности в вопросе о том, до какой степени их можно рассматривать как самостоятельные нозологические сущности.

### **Соматизированное расстройство (F45.1)**

Соматизированное расстройство представляет собой форму хронической соматизации с большим количеством разнообразных симптомов, имеющих неустойчивый характер и периодически возникающих на протяжении многих лет. Как правило, предъявляемые жалобы нельзя убедительно объяснить какой-либо объективно существующей органической патологией. Данное расстройство значительно чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Обычно оно начинается в молодости или даже в детстве; отмечается тенденция к накоплению семейных случаев. Симптомы могут относиться к любой системе организма, но особенно часто предъявляются жалобы на различные боли, а также нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта или половой сферы (в частности, касающиеся менструального цикла).

Такие больные нередко обследуются в многочисленных стационарных отделениях (например, в неврологическом — при головных болях, кардиологическом — при сердцебиении и одышке, гастроэнтерологическом — при вздутии живота и метеоризме, гинекологическом — при дисменорее и кровотечении), где им устанавливают разнообразные неадекватные диагнозы, так что вскоре история болезни, разбухшая от обилия медицинской документации, превращается в объемистый том. Врачи, имея дело с подобными пациентами, зачастую переживают чувство фрустрации, поскольку все их попытки облегчить состояние больного неизбежно терпят неудачу. Многие пациенты заявляют, что их симптомы вызваны последствиями неадекватного лечения (особенно хирургического), назначенного ранее другими врачами. Описание типичного случая соматизированного расстройства приводится в примере обоснования диагноза в конце гл. 9.

### **ДИАГНОЗ**

Для постановки диагноза соматизированного расстройства состояние должно удовлетворять ВСЕМ трем следующим признакам:

1. Наличие — по меньшей мере, в течение двух лет — множественных и изменчивых соматических симптомов, которые не могут быть адекватно объяснены какой-либо органической патологией, подтвержденной объективными данными.
2. Упорный отказ пациента принять заверения врачей в том, что предъявляемые им симптомы не могут объясняться соматическим заболеванием.
3. Нарушение социального функционирования, связанное с имеющимися симптомами.

### **Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4)**

При этой форме хронической соматизации основным признаком является стойкая (сохраняющаяся, по меньшей мере, в течение нескольких месяцев, а часто — многих лет) боль, которую не удается адекватно объяснить какой-либо поддающейся выявлению органической патологией (или физиологическим процессом), несмотря на проведение надлежащего врачебного осмотра и тщательных исследований. Данное расстройство чаще диагностируют у женщин, чем у мужчин; возраст, в котором оно начинается, колеблется в чрезвычайно широких пределах. Боль может ощущаться в одном или

во многих местах либо быть диффузной; у некоторых больных она в разное время возникает в различных местах. Ее распространение обычно не соответствует анатомическому распределению чувствительной иннервации по центральному или периферическому типу (например, определенному дерматому или периферическому нервному стволу). Во время осмотра объективные клинические признаки соматической патологии либо не обнаруживаются вообще, либо не соответствуют ни одному известному органическому синдрому. Больной с таким расстройством часто предъявляет дополнительные жалобы, он чрезвычайно озабочен состоянием своего здоровья и якобы «пропущенным» у него заболеванием, поэтому посещает многих врачей различных специальностей в поисках «лечения»; его не успокаивают данные обследований, свидетельствующие об отсутствии каких-либо существенных нарушений.

Хотя нередко имеются данные о текущем или перенесенном ранее органическом расстройстве, которое внесло определенный вклад в симптоматику, — этого, как правило, недостаточно, чтобы объяснить интенсивность или распространенность боли либо тяжесть связанной с нею инвалидности (иногда глубокой). В некоторых случаях боль начинается после травмы, например полученной в результате дорожно-транспортного происшествия, но с течением времени ожидаемого улучшения не наступает, причем эта тенденция особенно характерна для лиц, которые обращаются за компенсацией.

Часто есть сведения о социальных и психологических предрасполагающих факторах (таких, как физическая или психологическая запущенность или жестокое обращение в детстве), провоцирующих обстоятельствах (например, негативные жизненные события), а также о выгоде, получаемой благодаря этим симптомам. Все это далеко не всегда явно вытекает из анамнеза, поскольку больной стремится представить идеализированную картину «совершенной» жизни.

## Ипохондрическое расстройство (F45.2)

Основной характерной особенностью этой формы хронической соматизации является упорная озабоченность возможностью развития (или подозрениями о наличии) серьезного соматического, например сердечного или онкологического, заболевания либо отклонениями во внешности (например, якобы аномальными размерами или формой носа либо грудных желез). Пациента не успокаивают ни

соответствующие данные медицинских обследований, ни объяснения, ни уверения в отсутствии анатомических отклонений. Убежденность принимает форму **сверхценных идей** (см. с.34), которые не следует путать с бредовыми; их содержание и сила время от времени могут меняться. Соматические симптомы, предъявляемые пациентом в качестве доказательства заболевания, часто можно расценивать как переработку нормальных телесных ощущений (например, сердцебиение или перистальтика кишечника), которым он уделяет чрезмерное внимание и приписывает неадекватное значение. Иногда больной прямо предлагает конкретные диагнозы, но чаще не высказывает определенного мнения, ограничиваясь неясным заявлением: «Я, конечно, не врач, но я знаю — что-то пропущено!». Распространенность этого расстройства среди мужчин и женщин примерно одинакова; обычно оно начинается в возрасте до 50 лет и имеет тенденцию к хроническому течению.

Термин **дисморфофобия** используют для описания идеи о том, что тело каким-либо образом деформировано. Особенно часто делаются заявления об уродливой форме или ненормальных размерах носа, но иногда объектом внимания оказываются другие части тела, например лицо в целом, грудные железы или половые органы. Больные с дисморфофобией, как правило, многократно консультируются у специалистов по пластической хирургии, но маловероятно, чтобы им помогло оперативное вмешательство. В синдром ипохондрического расстройства подобные идеи включаются при условии, что они имеют характер сверхценных — но не являются бредовыми: в последнем случае они свидетельствовали бы о наличии психоза (обычно шизофрении).

## ДИАГНОЗ

Для диагностики ипохондрического расстройства требуется наличие **ОБОИХ** следующих признаков:

1. Стойкая убежденность в серьезном соматическом заболевании, лежащем в основе имеющихся симптомов, — вопреки тому, что многократные осмотры и исследования не подтверждают этого мнения, — либо упорная озабоченность предполагаемой деформацией какой-либо части тела.
2. Упорный отказ больного принять заверения врачей об отсутствии у него какого бы то ни было соматического расстройства или анатомических отклонений.

## СИМУЛЯТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Наконец, существует три формы аномального поведения, связанного с болезнью, при которых симулируются органические расстройства. Сюда относятся патомимикрическое («искусственное») расстройство, симуляция (имитация болезни) и диссоциативные (конверсионные) расстройства.

При патомимикрическом расстройстве больной осознает симуляцию, но не выгоду, тогда как симулянт осознает и то, и другое. При диссоциативных расстройствах больной, как предполагают, не в состоянии достаточно критически воспринять факт симуляции симптомов и вытекающую из этого выгоду; симуляция такого рода происходит на бессознательном уровне. Однако возможно частичное совпадение этих форм, как, например, в случае, когда у больного с диссоциативным расстройством постепенно вырабатывается критическое отношение к своему состоянию, после чего он уже вполне сознательно поддерживает у себя те же симптомы, опасаясь, что в противном случае его неизбежно сочтут обманщиком, и желая спасти свою репутацию. Поэтому иногда такие состояния чрезвычайно трудно дифференцировать.

### Патомимикрическое расстройство (F68.1)

Некоторые больные сознательно имитируют признаки болезни, прибегая к самоповреждению или к другим ухищрениям, чтобы ввести в заблуждение врачей. Подобные пациенты могут обращаться в медицинские учреждения по поводу множества различных симптомов, включая сыпь («*dermatitis artefacta*»), «повышенную температуру тела неизвестного происхождения» (чего достигают, например, помещая термометр в чашку с горячим чаем), потерю сознания, обусловленную инъекцией инсулина, а также в связи с инфекционными заболеваниями, например мочевых путей или суставов (септический артрит, вызванный введением инфицированного материала). Обычно больные отдают себе полный отчет в том, что идут на обман, но при этом могут и не сознавать мотивов своего поведения (в этом отношении они отличаются от симулянтов). В большинстве случаев главным мотивом, по-видимому, служит стремление постоянно оставаться в роли инвалида, обеспечивающей покой и уход: либо этим людям не удастся удовлетворить соответствующие (в общем вполне нормальные) потребности более адекватными способами, либо они страдают зависимым лич-

ностным расстройством с чрезмерными запросами. Обычное психиатрическое обследование редко приводит к диагностике какого-либо заболевания, помимо личностного расстройства.

### СИНДРОМ МЮНХГАУЗЕНА

Эта форма патомимикрического расстройства получила свое название от имени барона Мюнхгаузена — жившего в XVIII веке кавалерийского офицера, который прославился своими чрезвычайно изобретательными рассказами. Иногда для обозначения того же состояния используется также термин «больничная зависимость». Больные с этим расстройством обращаются в отделения любого профиля, но особенно часто — в хирургические, причем обычно по неотложным показаниям, например с признаками «острого живота» или с гематемезисом, проявляющимся рвотой с прожилками крови. Больной, как правило, излагает весьма правдоподобный, до мелочей отшлифованный, но от начала и до конца сфабрикованный анамнез, включающий вымышленное имя и сведения о лечении. Нередко это приводит к желаемому результату — большому хирургическому вмешательству. Для таких пациентов характерно наличие на теле множества шрамов и рубцов после перенесенных ранее операций. Если у сотрудников данного медицинского учреждения все же возникают подозрения и они подвергают полученную информацию проверке, связавшись с другими больницами, часто оказывается, что такой человек там лечился, но затем таинственным образом исчез из отделения — и больше о нем ничего не известно. Подобные больные склонны кочевать по стране, перебираясь из одной клиники в другую, всякий раз при очередной госпитализации фигурируя под новой вымышленной фамилией. Они почти всегда успевают покинуть больницу, не дожидаясь осмотра у психиатра, но в редких случаях, когда их все же обследуют, либо обнаруживается крайне выраженное личностное расстройство, либо создается впечатление, что их поведение связано с поиском доступа к наркотическим анальгезирующим средствам.

### СИНДРОМ МЮНХГАУЗЕНА ПО ДОВЕРЕННОСТИ (МКБ-10: T74.8)

«Синдром Мюнхгаузена по доверенности» включает в себя патомимикрическое расстройство, проявляющееся у детей и вызываемое кем-либо из родителей, почти всегда — матерью. *Его следует считать формой злоупотребления по отношению*

к ребенку. Данное явление не только свидетельствует о неадекватных потребностях матери, но часто влечет за собой серьезное физическое и психологическое насилие над ребенком. Есть основания полагать, что этот синдром встречается не так уж и редко; иногда он приводит к смерти ребенка, причиной которой может стать, например, гипоксия, обусловленная удушьем, или гипогликемия, возникшая после инъекции инсулина, или отравление какими-либо лекарственными препаратами. Эти состояния вызывает либо непосредственно мать, либо врачи, которых она побуждает к назначению неадекватных методов лечения. Диапазон проявлений «синдрома Мюнхгаузена по доверенности» так же широк, как и в случаях патомимикрического расстройства у взрослых. Об этом важно знать, если вы работаете в детском отделении.

### Симуляция (МКБ-10: Z76.5)

Симуляция — форма имитации заболевания, при которой субъектом осознается как симулирование симптомов заболевания, так и преследуемая при этом цель (характер выгоды): например, он может стремиться получить освобождение от работы или финансовую компенсацию за якобы нанесенную ему травму либо избежать ответственности за определенное уголовно наказуемое деяние. Проявления симуляции сходны с наблюдаемыми при диссоциативном и патомимикрическом расстройствах, и в практической работе бывает очень трудно провести соответствующую дифференциацию.

### Диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44)

Эти расстройства представляют собой форму связанного с болезнью патологического поведения, при которой у человека возникает определенный (часто не просто тяжелый, а вызывающий весьма драматический эффект) симптом соматического или психического заболевания, обычно с острым началом. Так, больные с диссоциативными расстройствами могут обращаться к врачу по поводу параличей, псевдоэпилептических припадков, амнезии, дисфонии или слепоты — не считая множества других жалоб. Во всех подобных случаях в процесс вовлекается (в той или иной степени) неосознаваемая симуляция. Кроме того, соматические симптомы, такие как параличи и слепота, включают процесс соматизации.

Однако есть основания считать, что в основе всех этих симптомов лежит общий дополнительный пси-

хологический механизм — защитный механизм **диссоциации** (другим аналогичным механизмом является **конверсия**; см. с.58). Нормальное функционирование человека базируется на способности осуществлять — до некоторой степени — сознательный контроль над своими воспоминаниями, ощущениями, доступными активному вниманию, а также над выбором движений. При диссоциативных расстройствах эта способность, как полагают, частично или полностью утрачивается, что может приводить к нарушению множества различных функций. Согласно преобладающему в настоящее время мнению, диссоциативные и конверсионные симптомы являются чисто психологическими по своему происхождению, связанному с действием бессознательных механизмов, которые были описаны ранее в разделе о соматизации.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Трудно получить определенное представление о распространенности диссоциативных расстройств среди населения, поскольку истинная природа соответствующих симптомов часто остается нераспознанной. Однако есть основания думать, что в последние годы они стали встречаться несколько реже, хотя в развивающихся странах ситуация не изменилась. Обследования, проведенные в больницах, показывают, что диссоциативными расстройствами страдают 1–5% всех пациентов, направляемых в стационар. Заболевание чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин; оно может начинаться в любом возрасте, но в большинстве случаев — до 30 лет; преходящие симптомы, по всей вероятности, нередко возникают у детей. Примерно 70% всех больных с данным расстройством, поступающих в стационар, выздоравливают в течение первого года, 80% — в течение пяти лет; среди оставшихся случаи выздоровления крайне редки.

Диссоциативные симптомы могут распространяться в **форме эпидемии** (данное явление называют «**массовой истерией**»), особенно в подростковой и молодежной среде — в группах, между членами которых поддерживаются тесные контакты. Как правило, в национальной прессе ежегодно сообщается о нескольких вспышках диссоциативных расстройств, которые могут поражать сотни человек (например, в школах или на концертах поп-музыки), иногда маскируясь под некое новое или загадочное заболевание. Интересной гранью рассматриваемого феномена является широко распространенная восприимчивость обычного населения



к развитию диссоциативных симптомов под действием внушения в определенных «благоприятных» условиях. Эти вспышки массовой истерии никоим образом не ограничиваются несколькими субъектами со «слабой» или патологической личностью.

## СИМПТОМЫ

Диссоциативным симптомам присущи две отличительные особенности:

1. Они имитируют симптомы неврологических и психических расстройств, но при этом *отражают представления больного о том, как проявляются такие расстройства*. Так, при диссоциативном параличе не обнаруживается ряд типичных признаков поражения двигательных нейронов верхних или нижних конечностей. При диссоциативной анестезии невозможно установить соответствие между распространением зон потери чувствительности и схемой центральной либо периферической иннервации: например, чувствительность может быть утрачена по типу «перчаток» (или «носок»), причем иногда на одной конечности, — а не в соответствии с дерматомом, по ходу периферического нерва или симметрично, как бывает при периферической нейропатии.
2. *Часто может быть продемонстрирована интактность «утраченной» (казалось бы) функции в условиях, которые не ассоциируются у больного с данным симптомом*. Например, хотя при попытках пациента ходить создается впечатление, будто нога у него парализована, во время осмотра нередко обнаруживаются нормальный тонус мышц и сохранность рефлексов в соответствующих мышечных группах конечности, причем оказывается, что больной способен приподнять ее над кушеткой. Аналогичным образом больной с истерической дисфонией может издавать нормальные звуки при кашле или смехе, а при ларингоскопии какой-либо патологии голосовых связок не выявляется. Во многих случаях диссоциативные симптомы удается устранить с помощью гипноза (этот признак может помочь при установлении диагноза).

Существенное различие между ипохондрическим расстройством и диссоциативными симптомами заключается в том, что в первом случае доминирует крайне выраженная, чрезмерная озабоченность больного состоянием своего здоровья, тогда как во втором пациент обращается к врачу, предъявляя конкретные клинические признаки. При всей своей

значимости диссоциативные симптомы нередко, как это ни поразительно, не вызывают заметного дистресса. Человек словно и не уделяет им особого внимания, а лишь отдает дань представлениям о должном поведении больного, на словах заявляя о желании избавиться от своего расстройства. Французские врачи назвали это демонстрируемое в корrekтной форме отсутствие беспокойства *«la belle indifférence»* («прекрасное безразличие»).

Как правило, диссоциативные симптомы возникают внезапно, часто после того как человек перенес тяжелую психотравму, оказался в очень сложной (по его мнению, безвыходной) ситуации или пережил серьезный конфликт в межличностных отношениях. Иногда такая связь не вытекает явно из анамнеза, излагаемого самим больным, поэтому важно получить информацию у других лиц. Пациент не сомневается в органической природе своих симптомов и обычно отвергает любые предположения о возможности их психологического происхождения.

Определенные сложности приносит то обстоятельство, что симптомы, которые сами по себе являются диссоциативными, могут высвобождаться другими психическими расстройствами (это особенно вероятно при органических поражениях головного мозга, функциональных психозах и аффективных расстройствах), относящимися к более высоким уровням диагностической иерархии. По этой причине в присутствии признаков, указывающих на одно из таких расстройств, диссоциативные симптомы игнорируются как не имеющие диагностического значения. Предпочтительным (при наличии соответствующих характерных симптомов) является диагноз расстройства, обладающего самым высоким приоритетом согласно принятой иерархии.

Диссоциативные симптомы могут также возникать на фоне соматизированного расстройства, которому при диагностике отдается предпочтение (перед диссоциативным расстройством) в случае, если на протяжении ряда лет у больного наблюдалось множество различных симптомов.

## ЭТИОЛОГИЯ

Предрасполагающие факторы и бессознательные механизмы, имеющие отношение к развитию диссоциативных расстройств, не отличаются от описанных ранее — при рассмотрении других форм аномального поведения, связанного с болезнью, и процесса соматизации. Особенно важную роль, по видимому, играет первичная выгода, но вторичная и третичная также могут вносить некоторый вклад.

Целесообразно найти возможность продемонстрировать больному, что симптомы имеют для него определенное приспособительное значение. Так, тревога — по крайней мере частично — снимается, когда развитие симптома устраняет конфликтную или вызывающую стресс ситуацию (см. приведенный ниже пример).

*У студента, который со страхом ожидал предстоящих экзаменов, боясь «провалиться», развился паралич руки. Это помешало ему завершить курс обучения, так что сдавать выпускные испытания не пришлось.*

#### ДИАГНОЗ

1. Главный критерий заключается в том, что предъявляемый пациентом симптом (или нарушение чувствительной либо двигательной функции) наводит на мысль о заболевании центральной нервной системы, но по форме своей не соответствует характерным признакам такого заболевания; при этом отсутствуют какие-либо объективные данные об органической патологии, которой могли бы объясняться наблюдаемые проявления. Следовательно, лишь хорошее знание клинической картины органических расстройств дает ключ к правильной идентификации диссоциативных симптомов.
2. Признаки других больших психических расстройств должны отсутствовать (это требование объяснялось раньше).
3. Должны быть некоторые сведения о психологических причинах, базирующиеся на связи между началом заболевания и перенесенной перед этим психотравмой; нужно также постараться составить определенное представление о выгоде (хотя все это может и не вытекать явно из анамнеза больного).

#### К ВОПРОСУ ОБ «ИСТЕРИИ»

Термины «истерия» и «истерический» первоначально возникли еще в античной — древнегреческой — медицине. Как и многие другие понятия, прошедшие столь длительный путь становления, они за столетия своего существования обросли множеством различных (подчас противоречивых или расплывчатых) значений. Во избежание путаницы мы отказались от применения данных терминов (но не самих понятий); советуем и вам последовать этому примеру, тем

более что такой подход соответствует тенденциям, отраженным в основных классификациях психических расстройств. Однако эти термины, вероятно, пока еще будут в течение какого-то времени использоваться в медицинской практике, и потому мы приводим краткие сведения о наиболее типичных сферах их употребления в недавнем прошлом, а также информацию об их современных эквивалентах:

1. Термин «истерический» использовался непрофессионалами в уничижительном смысле для характеристики демонстративного или театрального поведения (последние два термина являются более адекватными).
2. «Истерическое личностное расстройство» — устаревший термин, который прежде использовали для описания явления, ныне обозначаемого как демонстративное личностное расстройство (см. с.62).
3. «Истерические» симптомы в настоящее время принято называть диссоциативными (или конверсионными).
4. Термины «истерия» и «истерический невроз» в настоящее время заменены термином диссоциативное расстройство.

*В дальнейших комментариях, думается, нет необходимости; напомним только, что подобного словоупотребления следует избегать. В данной книге остается термин (к счастью, редко употребляемый) «массовая истерия» (см. с.208), для которого есть только один синоним — «эпидемическая истерия».*

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО С БОЛЕЗНЬЮ

При дифференциальной диагностике необходимо учитывать:

1. **Соматические расстройства.** Больные, страдающие соматизированным расстройством, имеют такой же риск развития нового соматического заболевания, что и другие люди; однако крайне редко удается обнаружить органическую причину существующих в течение ряда лет множественных симптомов, по поводу которых прежде не раз проводились адекватные исследования с неизменно отрицательными результатами. Следует в то же время иметь в виду, что органические расстрой-



ства особенно часто пропускают у больных с чертами демонстративности, склонных преподнести свои симптомы с чрезмерной драматизацией. Диссоциативные симптомы также могут ввести в заблуждение: иногда врач ошибочно принимает их за признаки соматического заболевания.

2. **Аффективные расстройства.** Если клинические проявления удовлетворяют критериям диагностики соматизированного расстройства, то оно должно диагностироваться как таковое, но могут быть также основания для дополнительного диагноза (см. с. 50) аффективного расстройства. Поскольку больные с такими расстройствами склонны подтверждать наличие у них тех симптомов, которые им «подсказывают», важно основывать соответствующий диагноз на объективных признаках (например, данные наблюдений о нарушении сна; уменьшение массы тела, подтвержденное результатами взвешивания), а не полагаться всецело на информацию, сообщаемую самим пациентом.

Иногда больные концентрируют внимание на симптомах, которые ограничиваются проявлениями деятельности вегетативной нервной системы и, очевидно, возникают как реакция на тревогу. Сюда относятся, например, потливость, сердцебиение, гипервентиляция и «головные боли напряжения». Диагноз в подобных случаях будет зависеть от других клинических признаков, которые могут подтвердить диагноз или тревожного расстройства, или какого-либо из соматоформных расстройств.

3. **Другие соматоформные расстройства,** диссоциативное расстройство, патомимикрическое расстройство и симуляция. Нередко реальная клиническая картина у конкретного пациента может удовлетворять критериям диагностики более чем одного из этих состояний. В таких случаях следует отдать предпочтение тому диагнозу, который больше всего соответствует имеющемуся у больного синдрому.
4. **Деменции** (особенно у пожилых), при которых иногда предъявляются множественные жалобы, связанные с комбинацией соматических и психических расстройств. Кроме того, не следует забывать, что органические психосиндромы могут высвобождать диссоциативную симптоматику.
5. **Злоупотребление психоактивными веществами.** Злоупотребление алкоголем может быть причиной соматических жалоб, обусловленных со-

матической патологией (как и сопутствующим аффективным расстройством); по некоторым данным, оно иногда предшествует началу соматоформных расстройств. Относительно нередки случаи, когда злоупотребление алкоголем, другими психоактивными или лекарственными препаратами является результатом попыток (самого больного либо врача) добиться устранения симптоматики. Поэтому злоупотребление психоактивными веществами учитывают в процессе дифференциальной диагностики, а также как дополнительный диагноз.

6. При дифференциальной диагностике ипохондрического состояния следует иметь в виду **шизофрению и депрессивные психозы**, потому что при данных расстройствах у пациента могут быть **бредовые идеи ипохондрического содержания** или **искаженное представление о собственном теле**; в этом случае убежденность настолько непоколебима, что больной абсолютно невосприимчив к каким бы то ни было аргументам. Подобные проявления могут наблюдаться при любом **органическом или функциональном психозе**. При шизофрении ипохондрический бред или искаженное представление о собственном облике нередко носят гротескный характер; например, женщина считает, что ее лицо превратилось в свиную морду — образовалось вытянутое рыло, выросли клыки, кожа покрылась грубой щетиной. При депрессивных психозах бредовые идеи обычно «конгруэнтны аффекту», т.е., например, они могут, согласуясь с депрессивными мыслями о безнадежности, принимать форму убежденности в надвигающейся неизбежной смерти от рака. В некоторых случаях это принимает крайние формы: больной уверен в том, что он уже мертв (пример так называемого нигилистического бреда).
7. У пациентов с соматоформными, диссоциативными и патомимикрическим расстройствами обычно обнаруживаются **личностные расстройства**, которые следует регистрировать как дополнительный диагноз.

## МЕДИЦИНСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ПОВЕДЕНИИ, СВЯЗАННОМ С БОЛЕЗНЬЮ, И ПРИ СОМАТИЗАЦИИ

В медицинской тактике при соматизации и патологическом поведении, связанном с болезнью,

можно выделить такие элементы, как профилактика, мероприятия общего характера (которые можно проводить в различных медицинских учреждениях, по месту жительства, а также в любых других условиях), специализированные психологические методы (особенно часто применяемые при более тяжелых и стойких расстройствах). Далее будут кратко рассмотрены все эти направления.

### Предупреждение расстройств, связанных с соматизацией

Развитию и хронизации аномального поведения, связанного с болезнью, и закреплению тенденций к соматизации нередко в значительной мере способствуют врачи, реагируя на них ненадлежащим образом. Этот негативный эффект можно исключить, своевременно распознавая такого рода нарушения и осваивая более адекватные способы реагирования. Мы уже описывали, как избегать дифференцированного подкрепления соматических жалоб, выявляя аффективные расстройства и психосоциальные проблемы. Кроме того, нужно постоянно придерживаться следующих рекомендаций:

1. Не обнаружив патологии при осмотре, всегда предоставляйте больному ясную информацию о таких отрицательных клинических данных, а также обязательно сообщайте об аналогичных результатах лабораторных и других исследований — иначе пациент может предположить самое плохое.
2. Не выставляйте чисто умозрительных, не подкрепленных объективными данными или заведомо ложных диагнозов. Истории болезни порой сплошь заполнены такими записями, а ведь больной всегда запоминает именно сам диагноз, а не факт его последующего снятия.
3. Не назначайте лечения расстройств, которые у данного больного отсутствуют. Нередки случаи, когда пациенту заявляют: «У вас нет никаких нарушений в сердце», — но при этом без соответствующих объяснений назначают лекарственные препараты, обычно применяемые при сердечных заболеваниях. Очевидно, что в такой ситуации человек сделает вполне логичный вывод, что серьезно болен, и в дальнейшем будет в этом твердо убежден.
4. Избегайте проведения исследований (тем более повторных), если вы не считаете их показанными исходя из имеющихся объективных клини-

ческих данных. Если же вы полагаете, что они показаны, важно информировать больного об их цели, а в дальнейшем — о полученных результатах.

5. Старайтесь не организовывать консультаций и не направлять пациента к специалистам, если вы не видите в этом необходимости. Если же вы делаете это, всегда объясняйте больному, почему.

### Лечение соматических проявлений аффективных расстройств

В случаях, когда либо не удастся выявить соматическое заболевание, либо им невозможно объяснить имеющиеся симптомы, важно помочь больному увидеть их в новом свете. **Худшее, что вы можете сделать**, — это заявить ему (или попытаться дать понять какими-то невербальными методами): «*Результаты ваших исследований в норме, так что с вами все в порядке*». Человек никогда не поверит в это — ведь испытываемая им боль достаточно реальна. Целесообразно избрать иной подход: как правило, больной предъявляет жалобы и на другие многочисленные психопатологические симптомы, но не связывает их с болью, — и вы должны помочь ему осознать эту связь.

Предположим, вас попросили сообщить пациенту с выраженной болью в надчревной области (который предъявляет также жалобы на многочисленные симптомы депрессивного состояния) о том, что результаты исследований, включая гастроскопию, вполне нормальны. Вам необходимо предпринять следующие шаги:

1. Дайте ясную информацию об отрицательных данных соматического исследования, в то же время признавая реальность соматических симптомов:

*Я рад сообщить вам о том, что у вас нет ни язвы, ни опухоли, которые могли бы вызывать боль, и результаты всех исследований также совершенно нормальны. Тем не менее у вас сильные боли — не так ли?.. Более сильные, чем при обычном расстройстве пищеварения?*

(Признавая реальность боли, сделайте паузу, чтобы дать возможность собеседнику отреагировать, изъяснив согласие.)

2. Уточните аффективное состояние, на фоне которого проявилась боль, напомните о других симптомах, которыми все это сопровождалось,

и обратите внимание пациента на события, отмеченные перед началом болезни и, вероятно, сыгравшие роль провоцирующих факторов (такой прием, обеспечивающий переход от соматических жалоб к возможным психосоциальным причинам, называют «изменением повестки дня»):

*Сразу после поступления в больницу вы рассказывали мне, каким подавленным чувствуете себя из-за того, что не получили повышения в должности на службе. Вы упоминали, что похудели и стали рано просыпаться, постоянно терзаясь мыслями о том, как много «напортили» в своей жизни.*

(Упомяните примерно о трех наиболее неприятных симптомах, обязательно включая нарушения настроения. И будьте готовы к тому, чтобы — при необходимости — напомнить больному об остальных.)

3. Объясните связь между настроением и болью:

*Нет никаких сомнений в том, что у вас подавленное настроение, и мы считаем, что именно вследствие депрессии вы испытываете гораздо более интенсивную боль, чем было бы при других обстоятельствах. Боюсь, это один из признаков, характерных для депрессии.*

(Сделайте паузу, ожидая реакции больного. Будьте готовы еще раз заверить его, что ни в коей мере не сомневаетесь в реальности ощущаемой им боли, но депрессия может вызывать вполне реальную боль.)

4. Сделайте акцент на ожидаемом положительном эффекте лечения и приведите успокаивающие аргументы, основанные на реалистических представлениях об исходе заболевания:

*Мы считаем, что очень важно провести соответствующее лечение по поводу депрессии. В большинстве подобных случаев наступает полное выздоровление, но, вероятно, для этого потребуется определенное время. Сейчас мне хотелось бы обсудить те методы лечения, которые могли бы вам помочь.*

Если вам удалось успешно дойти до заключительного этапа — значит, вы справились со своей задачей. С этого момента необходимо действовать так, как было описано раньше в гл. 13 (см. с. 176), но теперь у вас есть по крайней мере одно преимущество: боль у пациента будет выступать

в качестве ключевого симптома, позволяющего судить о ваших успехах (или — увы! — об их отсутствии) в устранении нарушений.

## Медицинская тактика при более стойких расстройствах

Все сведения о лечении, приведенные в предыдущих разделах, относятся и к оказанию помощи пациентам со стойкими расстройствами. Если проблемы упорно сохраняются, необходимо предпринять ряд дополнительных шагов, имея в виду следующее.

1. Помните, что у любого человека может быть соматическое заболевание, — пусть даже у данного пациента наблюдаются явные признаки патологического поведения или психопатологические симптомы. Чрезвычайно распространенное явление — одновременное наличие у одного и того же лица как соматического, так и психического расстройства, поэтому всегда ищите и то, и другое. Каждого больного, у которого возникли новые симптомы или развился новый приступ заболевания, необходимо подвергнуть тщательному осмотру и обследованию.
2. Вероятность выявления соматического заболевания при проведении дополнительных исследований через шесть или более месяцев после первоначального обращения пациента к врачу близка к нулю. Помимо нежелательных ятрогенных эффектов, многократные и неадекватные исследования приводят также к оттягиванию соответствующего психиатрического лечения.
3. На этой стадии важно провести полное психиатрическое обследование, предварительно объяснив его цели пациенту и постаравшись склонить его к сотрудничеству. В первую очередь следует выявлять признаки аффективных нарушений (описанные ранее) или других курбельных психических расстройств, а в случае их обнаружения — приступить к лечению.
4. Просмотрите прежние истории болезни (особенно если они объемистые): может выясниться, что имеющиеся в настоящее время симптомы — отнюдь не признаки какого-то нового расстройства, а очередное проявление хронической или рецидивирующей формы соматизации.
5. Постарайтесь лично встретиться с теми из близких больного, которые играют в его жизни ключевую роль. Это поможет получить определен-

- ное представление о психологической и социальной обстановке, на почве которой возникло расстройство. Оцените степень осведомленности родственников, расспросите о том, как они воспринимают симптомы пациента (если раньше им не приходилось контактировать с врачом, то они, скорее всего, разделяют мнение самого больного о наличии недиагностированного соматического заболевания), а также объясните им характер имеющегося у больного расстройства.
6. Попросите медицинского социального работника оказать содействие, посещая больного на дому, встречаясь с другими родственниками пациента от вашего имени или предоставляя реальную социальную помощь семье в какой-либо иной форме.
  7. Важно добиться, чтобы все врачи, участвующие в оказании помощи данному больному, работали в тесном контакте и проявляли согласованный и последовательный подход к психиатрическому лечению.
  8. Причина рассматриваемых здесь расстройств — в первую очередь психологическая; следовательно, и лечение также должно быть психологическим. Однако лишь в редких случаях конкретные причины заболевания становятся очевидными из первичного анамнеза: эффект соматизации (и сопряженной с ней выгоды) состоит в том, что больной, как правило, не осознает лежащих в ее основе проблем и связывает все свои трудности исключительно с соматическим заболеванием. Иные факторы выходят на свет только после сбора подробного анамнеза у самого пациента и у других информаторов.
  9. Инсайт-ориентированная психотерапия помогает больному открыто взглянуть в лицо проблемам, лежащим в основе расстройства, и найти более конструктивные способы адаптации к ним. Бихевиоральная терапия может быть направлена на преодоление неадекватной несостоятельности (нередко развивающейся у больных с соматизацией); для этого применяется структурированная реабилитационная программа с вознаграждением за достижения. Когнитивная психотерапия используется в целях устранения чрезмерной сосредоточенности на симптомах и

для коррекции их неадекватной оценки, а также для поощрения положительных установок и подходов, направленных на снятие стресса.

10. Часто неадекватные установки и способы реагирования подкрепляются сверхзаботливыми членами семьи. Поэтому необходимо привлекать родственников к участию в реализации лечебного плана, с тем чтобы модифицировать воздействие, оказываемое ими на больного. Иногда кто-то из близких испытывает настолько сильную особую потребность заботиться об инвалиде, что просто не в состоянии перенести его выздоровление. В подобных случаях может потребоваться помочь этому члену семьи найти иные способы адаптации к собственным проблемам.
11. Соматоформные и диссоциативные расстройства часто оказываются терапевтически резистентными, возможно потому, что больные с подобными проблемами редко попадают к психиатру на ранних стадиях заболевания. Кроме того, многие из таких пациентов (а также члены их семей) пренебрегают соблюдением режима и схемы лечения. В случаях, когда не удается добиться улучшения состояния больного на протяжении одного — двух лет с начала заболевания, эти состояния чаще всего постепенно приобретают хроническое течение.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Bass, C. and Benjamin, S. (1993) The management of chronic somatization. *British Journal of Psychiatry* 162: 472–480.
- Benjamin, S. and Eminson, D.M. (1992) Abnormal illness behaviour: childhood experiences and long-term consequences. *International Review of Psychiatry* 4: 55–70.
- Creed, F. and Guthrie, E. (1993) Techniques for interviewing the somatizing patient. *British Journal of Psychiatry* 162: 467–471.
- Ford, C.V. (1983) *The Somatizing Disorders: Illness as a Way of Life*. New York: Elsevier.
- Smith, G.R. (1991) *Somatization Disorder in the Medical Setting*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

**Часть III РАССТРОЙСТВА,  
СВЯЗАННЫЕ  
С ОПРЕДЕЛЕННЫМИ  
СТАДИЯМИ  
ЖИЗНЕННОГО  
ЦИКЛА**

# 16 Расстройства раннего возраста: умственная отсталость

## ТЕРМИНОЛОГИЯ

Всегда проводилось разграничение между связанными с развитием и приобретенными расстройствами психического функционирования. Расстройство, связанное с развитием, обычно впервые проявляется в младенческом, детском или подростковом возрасте и ведет к стойкому нарушению функции. Термин **умственная отсталость** широко используется во всем мире для обозначения расстройства развития, при котором поражаются интеллектуальные способности, что влечет за собой нарушение социального функционирования. В Соединенном Королевстве органами здравоохранения введен термин **неспособность к обучению**, который в настоящее время принят большинством служб; поэтому мы также будем пользоваться им далее в этой главе.

В прошлом в употреблении находилось множество терминов; выражения типа «дурак от рождения», «идиот», «слабоумный» были обиходными в языке задолго до того, как соответствующие понятия получили специальные определения. Некоторые термины, такие как «монголизм», ввели медицинские специалисты, стремясь быть объективными и при этом избежать уничижительного оттенка; другие (например, педагогическая субнормальность, умственная субнормальность, интеллектуальная дефицитарность) были предложены работниками просвещения или законодательных органов.

Необходимость внесения изменений в терминологию обусловлена главным образом тем, что данный тип несостоятельности относится к наиболее «нежелательным» и ассоциируется с социально неодобряемым поведением, поэтому лексика, характеризующая его, приобретает негативную эмоциональную окраску. В связи с этим возникают определенные сложности у врачей, которым приходится обсуждать с пациентами (а также их близкими) вопросы, касающиеся умственной несостоя-

тельности: непросто подобрать слова, позволяющие ясно и доходчиво изложить суть проблемы, соблюдая при этом должный такт. Специальные термины, поначалу непривычные для непрофессионалов, утрачивают свою нейтральность и становятся оскорбительными даже быстрее, чем обычные расхожие слова и выражения; не оправдывают себя и попытки прибегать к разного рода эвфемизмам. Лучше всего отдавать предпочтение терминам, точно описывающим характер несостоятельности (например, «отставание в учебе», «замедленность процессов усвоения новой информации»). С этой точки зрения термин «неспособность к обучению» полезен и, вероятно, должен остаться в употреблении.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Интеллектуальные способности и социальная адекватность представляют собой непрерывно распределенные переменные, так что между нормой и несостоятельностью в этих сферах не существует четкой границы — так же, как нет резкой грани между различными степенями выраженности подобной несостоятельности.

С появлением методов измерения когнитивных характеристик, разработанных психологами в первой половине XX столетия, стало возможным изучать распределение показателей интеллекта в популяции. Картина, полученная на основании результатов исследований, приближается к гауссовому («нормальному») распределению. Плотность распределения величины в соответствии с гауссовой кривой можно полностью описать с помощью среднего значения и стандартного отклонения: интеллектуальные способности примерно 95% населения находятся в интервале, границы которого определяются двумя стандартными отклонениями от среднего значения. Принцип, положенный в основу подсчета показателя IQ («коэффициент интеллектуального развития»), заключается в том, что сред-

нее значение для популяции принимается за 100, а стандартное отклонение взято равным 15 баллам. Числовое значение IQ меньше 70 (т.е. на два стандартных отклонения ниже среднего) называют субнормальным. Теоретически можно было бы ожидать, что такой уровень будет выявлен приблизительно у 2,5% населения; на практике же реальное распределение интеллектуальных способностей в популяции зависит от таких факторов, как образование и социальное благополучие.

Распространенность **выраженного нарушения интеллекта** (IQ меньше 50) составляет 0,3–0,4%. Этот показатель примерно одинаков в разных странах и популяциях, но время от времени его числовое значение слегка меняется в зависимости от динамики показателей, имеющих отношение к началу развития нарушения и связанных с выживаемостью лиц с подобными дефектами (как детей, так и взрослых). Например, в результате сокращения количества беременностей, приходящихся на вторую половину репродуктивного возраста, стали реже рождаться дети с синдромом Дауна. С другой стороны, повысилась выживаемость при данном синдроме благодаря таким факторам, как прогресс кардиохирургии, эффективное лечение инфекционных заболеваний у детей, а также улучшение социальной помощи. Кроме того, семьи, имеющие в своем составе инвалида, по своему паттерну миграции отличаются от остального населения. Так, они не склонны выезжать из внутренних районов городов, тогда как многие другие жители стремятся по возможности покинуть эту зону; в силу обеих тенденций показатели распространенности тяжелых нарушений интеллекта в таких районах выше, чем в сельской местности Великобритании.

Количественно оценить частоту возникновения новых случаев трудно, поскольку их выявление не происходит одномоментно. Если **синдром Дауна** (трисомия по 21-й паре хромосом, или монголизм) обычно распознается сразу же после рождения, то при другой этиологии нарушения диагностируются, как правило, далеко не так быстро. В конце 70-х годов в Англии на 1000 детей, рожденных живыми, приходилось приблизительно 0,65–1,06 случая синдрома Дауна, диагностированного при рождении.

Данные большинства исследований показывают, что среди лиц с неспособностью к обучению преобладают представители мужского пола. Легкая и умеренно выраженная формы ассоциируются с принадлежностью к низшим социальным классам — вероятнее всего, потому, что снижение интеллекта влечет за собой социальную депривацию и ограни-

чение возможностей получить образование. Более выраженная неспособность к обучению, как считалось ранее на основании результатов ряда исследований, не коррелирует с определенным социальным классом; однако в последнее время получены данные, указывающие на некоторую связь, хотя и довольно слабую.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Неспособность к обучению определяется тремя признаками:

1. Нарушение интеллекта (или других когнитивных функций).
2. Нарушение социального функционирования.
3. Начало до наступления зрелости.

«Когнитивные функции» — психологический термин, который характеризует специфическую деятельность головного мозга, относящуюся к процессам обработки информации. Дать определение понятию интеллекта непросто; очевидно, однако, что данное свойство человека связано с быстротой понимания и способностью усваивать опыт. Это один из аспектов когнитивного функционирования наряду с сосредоточением (концентрацией) внимания, с регистрацией, удержанием и воспроизведением информации, а также мышлением. В клинической практике нарушение интеллекта часто выявляют, обращая внимание на уровень сложности речи самого пациента и языка, который он способен понимать. У детей отклонения нередко обнаруживают родители либо педагоги, заметив, что ребенок достигает соответствующих этапов психофизического развития позднее, чем его сибсы или сверстники.

Снижение интеллектуальных способностей во многих случаях сопровождается значительным нарушением социального функционирования, так что человек не способен вести независимый образ жизни или (если это ребенок) нуждается в специальном обучении. Для самостоятельной жизни необходимо приобретение навыков в пяти сферах деятельности: *самообслуживание, ведение домашнего хозяйства, общение, социальные навыки и совладание со стрессом*. При умственной отсталости могут также нарушаться учебные навыки (например, чтения, письма, счета и др.), но это, как правило, не имеет решающего значения для достижения социальной независимости.

Разумеется, есть немало аспектов психологического развития, в которых могут возникать наруше-

ния, способные привести к существенным трудностям в зрелом возрасте. Сюда относятся, например, отклонения в развитии сексуальности и эмоциональной сферы. Однако они, как правило, не вызывают серьезных проблем, связанных с образованием, не влекут за собой и постоянной зависимости от других людей, также как не являются обычно причиной неспособности к обучению. В то же время существуют определенные расстройства, при которых может затрагиваться развитие когнитивных способностей. Особенно часто это наблюдается при аутизме и гиперкинетическом синдроме; кроме того, некоторые формы специфической неспособности к обучению тем или иным навыкам иногда приводят к необходимости специального обучения и оказания поддержки со стороны соответствующих служб.

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Действующее в настоящее время юридическое определение неспособности к обучению закреплено в Законе о психическом здоровье (поправка) 1981 года, где оно формулируется как «состояние задержанного, прекратившегося или неполного развития психики, включающее значительное нарушение умственных способностей и социального функционирования». Здесь отражены три основных признака умственной отсталости, но концептуально дефиниция недоработана: одно из возражений против такой формулировки связано с тем, что развитие никогда не может полностью прекратиться, как и полностью завершиться.

Количественная оценка в форме показателя IQ имеет ограниченную надежность и не вполне коррелирует с уровнем практической адаптации и адекватности социального функционирования. Приведенными далее критериями можно руководствоваться в клинической деятельности как общими методическими указаниями, но не следует подходить к ним как к жестким правилам. Возраст, в котором происходит стабилизация психического развития, устанавливается во многом произвольно. В международных классификациях его условно принимают равным восемнадцати годам, но в клинической практике разграничительной линией обычно служит момент окончания школы.

**Незначительно выраженная неспособность к обучению (F70)** наблюдается у 2–3% населения; среди всех, кто в той или иной степени неспособен к обучению, лица с легкой формой составляют 75%. Они в основном успешно справляются с самообс-

луживанием и выполняют работу по дому, но испытывают трудности, оказавшись в новой или слишком сложной для них ситуации, поскольку нарушения экспрессивной функции речи ограничивают их самостоятельность. Медицинским службам, в том числе врачам общей практики, приходится иметь дело с такими людьми чаще всего в случаях, когда они сталкиваются со стрессом (например, вызванным каким-либо — нередко незначительным — заболеванием), с которым не могут совладать. Обычно лица со слегка сниженной способностью к обучению в состоянии освоить профессиональные навыки, но при выработке социальных навыков, необходимых при решении вопросов трудоустройства, у многих из них возникают проблемы. Типичны также трудности, связанные с неумением рационально распределять бюджет, планировать здоровое питание (намечая достаточно сбалансированное меню на каждый день) и максимально эффективно использовать медицинские службы. Показатель IQ, получаемый при психометрической оценке, обычно составляет 50–69. К сопутствующим состояниям относятся аутизм, эпилепсия, расстройства поведения, а также инвалидность вследствие соматических нарушений.

**Умеренно выраженная неспособность к обучению (F71)** — термин, трактовка которого в различных источниках литературы неодинакова. В Соединенном Королевстве к этой категории относят случаи, тяготеющие к нижней границе легкой формы (IQ 50–60), однако в МКБ-10 умеренная степень определяется как верхняя граница выраженной неспособности к обучению (IQ 35–49). Люди с умеренно выраженной неспособностью к обучению *нуждаются в руководстве, надзоре или помощи при любых более или менее сложных видах деятельности (например, приготовлении пищи), но обычно не необходимая им степень поддержки находится в пределах ресурсов и возможностей семьи и не требует специальной подготовки.* Они, как правило, могут сообщать о своих основных потребностях, многим доступно участие в простых беседах; однако научиться пользоваться речью удается не всем. В большинстве подобных случаев выявляется органическая патология, лежащая в основе нарушений. Если при данном уровне неспособности к обучению у человека возникают какие-либо дополнительные проблемы или отсутствует поддержка со стороны семьи, то он нуждается в помощи специализированных учреждений.

**Выраженную неспособность к обучению (F72)**, которая отмечается у 25% всех лиц с нару-



шениями подобного рода, обычно связывают с числовым значением IQ ниже 50, но в МКБ-10 принят показатель IQ менее 34. При этом, как правило, человек не в состоянии вести самостоятельный образ жизни ввиду отсутствия некоторых необходимых навыков (самообслуживание, ведение домашнего хозяйства, социальные навыки, навыки общения, совладание со стрессом) и нуждается в надзоре, руководстве и помощи. В большинстве случаев требуется повседневное наблюдение со стороны ответственного за это лица. Если ребенок с таким уровнем интеллекта поступает в обычную школу, педагоги вскоре приходят к выводу о необходимости для него специального обучения. Раньше или позже подобных больных — за редким исключением — направляют в специализированные учреждения, так как у них наряду с неспособностью к обучению обычно имеются выраженные нарушения двигательных функций или другие дефекты, свидетельствующие об аномалии развития центральной нервной системы.

**Глубокая неспособность к обучению (F73)** наблюдается менее чем у 0,1% населения и у 5% всех лиц, в той или иной мере неспособных к обучению. При этой степени нарушения умственных способностей попытки определить IQ не дают достоверных результатов, поскольку уровень развития речи и других навыков у таких людей обычно не выше, чем у нормального ребенка в возрасте до двух лет. Овладение языком сводится, в лучшем случае, к пониманию простых команд. При такой тяжелой форме нарушений, как правило, выявляется органическая патология; обычны выраженные невроло-

гические и соматические дефекты. Лица с глубокой неспособностью к обучению *нуждаются в постоянной всесторонней помощи; у многих из них отсутствуют даже некоторые жизненно необходимые навыки* (например, их приходится кормить, одевать и т.д., поскольку они не в состоянии заботиться о своих насущных потребностях).

## ЭТИОЛОГИЯ

В наши дни известно более двух тысяч расстройств, которые, как установлено, могут приводить к развитию неспособности к обучению; поэтому вряд ли целесообразно пытаться запомнить их все. Вместо этого лучше составить рабочую схему для понимания этиологии, которая даст вам возможность проводить рациональное обследование любого конкретного больного с учетом относительной частоты каждой категории расстройств. Причина неспособности к обучению может возникнуть в пренатальном, перинатальном или постнатальном периоде (в некоторых случаях, однако, этиологию установить не удается). Данные об относительной частоте различных причин неспособности к обучению в странах Западной Европы приведены в табл. 16.1.

Мы не располагаем аналогичными сведениями по развивающимся странам, но известно, что там основными причинами неспособности к обучению являются **недостаточное или неправильное питание матери, недостаток йода в пище, а также неадекватная помощь в перинатальном периоде**. В Западной Европе «родовая травма» — отнюдь не ти-

**Таблица 16.1.** Относительная частота причин умственной отсталости в Западной Европе\*

Этиологические факторы	Выраженная и глубокая умственная отсталость (%)	Легкая и умеренно выраженная умственная отсталость (%)
<i>Относящиеся к пренатальному периоду</i>	60	35
(Хромосомный)	(35)	(15)
(Моногенный)	(5)	(1)
(Алкоголь)	(0)	(8)
(Инфекционное заболевание)	(7)	(0)
(Другие причины)	(13)	(9)
<i>Относящиеся к перинатальному периоду</i>	15	18
<i>Относящиеся к постнатальному периоду</i>	10	2
<i>Нераспознанные причины</i>	15	55

\* В таблице сохранены цифровые данные и терминология оригинала. — *Ред.*

пичный этиологический фактор, а такая причина, как «нарушения, вызванные вакцинацией», — крайне редкое явление (хотя многие убеждены в обратном).

Наиболее распространенная причина тяжелой умственной отсталости (ответственная почти за все обусловленные хромосомной патологией случаи выраженной и глубокой неспособности к обучению) — **синдром Дауна**, возникающий вследствие трисомии по 21-й паре хромосом. Вероятность рождения ребенка с этим заболеванием повышается с возрастом матери. Диагноз часто ставится сразу же после рождения по характерным дисморфиям, а затем может быть подтвержден результатами исследования хромосом в культуре лейкоцитов.

Второй по распространенности причиной, согласно современным научным данным, является синдром **фрагильной (хрупкой) X-хромосомы**, которым объясняется 6% случаев выраженной и 10% — легкой умственной отсталости у мальчиков (у девочек нарушения интеллектуальных способностей, обусловленные этим фактором, гораздо более редки). Это семейная патология, связанная с геном, длина которого увеличивается в каждом последующем поколении, а также с «фрагильным» сайтом на X-хромосоме, обнаруживаемым при исследовании хромосом в лейкоцитах, культивированных в особых условиях. Длина гена коррелирует со степенью интеллектуальной недостаточности. При этой патологии также наблюдаются характерные изменения формы тела, в частности гипертрофия яичек.

Для получения подробной информации о состояниях, вызывающих умственную отсталость, следует обратиться к учебникам (и другой литературе) по педиатрии. Особое внимание нужно обратить на те патологические состояния, которые при раннем выявлении хорошо поддаются лечению. К ним относятся **гипотиреоз, фенилкетонурия, нарушения обмена веществ** (например, гипернатриемия, вызванная неправильным питанием), а также **инфекционные заболевания**. Врачи, наблюдающие беременных женщин, должны в полной мере осознавать, какую опасность для плода несут в себе прием будущей матерью **алкоголя, лекарственных препаратов** (особенно противосудорожных средств), **радиоактивное излучение** (включая диагностическую рентгенографию), **материнская фенилкетонурия**, а также **метаболические расстройства**.

У большинства людей с тяжелой умственной отсталостью присутствуют серьезные органические нарушения, приводящие к инвалидности. Однако при легкой умственной отсталости почти в половине случаев не удается выявить никакой органической пато-

логии. Эта форма коррелирует с **социальной депривацией и бедностью**, а также с принадлежностью к низшим социальным классам.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

### 1. Расстройства, связанные с развитием и не сопровождающиеся нарушением интеллектуальных способностей.

- **Нарушения, препятствующие коммуникации.** Необходимо иметь в виду, что при обследовании пациента к недооценке его умственных способностей может привести любое расстройство, осложняющее процесс коммуникации: нарушения в сенсорной сфере (глухота, слепота) или в двигательной (церебральный паралич), серьезные дефекты речи вследствие каких-либо иных причин (деформации ротовой полости, например волчья пасть), некоторые другие расстройства, затрагивающие когнитивные функции (аутизм, гиперкинетический синдром; специфические формы неспособности к усвоению отдельных навыков).
- **Эмоциональная зависимость.** В случаях, когда человек более зависим от других, чем следовало бы ожидать исходя из его хронологического возраста, иногда оказывается, что он владеет необходимыми навыками, но по какой-то причине не может ими пользоваться. Если это связанная с процессом развития (а не приобретенная) эмоциональная зависимость, то она обычно представляет собой проявление зависимого личностного расстройства.

### 2. Приобретенное нарушение интеллекта.

- **Деменция** может возникать в любом возрасте. Если она развивается у ребенка или подростка (не достигшего 18 лет), это влечет за собой неспособность к обучению. У детей могут наблюдаться некоторые редкие прогрессирующие расстройства, например болезнь Баттена и подострый склерозирующий лейкоэнцефалит, который обычно приводит к смерти в детском возрасте. Непрогрессирующая деменция может быть обусловлена поражением головного мозга различного происхождения: травматического, токсического (например, при отравлении тяжелыми металлами, алкоголем), инфекционного (например, вследствие герпетического энцефалита), аноксического и др.

### 3. Приобретенные расстройства без нарушения интеллекта.

При тяжелом психическом расстройстве нередко нарушается социальное функционирование; в некоторых случаях у больного наблюдается замедление либо заторможенность когнитивных процессов или же он может производить впечатление человека со сниженными интеллектуальными способностями из-за затруднений при концентрации внимания или вследствие «некооперативности» при тестировании. Это неспецифическое явление чаще отмечается при шизофрении и депрессии, чем при других заболеваниях.

### 4. Нарушенное социальное функционирование при отсутствии какого-либо расстройства.

- **Отсутствие образования** может означать, что человек не освоил навыков, необходимых для самостоятельной жизни, особенно если его интеллект находится на уровне нижней границы нормы.
- **Отсутствие возможностей для практической отработки навыков** вследствие постоянного пребывания в обстановке жестких ограничений и регламентации (например, в тюрьме или в каком-либо учреждении типа дома инвалидов) может дать тот же эффект.
- **«Функциональное поведение»** — иными словами, поведение, преследующее некую цель (независимо от того, осознается ли она человеком), — иногда может создавать впечатление нарушенных интеллектуальных способностей. Это наблюдается редко, главным образом при сильном стремлении субъекта избежать нежелательной ответственности или уклониться от предъявляемых требований (например, человек, обвиняемый в убийстве с заранее обдуманым намерением, хочет свести дело к обвинению в непредумышленном убийстве).

пичный день» (затем обращаются к информатору, хорошо знающему пациента, с просьбой подтвердить и уточнить полученную информацию). При этом фиксируются все виды обыденных действий: когда и как человек поднимается с постели, совершает утренний туалет, выбирает одежду, одевается, готовит завтрак, принимает пищу, приводит себя в порядок, выходит на улицу, пользуется транспортом и дорогами, добирается к месту работы или учебы, делает покупки и пользуется деньгами, питается вне дома, возвращается домой, готовит пищу, отдыхает и развлекается. В любом виде деятельности степень самостоятельности может быть разной; принято различать такие ее уровни:

1. Индивид не нуждается в руководстве и наблюдении.
2. После выполнения действия требуется проверка.
3. Необходимы вербальное побуждение к действию и проверка после выполнения.
4. Необходимо побуждать физически или помогать.
5. Действие выполняется за данного индивида другим лицом.

Старайтесь дифференцировать действия, которые пациент не в состоянии выполнить (несмотря на имеющиеся для этого условия) от тех, для освоения которых у него прежде не было возможности. Не делайте поспешных выводов, утверждая, будто человек неспособен справиться с той или иной задачей: не исключено, что ему просто никогда не позволяли что-либо делать.

В специализированных службах пользуются стандартизованными методами оценки, позволяющими очертить профиль способностей человека и выявить сферы, которым нужно уделить особое внимание в процессе дальнейшего обучения.

## Анамнез развития

Наиболее достоверными и подробными сведениями о показателях и темпах развития способностей ребенка обычно располагают родители, особенно мать. К сожалению, память ненадежна, поэтому очень важно как можно раньше получить и записать эти данные. Чрезвычайно ценный источник информации — медицинские карты, истории болезни детских стационаров и внебольничных медико-санитарных служб; следует также сохранять истории развития детей-инвалидов. При сборе анамнеза расспросите о течении беременности, родов и неона-

## ИССЛЕДОВАНИЯ

### Оценка адекватности социальной и практической деятельности

В обычной клинической практике социальную компетентность оценивают, попросив обследуемого подробно и последовательно описать свой «ти-

тального периода, уделяя особое внимание любым осложнениям; затем выясните сроки прохождения ребенком основных этапов развития (табл. 16.2).

### **Психометрическое обследование (оценка когнитивных способностей)**

Тесты на выполнение стандартизованных заданий необходимы при эпидемиологических научных исследованиях, но в клинических условиях они полезны лишь в некоторых ситуациях. Психометрическое обследование позволяет изучить определенный компонент психологических функций, лежащих в основе приобретаемых человеком навыков. Целесообразно обращаться к клиническому психологу с просьбой провести такое исследование, если обнаруживается существенное расхождение между одним параметром интеллектуальных способностей человека и другим. В случаях, когда есть основания полагать, что умственные способности человека снижаются, психометрическая оценка помогает диагностировать деменцию и прогнозировать ее течение.

### **Специальные методы исследования**

Всегда следует стремиться установить причину неспособности к обучению, поскольку в детстве при достаточно раннем выявлении ее иногда удается устранить, а в зрелом возрасте она может иметь значение для установления начала заболевания. Информация об этиологии нередко важна и для других членов семьи, планирующих иметь детей. Наибо-

лее просто диагностируемые расстройства распознаются на основании клинических признаков (необходимые для этого сведения содержатся в источниках, перечисленных в списке литературы, который приведен в конце главы).

Подход к планированию исследований базируется на знании относительной частоты перечисленных ранее этиологических факторов. При тяжелой умственной отсталости проводят хромосомный анализ, анализы мочи и крови на врожденные нарушения метаболизма, а также исследования на выявление внутриутробных инфекционных заболеваний (токсоплазмоз, краснуха, сифилис, вирус цитомегалии, простого герпеса).

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Если у ребенка выявлена задержка развития, необходимо сообщить об этом родителям, проявляя должную чуткость и понимание. Это значит, нужно изложить соответствующую информацию в приемлемом для них темпе и доступным для них языком; следует стремиться к тому, чтобы помочь им справиться со своим горем. Как правило, лучше говорить с обоими родителями одновременно, в конфиденциальной обстановке; сделать это надо как можно раньше — при первой же возможности после появления подозрений о наличии отклонения. Обычно такую беседу проводит педиатр, но иногда это берет на себя врач общей практики. При этом желательно избегать специальных терминов; важ-

**Таблица 16.2.** *Признаки, характеризующие стадии развития (на основе Денверского скринингового теста развития)*

	<i>6 мес.</i>	<i>12 мес.</i>	<i>24 мес.</i>
Позы и грубые движения	Пытается сесть, удерживая головку	Ходит, держась за мебель	Бьет по мячу ногой
Зрение и тонкие движения	Следит за движениями взрослых, тянется к игрушке	Берет предметы большим и указательным пальцами	Спонтанно пишет каракули
Слух и речь	Произносит слоги из двух звуков	Имитирует звуки речи	Показывает названную часть тела
Социальное поведение и игра	Спонтанно улыбается	Вначале стесняется в присутствии незнакомых людей	Пользуется ложкой, слегка проливая жидкую пищу

но также учитывать, что непосредственно после получения неблагоприятного известия человек обычно поглощен своими переживаниями, и в этот момент он просто не в состоянии усвоить сколько-нибудь значительный объем сообщаемой ему информации. Поэтому вскоре после первого собеседования следует провести еще одно — контрольное; целесообразно также дать родителям заключение в письменном виде. Если обнаружена наследственная патология, супругам предлагают направление в генетическую консультацию.

В детском возрасте некоторые состояния, приводящие к умственной отсталости, поддаются лечению. У лиц с неспособностью к обучению необходимо диагностировать и лечить любое заболевание, которое может у них возникнуть; при этом они имеют право на те же стандарты медицинской помощи, что и все прочие граждане. Несмотря на то, что среди людей с нарушенными интеллектуальными способностями наблюдается существенно повышенная частота некоторых заболеваний, они пользуются услугами медицинских учреждений относительно меньше, чем остальное население. Для них необходима действенная программа наблюдения за состоянием здоровья и система скрининга, аналогичные используемым в целях охраны здоровья ребенка по месту жительства.

Типичные для данного контингента проблемы, касающиеся здоровья, можно разделить на три группы в зависимости от характера их связи с нарушением когнитивных функций:

1. **Специфические сочетания.** Одно из наиболее распространенных состояний — **синдром Дауна**; поэтому стоит изучить сопутствующую ему патологию, к которой относятся дефекты развития сердечно-сосудистой системы, ожирение, инфекционные заболевания органов дыхания, кондуктивная глухота, кожные высыпания (угри), хронический лимфолейкоз, болезнь Альцгеймера (ведущая к деменции, эпилепсии и преждевременной смерти), а также наиболее значимое поражение — гипотиреоз. Можно привести и другие примеры, в частности **синдром краснухи**, ассоциированный с глухотой, слепотой и дефектами развития сердечно-сосудистой системы; **гипотиреоз** в сочетании с глухотой, а также **аутизм** в сочетании с эпилепсией.
2. **Общие этиологические факторы.** Неспособность к обучению обычно указывает на то, что головной мозг не функционирует нормально. Очевидно, что та же дисфункция может прояв-

ляться и другими расстройствами, включая эпилепсию, нарушения в сенсорной и двигательной (церебральный паралич) сферах, аутизм, гиперкинетический синдром. В подобных случаях повышен также риск развития психического заболевания, отчасти вследствие нарушенной функции головного мозга.

3. **Повышенная уязвимость.** Люди с неспособностью к обучению чаще, чем представители других категорий населения, оказываются в неблагоприятных социальных обстоятельствах, живут в условиях, негативно влияющих на здоровье. Даже сейчас в такой высокоразвитой стране, как Великобритания, они нередко впадают в нищету, становятся жертвами уголовных преступлений, эксплуатации и жестокости. Кроме того, они чаще остаются безработными; многим так и не удается вступить в брак. Некоторые все еще содержатся в крупных учреждениях, где обитатели подвергаются реальной опасности заболеть туберкулезом или гепатитом, а иногда не обеспечиваются даже достаточным и полноценным питанием. Но и в тех заведениях, где предоставляется хороший общий уход, порой используются неадекватные программы, предъявляющие к пациентам чрезмерные требования. Среди людей, в той или иной степени неспособных к обучению, распространены нарушения поведения и психические заболевания, что отчасти связано с вышеперечисленными факторами.

Характеризуя объем потребностей большинства людей с неспособностью к обучению, следует отметить, что помощь, в которой они нуждаются, — это чаще всего не лечение, а какие-либо иные услуги. Наряду с потребностью в медицинском обслуживании у них, естественно, есть и другие нужды, свойственные любому человеку:

1. **Обеспечение жильем.** Человек с неспособностью к обучению нередко нуждается в пристанище, где ему была бы обеспечена (в том или ином объеме) необходимая помощь; это может быть, например, замещающая семья, специализированное учреждение, укомплектованное соответствующим персоналом, квартира в доме, где поддержку могут оказать соседи, либо комната в общежитии, где есть староста или комендант.
2. **Образование.** Люди со сниженными интеллектуальными способностями нуждаются в специальном обучении; им должна предоставляться возможность получать адекватное начальное,

среднее, а также постоянно продолжающееся образование.

3. *Занятость.* Существуют разные пути поддержки рабочих-инвалидов — на обычном предприятии, или на особых социально защищенных участках (цехах, отделах), или в специализированных мастерских, полностью приспособленных для работы людей с определенными дефектами.
4. *Отдых и досуг.* Занятия спортом и участие в культурно-просветительных мероприятиях также предоставляют возможности для личностного и социального развития.

Кроме того, у людей с неспособностью к обучению имеются специфические потребности, которым необходимо уделять особое внимание, например:

1. Профилактика первичной и вторичной инвалидизации.
2. Оказание специализированной помощи, направленной на коррекцию сенсорных и двигательных нарушений, коммуникативных затруднений, а также расстройств поведения.
3. Защита интересов и прав, в том числе юридическая.
4. Оказание поддержки семье; организация временного ухода за больным с целью дать его близким возможность отдохнуть или решить свои проблемы; обеспечение защиты прав семьи.

Существует несколько способов удовлетворения каждой потребности.

1. Та или иная услуга может быть предоставлена индивиду в готовом виде, без каких-либо усилий с его стороны.
2. Индивида можно обучить действиям, необходимым для удовлетворения соответствующей потребности.
3. Индивид может быть поставлен в положение, когда не имеет значения, выполнено то или иное действие или нет.

Помощь людям с неспособностью к обучению предоставляется службами социального обеспечения и отделами образования при местных органах власти, а также специальными бригадами поддер-

жки по месту жительства (иногда их называют группами поддержки лиц с психическим дефектом). В обязанности врачей общей практики входит предоставление первичной медицинской помощи; при необходимости они могут направить пациента — в зависимости от показаний — на консультацию либо к специалисту в области психических дефектов, либо к детскому психиатру или невропатологу. В некоторых частях Соединенного Королевства в системе государственной службы здравоохранения имеются также специализированные больницы для лиц с дефектами психики.

## ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Динамика процесса при неспособности к обучению зависит от взаимодействия между вызывающим ее поражением, с одной стороны, и такими факторами, как общее образование, обучение практическим навыкам, медицинская и социальная помощь и т.п., — с другой. При большинстве расстройств развития состояние стабилизируется к зрелому возрасту с тенденцией к постепенному улучшению. После 25–30 лет нарушения поведения проявляются гораздо реже; смягчается аутизм. При соответствующем теоретическом и практическом обучении, адекватной всесторонней помощи, а также эффективном лечении интеркуррентных заболеваний человек, как правило, постепенно становится более самостоятельным. Однако средняя продолжительность жизни в этой группе все же снижена из-за описанных ранее проблем, связанных со здоровьем.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Hall, D.M.B. (1984) *The Child with a Handicap*. Oxford: Blackwell Scientific.
- Office of Health Economics/MENCAP (1986) *Mental Handicap — Partnership in the Community?* London: Office of Health Economics/MENCAP.
- Russell, O. (1985) *Mental Handicap*. «Current Reviews in Psychiatry», vol.1. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Smith, D.W. (1982) *Recognisable Patterns of Human Malformation*. Philadelphia: W.B.Saunders.

# 17 Детский и подростковый возраст

Данная глава посвящена эмоциональным и поведенческим нарушениям у детей и подростков. Эти расстройства нередко представляют собой крайнее проявление обычных, повседневных форм поведения. Едва ли не у большинства детей в том или ином возрасте бывают периоды, когда их поведение причиняет определенные трудности и вызывает беспокойство их родственников и педагогов. Лишь в случае если все это вызывает серьезные страдания, нарушает процесс обучения ребенка или его взаимоотношения с окружающими людьми либо серьезно препятствует развитию, возникает необходимость подробного изучения проблемы.

## ОБСЛЕДОВАНИЕ

В процессе выявления и диагностики возможного психического расстройства у ребенка выделяют шесть основных стадий:

1. **Беседа с семьей.**
2. **Беседа с родителями.**
3. **Беседа с ребенком.**
4. **Получение информации из других источников.**
5. **Формирование этиологической концепции.**
6. **Формулирование многоосевого диагноза.**

## БЕСЕДА С СЕМЬЕЙ

Как правило, полезно в самом начале встретиться со всей семьей в полном составе. Совместное собеседование дает возможность понаблюдать за взаимодействиями между ее членами. В частности, оно позволяет получить представление о том, как родители реагируют на сообщения ребенка (например, благожелательно, критически и т.д.), имеются ли проблемы во взаимоотношениях между самими родителями, не отводится ли кому-то из членов се-

мьи роль козла отпущения, нет ли тенденции игнорировать кого-либо из них. Во время такой встречи следует избегать выборочного индивидуального опроса родственников пациента — необходимо создавать условия для взаимодействия между ними. Данной цели можно достичь путем постановки общей для всех задачи (например, составление генеалогической таблицы) или вопросов, стимулирующих желаемое взаимодействие. Это также подходящий момент для того, чтобы прийти к определенному мнению относительно целесообразности и порядка направления пациента в клинику, а также выяснить, кто в наибольшей степени страдает от имеющихся проблем.

## БЕСЕДА С РОДИТЕЛЯМИ

Как и любое клиническое интервью, беседа с родителями ребенка должна начинаться с **открытого вопроса** и минимального «перекрестного опроса» для получения сведений о развитии нарушений, по поводу которых предъявляются жалобы. Нужно точно выяснить, что именно имеют в виду родители, характеризуя ребенка как «непослушного», «капризного» или «депрессивного». Наблюдается ли тенденция к улучшению или ухудшению? Как влияют существующие проблемы на школьную успеваемость ребенка, его взаимоотношения со сверстниками, на семью? Как давно появились описанные родителями затруднения?

Далее в процессе беседы требуется получить систематизированную информацию, охватывающую **состояние здоровья и поведение ребенка на данный момент времени** (учитывая, что родители не обладают непосредственными знаниями о психическом состоянии ребенка и могут быть не осведомлены о наличии таких важных симптомов, как суицидальные мысли). Необходимо задать прямые вопросы, касающиеся следующих сфер: *эмоциональные симптомы* (тревога, страх, депрессия,

склонность к самоубийству); *поведенческие проблемы* (воровство, агрессия, непослушание, драчливость, прогулы школьных занятий, побеги из дому); *внимание и способность к концентрации*; *моторные навыки* (уровень активности, неуклюжесть); *обмороки или судороги*; *патологические движения*; *поведение в школе* (посещаемость, нарушения дисциплины, отношения с учителями); *взаимоотношения со сверстниками и сибсами*; *контроль над физиологическими отправлениями*; *соматическое здоровье* (аппетит, масса тела, сон, серьезные заболевания); *недавние неблагоприятные события* (например, смерть кого-либо из близких, развод между родителями и т.д.).

Затем проводится сбор **семейного анамнеза**; при этом используется та же методика, что и в случаях, когда пациентом является взрослый человек. Особенно важно установить, не страдает ли кто-нибудь из родителей психическим или личностным расстройством, есть ли у них какие-либо трудности во взаимоотношениях в браке. Если родители в разводе, следует уточнить детали. Поддерживает ли ребенок контакты с другим родителем? С кем он наиболее близок?

После этого переходят к изучению **особенностей семейной жизни и взаимоотношений между ребенком и другими членами семьи**, обращая особое внимание на ключевые аспекты: методы воспитания (в особенности дисциплинарные меры); формы деятельности семьи, в которые вовлечен ребенок; роль ребенка в семье.

На следующем этапе задают ряд вопросов с целью сбора **анамнеза жизни**. Где родился ребенок? Как протекали беременность и роды (если были осложнения, надлежит получить о них более подробные сведения)? Масса тела при рождении? Какие-либо заболевания в неонатальном периоде? Сроки профилактических прививок; осложнения после вакцинации? Ранняя разлука с матерью (или какие-либо проблемы, касающиеся формирования эмоциональных связей между матерью и ребенком)? Овладение моторными и речевыми навыками? Серьезные заболевания? Типы школ, которые посещал ребенок?

В заключение остается выяснить, какой у ребенка **темперамент**, и получить представление об **особенностях его характера**. Легко ли было приучить его к режиму, всегда ли он регулярно спал и ел? Насколько хорошо он приспосабливается к новым ситуациям? Насколько сильно проявляет свои эмоции? Насколько ребенок обычно общителен? Быстро ли

он вступает в контакт — или, напротив, заторможен и медленно «разогревается»?

## БЕСЕДА С РЕБЕНКОМ

Описанная далее процедура базируется на методике, разработанной в Park Hospital (Оксфорд). При собеседовании с детьми старшего возраста можно использовать примерно тот же подход, что и при работе со взрослыми пациентами. Но к детям младшего возраста формализованная процедура исследования зачастую неприменима. Используйте любую возможность для наблюдения за поведением ребенка, которое нужно описывать систематически и объективно. Старайтесь избегать широких обобщений на базе клинических впечатлений. Не забудьте выяснить точку зрения ребенка на соответствующие ситуации, включая его симпатии, антипатии и надежды на будущее. Установить контакт и поддерживать по-настоящему продуктивное и полезное общение с ребенком удастся лишь при условии, что он почувствует искренний интерес, теплое и уважительное отношение к себе. К эмоционально насыщенным темам подводите разговор постепенно и осторожно, употребляя доступные для ребенка слова и выражения (при работе с детьми младшего возраста целесообразно использование игр).

**Если вам необходимо прямое сотрудничество ребенка, прямо попросите его об этом.** Не прибегайте к привычной вежливой формулировке типа «*А ты бы не хотел?..*» или «*Не мог бы ты мне немножко помочь?*». Вполне возможно, что ребенок по простоте душевной ответит на это отрицательно, — тут-то вы и влипли.

## ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

### Общее поведение

Одежда и внешний вид.

*(Выглядит ли ребенок ухоженным?)*

Взаимодействие ребенка с родителями и его реакция на разлуку с ними.

*(Могут ли и хотят ли родители заниматься с ребенком; возникают ли у него вспышки раздражительности при разлуке с ними?)*

Эмоциональные реакции и взаимоотношения с врачом.

*(Опишите собственные впечатления о качестве взаимодействия с ребенком.)*



Привычки и постоянные формы поведения.  
(Имеются ли у ребенка тики, нарушения речи, стереотипные движения?)  
Описание хода беседы.  
(Что происходит в процессе интервью: чем занимается ребенок — рисование, игра; проявляются ли какие-либо эмоции — плач, гнев?)

## Тревога и настроение

Признаки внутреннего напряжения и грусти (включая соответствующее выражение лица, высказываемые или проявляющиеся другим путем опасения, плаксивость).  
Охвачен ли ребенок страхами, беспокойством; есть ли признаки поглощенности депрессивными мыслями?  
Производит ли ребенок впечатление беспокойного, расторможенного, напористого или агрессивного?  
Кажется ли ребенок апатичным, отгороженным или застенчивым?

## Речь (форма)

Спонтанность, плавность.  
(Трудно ли побудить ребенка высказаться или же он говорит легко и свободно, без заминок; происходит ли нормальный речевой обмен?)  
Дефекты просодии, артикуляции или ошибки в построении структуры предложений.  
Связность.  
(Можно ли проследить за ходом мыслей ребенка или же его речь постоянно теряет смысл?)

## Речь (содержание)

Внимание и его устойчивость.  
(Легко ли ребенок отвлекается? Не нарушается ли его внимание галлюцинаторными переживаниями?)  
Степень и продолжительность сохранения интереса к определенной теме, деятельности или объекту.  
(Не «перескакивает» ли ребенок беспрестанно от одной темы к другой?)  
Спонтанное нарушение внимания.  
(Отмечаются ли внезапные обрывы речи, потеря мысли?)

## Уровень активности

Высокая активность.  
(Особое внимание следует обратить на проявления «гиперактивности» или «гиперкинезы».)

## Функции интеллекта

Приблизительная оценка навыков чтения, правописания, счета, письма, уровня общих знаний.  
Попросите ребенка написать имя и адрес, нарисовать человека, скопировать треугольник, многоугольник, крест и круг.  
В идеале желательно, чтобы клинический (или школьный) психолог провел тестирование, включающее оценку базовых интеллектуальных способностей, уровня усвоенных в процессе обучения знаний и навыков, а также выявление и анализ конкретных проблем в обучении.

## ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

Затребуйте школьный табель успеваемости, а для детей младшего возраста — характеристику из детского сада или игровой группы. Следует также установить контакт с любыми другими учреждениями, вовлеченными в работу с данным ребенком.

## ЭТИОЛОГИЯ

### Предрасполагающие факторы

Восприимчивость ребенка к психическим расстройствам повышается под действием определенных факторов. **Генетические влияния** могут быть *прямыми*, как в случае передачи от родителей детям маниакально-депрессивного расстройства, или *непрямыми*, когда родители отвергают ребенка из-за **особенностей его темперамента**, что, в свою очередь, приводит к формированию расстройства. С точки зрения предотвращения развития психического заболевания особую роль, по-видимому, играет *оптимальное соответствие среды* потребностям конкретного ребенка. Например, у трудного ребенка, воспитываемого в стабильной семье с теплыми взаимоотношениями, риск развития поведенческого расстройства меньше, чем у детей с аналогичными особенностями, живущих в нестабильных, конфликтных семьях. При **умственной отсталости** или **специфических нарушениях развития** (таких, например, как запаздывание в развитии навыков чтения) отмечается повышенная вероятность развития психических нарушений.

Также важна **привязанность** ребенка к родителям в раннем возрасте. Кратковременные разрывы отношений в период младенчества обычно не имеют серьезных долгосрочных последствий. Вопреки

распространенному мнению, при наличии адекватной альтернативной опеки многие дети способны пережить даже тяжелый разрыв тесных привязанностей (например, смерть родителей) без глубокой психологической травмы. Однако если такая утрата или разлука приводит к хроническому дефициту опеки или если ей предшествовал сопровождавшийся конфликтами распад семьи, то у ребенка может развиваться так называемая **незащищающая привязанность**, что, в свою очередь, нередко влечет за собой проблемы в старшем детском или подростковом возрасте. Так, у детей, родители которых развелись, риск развития психических расстройств выше, чем в случаях, когда один из родителей умер. Формирование незащищающей привязанности может быть обусловлено и другими причинами, например психическим или личностным расстройством у кого-либо из родителей, воспитанием в неблагоприятных условиях детского дома и т.п.

### **Провоцирующие и поддерживающие факторы**

Психические расстройства у детей часто провоцируются неблагоприятными воздействиями, особенно такими внутрисемейными факторами, как плохие супружеские взаимоотношения между родителями. Отмечается также тесная связь между **психическим заболеванием у кого-либо из родителей** и соответствующими проблемами у детей. Это обусловлено, по-видимому, в основном изменением качества родительской опеки. Так, мать, страдающая депрессией, не в состоянии достаточно чутко реагировать на потребности ребенка и с должной последовательностью добиваться от него постоянного соблюдения дисциплины. Значительную роль могут играть также эмоциональные или сексуальные **злоупотребления**.

Провоцировать или поддерживать психические нарушения у ребенка способны и внешние по отношению к семье факторы, например трудности в школе, связанные с учебой или с постоянной агрессией со стороны задиристых одноклассников. Иногда эмоциональное или поведенческое расстройство возникает вследствие **физической травмы**. Например, тяжелая черепно-мозговая травма может оказать непосредственное влияние на функцию головного мозга.

### **МНОГООСЕВОЙ ДИАГНОЗ**

Различные компоненты имеющегося у ребенка комплекса проблем регистрируют отдельно, применяя **многоосевой подход**:

1. **Психопатологические синдромы.**
2. **Специфические расстройства развития.**
3. **Уровень интеллектуального развития.**
4. **Соматические расстройства.**
5. **Неблагоприятные психосоциальные условия.**

При использовании такой схемы гораздо легче точно сформулировать проблемы, имеющиеся у ребенка. Так, в случае, когда расстройство поведения (ось 1), специфическое расстройство навыков чтения (ось 2) и эпилепсия (ось 4) присутствуют у ребенка из семьи, где между родителями часто возникают ссоры и драки (ось 5), кодирование диагноза осуществляется по четырем характеристикам.

## **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ**

Эмоциональные и поведенческие нарушения у детей можно разделить на несколько синдромов — примерно так же, как и в психопатологии взрослых. Однако важно отметить, что у детей эти состояния менее четко дифференцируются: между ними существует значительное сходство, а нередко они частично совпадают (особенно у детей младшего возраста). Например, у ребенка с депрессией часто присутствуют и другие эмоциональные симптомы (такие как тревога), а гиперкинетическому расстройству обычно сопутствуют проблемы с поведением. Кроме того, существуют возрастные различия в симптоматике. В частности, на неблагоприятные воздействия дети младшего возраста более склонны реагировать такими симптомами, как регрессия, а у подростков при аналогичных условиях более вероятно развитие депрессии.

### **Эмоциональные расстройства**

Большинство эмоциональных расстройств детского возраста представляют собой крайнее выражение нормальных тенденций в развитии, а не являются чем-то качественно отличным от нормы. Они, как правило, первоначально возникают на соответствующем этапе развития. Например, для детей дошкольного возраста вполне нормально испытывать (в определенной степени) тревогу при расставании с людьми, к которым они привязаны. Если же такая тревога чрезмерно усиливается или не проходит по мере того как ребенок становится старше, это дает основания для диагноза **тревожного расстройства, вызванного разлукой** в детс-

ком возрасте. Точно так же, если страх перед незнакомыми людьми (вполне нормальный в раннем детстве) сохраняется у школьника и (или) сочетается с нарушением социального функционирования, то оправдан диагноз **социального тревожного расстройства**. У подростков специфические фобии наблюдаются реже, но если такие страхи все же возникают, то проявляются в виде **отказа от посещения школы** или в форме **невротического расстройства** (как у взрослых), например **социальной фобии** или **агорафобии**.

**Тревожные расстройства** входят в число наиболее распространенных нарушений психики в детском возрасте. Они отмечаются примерно у 3% десятилетних детей. В их этиологии определенную роль играют *генетические факторы*: дети с врожденной склонностью к заторможенности в общении (им свойственно поначалу чувствовать себя скованно при контакте и лишь постепенно, медленно «разогреваться») относятся к группе самого высокого риска. Родителям часто присуща повышенная тревожность, что проявляется в их поведении, например в форме гиперопеки. В некоторых случаях тревога провоцируется стрессом; это особенно характерно для специфических страхов.

Лечение тревожных расстройств включает в себя: меры, направленные на *устранение стресса*; *бихевиоральную терапию* отдельных симптомов (например, с использованием техники градуированного воздействия факторов, вызывающих страх); применение *общих методов снятия тревоги* (например, техники релаксации). В тяжелых случаях иногда могут принести пользу анксиолитики, однако их не следует назначать на длительный срок. Прогноз при тревожном расстройстве обычно благоприятный, тем не менее в одной трети случаев отмечаются повторные эпизоды. При возникающих в подростковом возрасте невротических расстройствах «взрослого» типа (например, агорафобия) прогноз хуже.

## Аффективные расстройства

Депрессивные расстройства могут возникать даже в препубертатном возрасте, и такие случаи действительно встречаются, хотя и нечасто (распространенность менее 1%). В среднем подростковом возрасте показатель распространенности достигает 2% у мальчиков и 4% у девочек. Основные клинические признаки главным образом те же, что и у взрослых (см. гл. 13), но дети препубертатного возраста, страдающие депрессией, предъявляют боль-

ше соматических жалоб; кроме того, у них сильнее выражена тревога, чем у подростков и взрослых с аналогичным заболеванием. Маниакальное состояние крайне редко развивается до начала пубертатного периода, но почти у 10% взрослых с маниакально-депрессивным расстройством первый эпизод был отмечен в подростковом возрасте. В раннем детстве при тяжелой депривации или жестоком обращении иногда развивается состояние аутизма и задержки в развитии (*анаклитическая депрессия*).

У многих детей и подростков с депрессивными расстройствами родители также страдают этим заболеванием, но такая связь отражает скорее влияние средовых факторов (например, неадекватное выполнение родительской роли), чем генетических. Депрессия у молодых людей часто провоцируется неблагоприятными воздействиями. Помощь заключается в устранении или ослаблении влияния этих факторов, проведении индивидуального психотерапевтического лечения (например, когнитивно-бихевиоральной терапии, которая может быть использована в случаях, когда ребенку не менее 10 лет) и (или) семейной терапии. Подросткам при тяжелых депрессиях с признаками эндогенного процесса могут принести пользу антидепрессанты, однако применять их следует с осторожностью, учитывая опасность передозировки. Большинство детей, страдающих депрессией, выздоравливают в течение нескольких месяцев, но у многих на протяжении последующих двух лет наступает рецидив.

**Самоубийство** — крайне редкое явление среди детей, не достигших периода полового созревания, однако все же такие случаи бывают. Чаще встречается **самоотравление**, но обычно это не следствие депрессивного расстройства, а импульсивный поступок, в основе которого лежит побуждение привлечь внимание к ситуации, вызывающей острое ощущение неудовлетворенности.

## Соматизация

У значительной части детей, обращающихся в медицинские учреждения, присутствуют необъяснимые соматические симптомы, например боль в животе или головные боли. Среди таких пациентов можно обнаружить существенно повышенную распространенность эмоциональных расстройств, но никаких иных нарушений со стороны психики у них, как правило, нет. Обычно оказывается, что в семьях, где растут эти дети, есть определенные проблемы со здоровьем, а родители и другие близкие ребенка демонстрируют высокие ожидания в

отношении его академической успеваемости. В большинстве подобных случаев ребенок попадает в *затруднительное положение*, при котором другие приемлемые пути выхода из создавшейся ситуации блокируются. Лишь соматизация (см. гл. 15) открывает возможность избежать нежелательных обстоятельств и сопряженного с ними стресса. Например, ребенок может чувствовать себя неспособным достичь ожидаемого семьей уровня успеваемости. Существовавшие и ранее (у самого ребенка или у кого-либо из его родственников) соматические нарушения определяют характер демонстрируемой симптоматики. При лечении необходимо тесное сотрудничество между педиатром и психиатром; следует добиваться смещения внимания членов семьи с соматических на психологические аспекты проблемы, в то же время делая акцент на возвращении — в максимально возможной степени — к нормальной жизни (в частности, ребенок должен регулярно посещать школу).

## Расстройства поведения

Расстройства поведения характеризуются **повторяющимися проявлениями антисоциального поведения, которые длятся, по меньшей мере, 6 месяцев**. У детей младшего возраста в клинической картине доминируют *явно* оппозиционные формы поведения, например открытое непослушание, враждебность и стремление к разрушительным действиям, находящиеся — вне всяких сомнений — за пределами нормы. В старшем детском возрасте наблюдаются такие формы поведения, как воровство, прогулы, драчливость, лживость, побеги из дому, а в наиболее тяжелых случаях дело может доходить до поджогов, актов жестокости по отношению к другим детям или к животным. Обычно расстройства поведения наблюдаются у детей, не имеющих нормальных взаимоотношений со сверстниками, хотя иногда встречаются и у тех, кто в общем хорошо интегрирован в группу своих ровесников.

В городах расстройства поведения отмечаются примерно у 5% детей десятилетнего возраста; в сельской местности показатели несколько ниже. У мальчиков подобные нарушения встречаются вдвое чаще, чем у девочек. Расстройство поведения отнюдь *не* идентично делинквентности (преступность несовершеннолетних), которая намного более распространена среди мальчиков и юношей, причем преобладание лиц мужского пола среди несовершеннолетних правонарушителей выражено гораздо резче. Прослеживается устойчивая связь между пове-

денческим расстройством и семейными факторами, особенно такими, как противоречивые внутрисемейные взаимоотношения и личностное расстройство у матери или отца. Видимо, имеют значение непоследовательность и несогласованность требований, предъявляемых родителями к ребенку, чрезмерно критическое и отвергающее отношение к нему. Роль генетических факторов неясна, хотя создается впечатление, что если признаки «трудного характера» проявляются уже в раннем детстве, это указывает на повышенный риск развития в ближайшем будущем поведенческого расстройства. Примерно треть детей с расстройствами поведения испытывают затруднения при освоении навыков чтения.

Выбор метода лечения во многом зависит от характера нарушений в поведении, а также от степени вовлеченности родителей. Могут быть эффективны бихевиоральные техники, особенно у детей младшего возраста. Родителям нередко приносит ощутимую пользу простой совет относительно того, как справиться с нежелательным поведением ребенка. Лекарственные препараты, как правило, не дают положительных результатов. Необходимо учитывать, что дети с расстройствами поведения, нарушая общепринятые нормы, часто вступают в конфликт с различными структурами в своей микросоциальной среде (в микрорайоне по месту проживания, в учебном заведении и др.), и потому в процессе оказания им помощи очень важно установить и поддерживать тесные контакты с другими учреждениями, такими как школа, суд по делам несовершеннолетних и т.п. При серьезных нарушениях поведения может быть целесообразно перевести ребенка в специальную школу или другое учебное заведение типа интерната.

Исход поведенческих расстройств бывает различным. При небольшом количестве симптомов и хороших взаимоотношениях со сверстниками прогноз, как правило, благоприятный. Раннее начало расстройства, неудовлетворительные отношения со сверстниками, множество разнообразных симптомов указывают на высокий риск развития личностного расстройства и криминального поведения. Почти у всех взрослых с диссоциальным личностным расстройством (см. с.60) в детском возрасте было расстройство поведения.

## Гиперкинетические расстройства

Для гиперкинетических расстройств типично раннее начало; они характеризуются сочетанием *гиперактивного поведения и выраженной невнимательности*. Соответствующий диагноз устанавли-

вают в случаях, когда эти два нарушения наблюдаются более чем в одной ситуации (например, дома, в школе, в клинике) и сохраняются в течение длительного времени. Особые затруднения при диагностике возникают, если ребенку меньше пяти лет, поскольку в этой возрастной группе существует значительный разброс в уровнях нормальной активности. Гиперкинетическое расстройство часто сопровождается некоторыми другими отклонениями от нормы, такими как импульсивность, нарушения поведения и связанные с обучением трудности того или иного рода.

Показатели распространенности гиперкинетических расстройств колеблются в широких пределах — от 0,1% в Великобритании до 5% в Северной Америке; такие расхождения, очевидно, обусловлены различиями в диагностической практике. У мальчиков это расстройство встречается в четыре раза чаще, чем у девочек.

В этиологии имеет значение дисфункция головного мозга, связанная с генетическими факторами или с его повреждением в раннем возрасте. Было подозрение, что к развитию расстройства причастны также пищевые добавки, широко используемые в продуктах питания в настоящее время, но попытки доказать это не увенчались успехом. Иногда гиперкинезы могут быть следствием социальной депривации в раннем возрасте.

Прежде чем наметить определенную стратегию лечения, следует провести беседу с родителями, посвященную обсуждению вероятной роли биологических факторов. Хороший эффект при гиперкинетических расстройствах дают бихевиоральные программы, в процессе которых ребенка побуждают концентрировать внимание, удерживая сосредоточение в течение все более длительных периодов времени (особенно ощутимых результатов удается достичь, если такой тренинг проводится и дома, и в школе). Многие родители пробуют использовать те или иные виды диет, и если они не носят чрезмерно ограничительного характера, а родители чувствуют их полезность, есть смысл продолжать диетотерапию. В тяжелых случаях могут быть очень эффективны стимуляторы, например метилфенидат, хотя при этом не исключено побочное действие (депрессия, угнетение аппетита и др.). Гиперкинетические расстройства сопряжены с повышенным риском расстройств поведения в подростковом возрасте.

## Общие расстройства развития

Эта группа расстройств характеризуется следующими признаками:

1. Начало в возрасте до трех лет.
2. Выраженная неадекватность в социальных взаимодействиях (проявляющаяся, например, в социальной отгороженности и отсутствии реакции на других людей).
3. Нарушения в общении (недостаточность навыков социального поведения, а в тяжелых случаях — отсутствие целенаправленной, используемой для общения речи).
4. Ограниченный, стереотипный репертуар интересов (например, поглощенность какими-либо необычными занятиями).

Наиболее известным расстройством является **детский аутизм (синдром Каннера)**. Его распространенность — приблизительно 4 на 10000; у мальчиков это состояние встречается в четыре раза чаще, чем у девочек. У двух третей детей с аутизмом наблюдается умственная отсталость. Иногда данное расстройство сочетается с врожденной краснухой или синдромом хрупкой (фрагильной) X-хромосомы (описание см. на с.220), но в большинстве случаев при аутизме не удается обнаружить никакой соматической патологии. Согласно данным близнецовых исследований, существенное значение имеют генетические факторы.

Прогноз при аутизме весьма неблагоприятный: как правило, больной даже в зрелом возрасте не в состоянии вести самостоятельный образ жизни. При легких вариантах аутизма (**синдром Аспергера**), не сопровождающихся умственной отсталостью и нарушениями речевой функции, прогноз лучше.

Аутизм следует дифференцировать от **дезинтегративных расстройств**, при которых наблюдается потеря приобретенных навыков.

Какого-либо специфического лечения аутизма не существует, однако больным детям и их семьям можно оказать существенную поддержку, предоставляя соответствующие возможности для получения образования, а также другую практическую помощь.

## Психотические расстройства, аналогичные наблюдаемым у взрослых

Шизофрения у детей препубертатного возраста встречается очень редко, однако в подростковом возрасте наблюдается быстрый рост ее распространенности. Установить диагноз иногда очень трудно, поскольку расстройство часто развивается исподволь, незаметно; к тому же у большинства за-

болевших подростков и прежде — в преморбидном периоде — отмечались социальная отгороженность и определенные странности. Существенные сложности возникают также и при дифференциальной диагностике с маниакально-депрессивным расстройством. Подростки с психотическими заболеваниями, как правило, нуждаются в госпитализации для обследования и лечения в условиях стационара.

## Энурез и энкопрез

В пятилетнем возрасте 10% детей все еще не всегда удерживают мочу ночью, а около 3% — и днем. Неорганический энурез — несвоевременное опорожнение мочевого пузыря ребенком старше пяти лет при отсутствии органической патологии — может быть ночным, дневным или смешанным. Чаще всего причиной такого недержания является генетически обусловленное запоздалое созревание нервных путей, ответственных за контроль мочеиспускания. Однако среди пациентов с энурезом, направляемых к детскому психиатру, обычно отмечается также повышенная частота нарушений поведения, особенно у девочек и у тех, кто страдает недержанием мочи в дневное время. Поддерживающим фактором при энурезе нередко выступает непоследовательный и негативный подход к выработке культурно-гигиенических навыков.

При ведении пациентов с энурезом в первую очередь необходимо тщательно собрать анамнез и провести соматическое обследование. Такие симптомы, как боль при мочеиспускании или выделение мочи по каплям, являются показанием для углубленного обследования, но обычно бывает достаточно клинического анализа и посева мочи. Ребенка пяти-шести лет можно успокоить, объяснив, что подобные неприятности случаются со многими его сверстниками — и в посещаемой им группе детского сада (или среди его одноклассников) наверняка у кого-нибудь еще есть такая же проблема; в заключение нужно заверить его, что улучшение, скорее всего, наступит в ближайшие несколько месяцев. Детям более старшего возраста показаны бихевиоральная терапия, предусматривающая вознаграждение за «сухие ночи», «тренировка мочевого пузыря» (ребенка с дневным энурезом вознаграждают за продление интервалов между мочеиспусканиями), а также использование метода «тревожной сигнализации» (в его основе лежит применение приспособления, включающего звонок или зуммер, когда ребенок во время сна мочится в постель). Назначение трициклических антидепрессантов оправдано в случаях, когда необходимо гарантировать устранение эну-

реза на несколько ночей (например, на время поездки в лагерь), но эти препараты не следует применять систематически. В терапевтически резистентных случаях можно использовать вазопрессин.

К четырем годам только у 3% детей наблюдаются проявления недержания кала (раз в неделю или чаще), к десяти — одиннадцатилетнему возрасту этот показатель уменьшается до 1%. В большинстве случаев это, по-видимому, вторичное явление, связанное с предшествующим запором, и лишь у меньшей части детей отмечается энкопрез — опорожнение кишечника (с выделением кала нормальной консистенции) в неподходящих для этого условиях, при несоблюдении элементарных культурно-гигиенических требований. У мальчиков это нарушение встречается в три раза чаще, чем у девочек. Его причинами могут быть слишком суровое принудительное обучение навыкам пользования горшком или туалетом, эмоциональные расстройства, расстройства поведения (в этом случае ребенок может намеренно загрязнять калом помещения, одежду и другие предметы, проявляя таким образом свою агрессивность), а также жизненные потрясения. Важными провоцирующими и поддерживающими факторами являются запоры, иногда — анальные свищи.

Оценка состояния ребенка при данном расстройстве включает в себя полное соматическое обследование (в том числе ректальное) и тщательную регистрацию частоты энкопреза, а также обстоятельств, в которых он проявляется.

Приступая к лечению, следует прежде всего успокоить пациента, разъяснив, что вовсе не он один страдает от подобных неприятностей. Родителям советуют не наказывать ребенка за недержание кала, а поощрять выработку соответствующих культурно-гигиенических навыков, в частности приучая его посещать туалет после каждого приема пищи. Процесс модификации поведения, известный как *шейпинг* (формирование), наглядно отображается на специальной схеме; при этом следует разработать систему вознаграждений за достижения (обычно для этих целей используют таблицу, где успехи ребенка отмечаются звездочками). Может возникнуть необходимость лечения сопутствующего психического расстройства. При лекарственной терапии энкопреза следует использовать средства, вызывающие увеличение объема и разжижение кишечного содержимого, и слабительные *per os*.

## Нервная анорексия

В большинстве случаев нервная анорексия развивается в возрасте от 14 до 19 лет. Клиническая

картина сходна с наблюдаемой у взрослых; аналогичен и подход к лечению (см. гл. 14) — специфика состоит лишь в том, что если пациентом является ребенок или подросток, делается больший акцент на работе с семьей. В случаях, когда анорексия начинается в препубертатном возрасте, прогноз неблагоприятен.

## Проблемы с посещением школы

Хотя само по себе непосещение школьных занятий, разумеется, не может рассматриваться как психопатологический синдром, однако это чрезвычайно часто встречающаяся и потому заслуживающая внимания проблема. Наиболее типичная форма — **прогулы**, которые можно определить как *неявку ученика на уроки при сокрытии им факта своего отсутствия на занятиях от родителей*. Они нередко представляют собой одно из проявлений расстройства поведения и, следовательно, коррелируют с такими факторами, как многодетная семья, непоследовательность подхода родителей к воспитанию ребенка, а также трудности в освоении навыков чтения. Прогулы не следует путать с **отказом от посещения школы**, когда *ребенок остается дома, поскольку его расстраивает и выводит из душевного равновесия перспектива ее посещения*. Такое поведение обычно является симптомом эмоционального расстройства (в особенности тревожного расстройства в связи с разлукой в детском возрасте) и часто сопровождается депрессией. Для обеспечения «законного права» пропустить занятия ребенок обычно предъявляет жалобы на определенные соматические симптомы. Термин **уклонение от школы** употребляют в случаях, когда *ребенок не посещает учебное заведение с согласия родителей*. Меры, принимаемые при плохом посещении школы, зависят от конкретных обстоятельств, но во всех случаях следует прилагать максимум усилий, чтобы как можно скорее вернуть ребенка к учебе. При решении этой задачи очень важно наладить тесное сотрудничество со школой и другими структурами системы образования.

## СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ

Специфические расстройства развития начинаются в младенчестве или в раннем детском возрасте и выражаются в нарушении либо задержке развития *отдельных* психологических функций, таких

как язык и речь или чтение. Течение расстройства обычно ровное и непрерывное, без ремиссий и рецидивов или обострений, характерных для психопатологических синдромов. Нарушения часто смягчаются и постепенно сходят на нет по мере того как ребенок становится старше, хотя при некоторых разновидностях, например при специфическом расстройстве навыков чтения, определенные затруднения сохраняются и в зрелом возрасте. С точки зрения психиатра наиболее важными среди расстройств развития являются расстройства речи и чтения (и те и другие тесно связаны с поведенческими и эмоциональными проблемами).

**Специфические расстройства развития речи** по своему характеру могут быть сенсорными или экспрессивными. Обе разновидности проявляются замедлением процессов освоения языка и речи. Серьезные основания для беспокойства дают случаи, когда ребенок в шесть месяцев не выказывает никакого интереса к звукам, в возрасте одного года не пытается произносить повторяющиеся слоги, а в полтора не понимает простейших команд. Соответствующее специфическое расстройство развития следует дифференцировать с умственной отсталостью (наиболее частой причиной задержки развития речи): его отличие заключается в том, что речь отстает от общего уровня развития когнитивных функций. Запаздывание развития речевых навыков может быть связано с глухотой, аутизмом и избирательным мутизмом (который характеризуется тем, что ребенок, нормально владеющий речью дома, не способен разговаривать в другой обстановке).

При специфических расстройствах развития речи в семейном анамнезе обычно есть сведения об аналогичном расстройстве или родственниках ему нарушениях; представляется вполне вероятным, что во многих случаях оно генетически детерминировано. Однако иногда существенную роль играют средовые факторы, например депривация или отсутствие стимулирования. Часто удается помочь преодолеть подобные затруднения, проводя консультативную работу с родителями: им нужно посоветовать, как усовершенствовать в дальнейшем общение с ребенком, например выделив дополнительное время для игры с ним. Могут быть полезны также помощь логопеда и коррекция учебной программы.

**Специфическое расстройство чтения** характеризуется *изолированным* и при этом значительным нарушением навыков чтения. Его следует отличать от *общего отставания в освоении навыков чтения*, когда затруднения с чтением являются одним из симптомов задержки общего развития. Спе-



цифическое расстройство чтения обнаруживается примерно у 5% детей, причем у мальчиков встречается в три раза чаще, чем у девочек. Оно часто сопровождается недостаточностью восприятия, например неспособностью различать правое и левое. В этиологии определенную роль играют социальные факторы (например, многодетная семья, отсутствие в доме книг и т.п.), но некоторые формы, вероятно, генетически детерминированы. У детей с нарушением освоения навыков чтения отмечается повышенная частота проблем с поведением. Помощь в основном заключается в дополнительном обучении; некоторые дети нуждаются также в лечении сопутствующих психических расстройств. Многие из тех, кто страдал данным расстройством в детстве, испытывают трудности с чтением и в зрелом возрасте.

## НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

Как уже упоминалось, влияние семьи играет чрезвычайно важную роль в развитии психических расстройств у детей. Особенно возрастает риск при постоянных конфликтных взаимоотношениях между родителями, непоследовательном выполнении ими своих родительских функций, при чрезмерно суровом, грубом обращении с ребенком, отсутствии стимулирования, способствующего нормальному развитию. К числу подобных негативных факторов относится также психическое расстройство у кого-либо из родителей, хотя отрицательное действие, вероятно, связано скорее с такими его следствиями, как неадекватное исполнение родительских обязанностей и личные проблемы, чем с заболеванием как таковым. Неблагоприятные социальные обстоятельства, например неудовлетворительные жилищные условия (проживание в перенаселенной квартире) или нищета, также имеют большое значение.

К развитию у детей психических нарушений могут привести некоторые формы **неадекватного обращения**. Иные родители настолько постоянно демонстрируют враждебность и отвержение, что это должно рассматриваться как *эмоциональное злоупотребление*. *Сексуальные злоупотребления* в отношении детей могут выражаться не только в прямом сексуальном насилии или же в склонении к вступлению в половую связь, но также в форме ситуаций, когда ребенка принуждают стимулировать сексуальность взрослого. Подобные действия мо-

гут быть раскрыты по-разному. Иногда ребенок решается рассказать об этом кому-либо из близких; в других случаях жертва предъявляет определенные соматические жалобы (например, на боль в генитальной или анальной области); нередко у пострадавшего ребенка возникают нарушения в поведении. При данных обстоятельствах возможны любые виды поведенческих или эмоциональных расстройств, но особые основания заподозрить соответствующее злоупотребление дают такие признаки, как явно сексуализированное поведение ребенка, а у подростков — необъяснимые суицидальные попытки или побег из дому.

Следует упомянуть и такую форму неадекватного обращения, как *синдром Мюнхгаузена по доверенности* (см. с.207), при которой симптомы или признаки какого-либо заболевания у ребенка вызываются или фальсифицируются родителями.

## ОБЩИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

### Обсуждение, прояснение проблемы, диагноз, поддержка

Большинство проблем детского поведения вообще не попадают в поле зрения врачей, а направление к специалистам получают лишь очень немногие пациенты с подобными нарушениями. В повседневной медицинской практике не следует недооценивать значение предоставляемой родителям возможности поделиться своими волнениями и озабоченностью, прояснить характер затруднений, обсудить вопросы воспитания, получить совет или даже направление к специалисту. Нередко уже на этих этапах удается сформировать основу для правильного понимания проблемы или оказать эффективную психологическую поддержку.

### Психотерапия

Существуют различные стратегии исследования создавшейся ситуации, предоставления поддержки, достижения определенного понимания и разрешения проблем во взаимоотношениях, а также устранения или смягчения стресса. Иногда удается достичь оптимального положительного эффекта, дав ребенку возможность высказаться, объяснить свои чувства, покаяться, облегчить ощущение вины. Маленькие дети нуждаются в удобном месте для игры, в процессе которой они могли бы раскрыть психотерапевту испытываемый ими дистресс. В лечении подростков ис-



пользуются групповые формы психотерапии различного рода. Семейная терапия предполагает работу со всеми членами семьи как с единой группой в процессе ее «жизнедеятельности»; это позволит прояснить характер личностных реакций и выявить напряжения в отношениях, а затем наметить пути формирования более эффективных способов взаимодействия.

### Бихевиоральная терапия

Различные виды бихевиоральной терапии используются для модификации поведения путем поощрения его желательных форм и устранения нежелательных — будь то энкопрез, растройства поведения или нервная анорексия.

### Лекарственная терапия

Лекарства в детской психиатрии имеют ограниченное применение; в каждом случае решение об их использовании принимается обдуманно, при наличии веских показаний. Такая осторожность обусловлена тем, что мы все еще не знаем, какое именно действие окажут фармакологические препараты на незрелый мозг, на развивающийся организм ребенка; нельзя также не учитывать и проблему побочных эффектов.

### Посещение дневного стационара

Дневной стационар позволяет вести тщательное наблюдение за пациентом, обеспечить более длительное лечение, систематически проводить сеансы психотерапии определенных видов (например, игровую терапию), разрядить напряженные взаимоотношения в семье больного.

### Госпитализация

Возможности оказания помощи в условиях стационара исчерпываются двумя вариантами: госпитализацией либо в педиатрическое отделение, либо в специализированное детское психиатрическое отделение больницы.

### Передача под опеку

Такая мера, как передача под опеку, может потребоваться в случаях, когда проблемное поведение ребенка порождает крайне тяжелую, критическую ситуацию в семье или приводит к серьезным конфликтам с органами власти. Система юридических норм, имеющих отношение к семье и детям, была пересмотрена с принятием *Закона о детях 1989 года*. Главные принципы, декларируемые этим актом, — приоритет интересов ребенка, закрепление за родителями определенных обязанностей и ответственности; при этом долг местных властей — защищать благополучие ребенка, если возникает такая необходимость. Закон наделяет представителей местной власти полномочиями передавать ребенка под опеку, помещать в соответствующее учреждение или в приемную семью, если имеется высокая вероятность, что ему будет причинен значительный ущерб.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Graham, P. (1986) *Child Psychiatry: A Developmental Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Rutter, M. (1975) *Helping Troubled Children*. Harmondsworth: Penguin.

# 18 Расстройства сексуальных и репродуктивной функций

Эта глава посвящена нарушениям, так или иначе связанным с сексуальной и репродуктивной функциями; поэтому здесь рассматривается половое развитие человека в течение всего жизненного цикла. Мы начнем с описания расстройств половой идентификации, так как они возникают в дошкольном возрасте, затем перейдем к рассмотрению гомосексуализма, поскольку в его этиологии, по-видимому, имеют некоторое значение определенные особенности опыта детских лет и подросткового периода.

Во второй части главы излагается материал о распространенных сексуальных проблемах взрослых людей, причем особое внимание уделяется этиологии, а также проведению обследования и оценки состояния пациента. Раздел, посвященный описанию парафилий, краток, поскольку эти расстройства редко требуют медицинского лечения, так что пациенты с подобными нарушениями — скорее исключение в практике врача общего профиля.

Третья часть отводится расстройствам, имеющим отношение к репродуктивной функции. Они также рассматриваются в определенной последовательности, которая соответствует естественной: начиная от расстройств, связанных с менструальным циклом, — через беременность к послеродовому периоду — и заканчивая нарушениями, характерными для периода менопаузы.

## РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

### Расстройства половой идентификации (F64)

*Половая идентификация* означает осознание человеком своей принадлежности к мужскому или женскому полу, а *половая роль* представляет собой внешнее выражение этой идентификации в одежде и поведении. Этиология расстройств половой идентификации все еще не получила сколько-нибудь пол-

ного, убедительного объяснения. В большинстве случаев люди с такими расстройствами не отличаются от других носителей своего биологического пола ни в анатомическом, ни в гормональном, ни в генетическом отношении. Эксперименты на животных дают основания предполагать, что здесь могут иметь значение эндокринные влияния на развивающийся мозг в пренатальном периоде: так, если беременным макакам-резусам вводились андрогены, то у рожденных ими детенышей-самок наблюдалось поведение, сходное с типичным для детенышей-самцов того же возраста. Однако у людей наличие подобных гормональных отклонений не выявлено.

Возможно, многое зависит от модели воспитания в раннем возрасте: *«программа воспитания в соответствии с утвержденным полом»* традиционно включает в себя ряд символических компонентов: либо ребенка нарекают мужским именем, например «Джон», одевают как мальчика и дарят ему игрушечный самолет, либо — в противоположном случае — дитя получает имя «Джейн», ее наряжают как девочку и вручают куклу, которую полагается нянчить. Но опять-таки оказывается, что родители людей с транссексуальными наклонностями почти всегда уверяют, что придерживались обычных принципов воспитания, и отрицают какие бы то ни было отступления от общепринятой схемы. Данные ряда исследований позволяют утверждать, что усвоенное в дошкольном возрасте поведение, связанное с полом, имеет решающее значение для формирования в дальнейшем удовлетворенности соответствующей половой ролью. Любые девиантные формы поведения, приобретенные в раннем детстве, скорее подкрепляются, чем разрушаются под влиянием опыта, получаемого в период обучения в младших классах.

Легкие формы *половой дисфории* довольно распространены среди детей школьного возраста; едва ли не в каждом классе найдется ученик, который «не вписывается» в общество других мальчиков и не разделяет их интересов (сверстники часто бро-

сают ему презрительно что-нибудь вроде «эх ты, девчонка!»), или девочка-сорванец, которая, напротив, ни в чем не уступает мальчишкам и слывет среди них «своим парнем».

Представляется совершенно очевидным, что любой ребенок в процессе своего развития нуждается в удовлетворительной ролевой модели (взрослом человеке соответствующего пола, с которым он мог бы себя отождествлять) для обеспечения формирования адекватной половой идентичности.

## Транссексуализм

Транссексуализм — редкое расстройство, при котором человек постоянно переживает дискомфорт, обусловленный ощущением неадекватности собственного анатомического пола, что сочетается с сильным желанием освободиться от своих гениталий и поменять пол. Эти чувства впервые возникают в детстве. Типично желание принадлежать к другому полу; одеваясь как лицо противоположного пола, человек не приходит в состояние сексуального возбуждения, а испытывает облегчение. Такие пациенты негативно относятся к своим половым органам и требуют их хирургического устранения. Стремление стать «настоящим» представителем противоположного пола может служить примером *сверхценной идеи*. У мужчин транссексуализм встречается значительно чаще, чем у женщин (соотношение достигает 3:1); в Англии распространенность этого расстройства составляет среди мужчин 1 случай на 34000, среди женщин — 1 на 108000.

### МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ

Подобные пациенты обращаются к врачам с требованиями назначить гормональную терапию или произвести операцию по изменению пола. Их следует направлять в специализированную клинику. Иногда у человека, прежде вполне удовлетворенного своим полом, могут развиваться все клинические признаки данного синдрома в процессе психотического заболевания (чаще всего подобные явления наблюдаются при шизофрении). Существует устойчивая взаимосвязь между транссексуализмом и депрессивным расстройством; у больных часто возникают суицидальные идеи, нередко также случаи членовредительства.

## Гомосексуальность

Ошибочно полагать, будто бы каждый человек может быть либо исключительно гомосексуальным,

либо гетеросексуальным: известно, что многие сочетают обе формы половой активности. Согласно статистическим данным, полученным в США, примерно у трети мужчин в тот или иной период жизни (чаще всего в подростковом возрасте) был по крайней мере однократный гомосексуальный опыт с переживанием оргазма. Аналогичный показатель у женщин составляет около 6%. Исключительно гомосексуальный опыт имеют только 3% мужчин и 2% женщин.

Гомосексуальное поведение становится гораздо более распространенным в условиях изоляции от лиц противоположного пола (например, в тюрьмах); оно также представляет собой довольно обычное явление среди представителей тех немногочисленных культур, в которых гомосексуализм не порицается.

### ЭТИОЛОГИЯ

Поскольку конкордантность по гомосексуальности у монозиготных близнецов выше, чем у дизиготных, можно сделать вывод о наличии существенного *генетического компонента* в этиологии. Как уже упоминалось, на связанном с полом поведении ребенка могут отражаться эндокринные влияния, которым плод подвергался в процессе внутриутробного развития. Следует также подчеркнуть значение *родительских ролевых моделей*: обращающиеся за помощью пациенты с гомосексуальной ориентацией, как правило, сообщают о нарушенных взаимоотношениях с родителем того же пола. Если мальчик не имеет возможности отождествлять себя с отцом (который, например, оставил семью либо отличается слишком слабым, «немужским» характером) или если его зарождающаяся сексуальность находится под чрезмерным влиянием сверхопекающей матери, — весьма вероятно, что в будущем у него возникнут трудности в формировании сексуальных чувств к женщинам. На пороге периода созревания ребенок должен свести воедино три начала: осознание себя как носителя определенного пола, развивающуюся способность к сексуальному реагированию и способность к формированию близких эмоциональных взаимоотношений. Женподобный мальчик с большей вероятностью приобретет гомосексуальную ориентацию в пубертатном периоде, а юноша, не уверенный в своей мужественности, скорее всего не будет пользоваться популярностью у девушек, так что для него ранние попытки установления отношений с представительницами противоположного пола зачастую сопряжены с болезненными переживаниями. Однако те же мальчи-

ки (по сравнению с другими их сверстниками) могут оказаться более привлекательными для мужчин с нетрадиционной ориентацией, ищущих партнера с «немужскими формами», — и таким образом подростки попадают в гомосексуальный мир с менее жесткой конкуренцией.

Сходные рассуждения применимы и к женскому гомосексуальному поведению, хотя в этом случае определенную роль могут играть еще и дополнительные факторы: страх или отвращение по отношению к сексуальному поведению мужчин («гетерофобия»), намеренное избегание мужчин как часть феминистской позиции, а также неадекватное функционирование в гетеросексуальных ситуациях.

#### МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ

Наиболее важный аспект мужской гомосексуальности, непосредственно касающийся медицинских работников, — высокая распространенность среди соответствующего контингента заболеваний, передающихся половым путем. До 16% пациентов лондонских венерологических клиник, как оказалось, практикуют гомосексуальную активность (правда, в других регионах Соединенного Королевства этот показатель гораздо ниже). У таких больных обычно выявляются поражения в ротовой полости, анальной и генитальной областях.

До появления угрозы СПИДа обычным явлением для гомосексуальной практики было большое количество то и дело сменяющихся партнеров, что приводило к высокому риску заражения инфекционными заболеваниями, в том числе к многократным рецидивам. (Проблема кратковременных беспорядочных связей и частой смены партнеров, актуальная для мужчин-гомосексуалистов, совершенно не характерна для женщин аналогичной ориентации, и практикуемые ими формы сексуального поведения не связаны со столь высоким риском инфицирования. Поэтому женщины практически не представлены среди гомосексуальных пациентов с большинством заболеваний, передающихся половым путем.)

Хотя имеется немало сообщений о повышенной частоте тревоги и депрессии у мужчин-гомосексуалистов, на самом деле это относится, по-видимому, лишь к тем, кто не имеет стабильных отношений. Такая неспособность формировать прочные, длительные взаимоотношения, скорее всего, указывает на проблемы в сфере установления и поддержания межличностных контактов — а это явление гораздо более широкое, выходящее за рамки определенной сексуальной ориентации.

## СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВЗРОСЛЫХ

Сексуальные нарушения могут выражаться в различных формах, но самой распространенной и типичной при этом является ситуация, когда человек стремится к нормальной половой активности, однако не может реализовать это свое естественное желание. К **первичным сексуальным проблемам** относятся те, которые присутствуют с самого начала половой жизни; **вторичными** называют нарушения, возникающие после некоторого периода адекватной половой жизни.

### Эпидемиология

Надежных статистических данных почти нет. Сообщалось, что интенсивность нагрузки на специализированную сексопатологическую клинику, обслуживающую определенный район, составляет 64 консультации на 100000 человек (относящихся к группе риска) в год; однако результаты опросов населения позволяют сделать вывод о гораздо более широкой распространенности сексуальных проблем.

### Половой акт

В процессе полового сношения можно выделить три фазы: *влечение, возбуждение и оргазм*, — каждой из которых соответствует определенная иннервация. Если сексуальный интерес контролируется главным образом лимбической системой, то возбуждение — в основном парасимпатическим отделом вегетативной нервной системы (холин- и пептидергическая синаптическая передача), а оргазм — симпатическим ее отделом (адренергическая синаптическая передача). Эта схема представляет собой удобную основу для классификации различных сексуальных проблем.

Расстройства полового влечения могут возникать как у мужчин, так и у женщин. Нарушение возбуждения у мужчин приводит к затруднениям с эрекцией, а у женщин — к недостаточной lubricации и общей половой холодности. Отклонения в заключительной фазе вызывают преждевременную или отсроченную эякуляцию у мужчин и оргазмическую дисфункцию у женщин.

### Сексуальные проблемы мужчин

#### ОТСУТСТВИЕ ИЛИ ПОТЕРЯ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ (F52.0)

Отсутствие полового влечения может выступать как основное, первичное нарушение, обычно со-

провожающееся общей тревогой по поводу полового акта — как в личностном аспекте (с тем или иным конкретным партнером), так и во временном (в тот или иной определенный период жизни). Очень часто при подобных нарушениях важную роль играют психологические факторы (например, влияние связанных с сексом запретов, усвоенных в прошлом, или сложные взаимоотношения в настоящем), однако необходимо иметь в виду возможность органической патологии. Так, увеличение секреции пролактина, например при опухоли головного мозга, приводит к потере либидо как у мужчин, так и у женщин. Существенно влияет на влечение (у представителей обоих полов) соотношение концентраций тестостерона и эстрогена; более высокий уровень тестостерона оказывает стимулирующее действие.

#### ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ (F52.2)

Расстройства, приводящие к затруднениям при достижении или поддержании эрекции, могут быть первичными либо вторичными.

**Первичное нарушение эрекции** обычно возникает вследствие торможения половых процессов под влиянием запретов, связанных с сексом, или в результате трудностей, пережитых при первых ранних попытках сексуальных контактов. Органические дефекты в подобных случаях выявляются редко, хотя не следует исключать такую возможность.

**Вторичные нарушения эрекции** могут развиться после случайных неудач (например, в связи с приемом алкоголя, усталостью и т.д.), порождающих у мужчины тревогу и неуверенность в своей способности к осуществлению полового акта, что влечет за собой следующие неудачи — и таким образом формируется порочный круг.

Нередко имеют значение также органические факторы. По некоторым оценкам, до 85% мужчин, испытывающих затруднения с эрекцией, страдают теми или иными соматическими расстройствами, но даже и в этом случае тревога и сомнения в собственной способности совершить половой акт играют существенную роль, ухудшая состояние больного. К нарушению эрекции иногда приводят такие заболевания, как *диабет* и *рассеянный склероз*. Вероятность эректильной дисфункции повышается с возрастом, поскольку в процессе старения организма развиваются определенные физиологические изменения, влияющие на силу эрекции и легкость ее возникновения; дальнейшее прогрессирование нарушений может быть

обусловлено *атеросклеротическим сужением* артерий полового члена. При наличии серьезного заболевания, например стенокардии, многие опасаются возможных негативных последствий возбуждения, необходимого для проведения полового акта, и это беспокойство препятствует наступлению эрекции.

#### ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ (F52.4)

Преждевременная эякуляция — чрезвычайно распространенное явление, которое отмечается у 6% мужчин в тот или иной период их половой жизни. Данное расстройство часто возникает после первого сексуального опыта при обстоятельствах, когда уединение в любой момент может быть нарушено и потому половой акт совершается в спешке (например, на заднем сиденье автомобиля или же в родительском доме). В дальнейшем нарушение фиксируется тревогой и невольным ожиданием повторной неудачи такого рода. Иногда преждевременная эякуляция происходит после более или менее длительного периода нормального регулирования; обычно этому предшествует психотравмирующий опыт определенного типа.

#### ЗАДЕРЖАННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ

Задержка семяизвержения встречается гораздо реже, чем преждевременная эякуляция. В большинстве случаев это расстройство вызывается побочным действием определенных лекарственных препаратов, в особенности трициклических антидепрессантов. Однако иногда подобные нарушения наблюдаются у мужчин, у которых трудно возникает возбуждение, и они для достижения эякуляции обычно мастурбируют.

#### РЕТРОГРАДНАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ

При ретроградной эякуляции происходит выброс спермы в мочевой пузырь вместо извержения ее наружу. Данное расстройство чаще всего обусловлено последствиями простатэктомии — как трансуретральной, так и интраабдоминальной.

#### БОЛЕЗНЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ

Жалобы на боль при эякуляции предъявляются очень редко. К наиболее вероятным причинам подобных ощущений относятся инфекционное заболевание или болезненный спазм мышц.

## Сексуальные проблемы женщин

### ОТСУТСТВИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ВЛЕЧЕНИЯ (F52.0)

У женщин отсутствие сексуального влечения часто связано с тормозящим влиянием запретов, внушенных родителями, и стереотипов, навязанных обществом, либо является следствием психотравмирующего опыта (например, изнасилование или инцест). Это расстройство может быть обусловлено повышением концентрации пролактина в крови и снижением соотношения тестостерон/эстроген (как и у мужчин). Нередко интенсивность желаний у женщин колеблется в зависимости от фазы менструального цикла. Многие на некоторое время теряют интерес к сексу после родов — по всей вероятности, в результате сочетания ряда факторов, таких как гормональная перестройка в организме, болезненные ощущения при половом акте (диспареуния) после эпизиотомии (рассечение промежности для облегчения родов), изменения во взаимоотношениях с супругом, а также страх перед новой беременностью.

### ОТСУТСТВИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ (F52.2) (ОБЩАЯ ПОЛОВАЯ ХОЛОДНОСТЬ)

У женщин, также как и у мужчин, возбуждение вызывает вазодилатацию и усиление кровоснабжения генитальной области. Это приводит у мужчин к наполнению кавернозных синусов пениса кровью, а у женщин — к образованию манжеты расширенных сосудов, опоясывающей нижнюю часть влагалища. Определенная часть жидкости из этих сосудов выделяется в виде транссудата во влагалище, обеспечивая тем самым его увлажнение — своего рода смазку (лубрикация). Даже не испытывая особого желаний к сексуальной близости, при адекватной стимуляции со стороны чуткого, внимательно партнера женщина, как правило, способна реагировать на его ласки, достичь возбуждения, результатом которого является лубрикация, и при половом акте пережить оргазм. Неспособность к соответствующему психосексуальному реагированию может быть следствием усвоенных в прошлом установок на запреты, негативного опыта или неблагоприятных условий в настоящее время (включая нарушенные взаимоотношения). Любая тревога, обусловленная обстоятельствами (например, в юности — страх быть застигнутыми при попытке сношения в родительском доме; у молодой матери — беспокойство, связанное с заботой о ребенке), ме-

шает женщине расслабиться и тормозит нормальные реакции. В самом начале половой жизни причиной затруднений обычно является неадекватная стимуляция ввиду неопытности партнера. Во всех случаях, когда женщина не достигает необходимой степени полового возбуждения, из-за недостаточности лубрикации, как правило, возникает диспареуния (см. ниже); таким образом нередко формируется порочный круг, приводящий к избеганию любых сексуальных контактов. Подобная ситуация часто складывается после родов.

Возбуждение у женщин (как и у мужчин) может нарушаться также в результате приема некоторых лекарств, при неврологических или сосудистых заболеваниях. В постклимактерическом периоде интенсивность лубрикации уменьшается вследствие снижения уровня эстрогенов.

### ДИСПАРЕУНИЯ (F52.6)

Возникающая при половом акте боль, какова бы ни была ее причина, подавляет возбуждение. Происхождение боли может быть связано с *эмоциональными факторами, инфекционными заболеваниями влагалища, воспалительными заболеваниями органов малого таза, эндометриозом, эпизиотомией*, а также с *операциями, повреждающими шейку матки*, что препятствует выходу матки из таза (как это бывает при нормальном половом акте) и создает условия для травмирования шейки матки половым членом.

### ОРГАЗМИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ (F52.3)

Около 10% женщин никогда не достигают оргазма ни при какой форме стимуляции. Из оставшихся примерно треть переживают оргазм в большинстве половых актов. Среди прочих большинство составляют женщины, реагирующие только на клиторную стимуляцию. Можно также выделить небольшую группу женщин, у которых оргазм наступает только в результате раздражения груди или исключительно под влиянием фантазий.

У некоторых женщин отсутствует нормальный бульбокавернозный рефлекс (раздражение клиторной железы приводит к сокращению мышц промежности), и потому они могут быть физиологически неспособны достичь оргазма. Однако в значительной части случаев, входящих в упомянутые 10%, женщина просто никогда не получала адекватной стимуляции со стороны партнера, будучи при этом слишком психологически заторможенной, чтобы решиться мастурбировать. Некоторые женщины, боясь потери контроля над собой в момент пережи-

вания оргазма, не в состоянии «расслабиться и допустить, чтобы это случилось».

#### ВАГИНИЗМ (F 52.5)

Вагинизм — это судорожное сокращение части тазовой мускулатуры, окружающей нижнюю часть влагалища, вследствие чего интромиссия чрезвычайно затрудняется или становится невозможной. Данное расстройство может быть первичным или вторичным. Первичный вагинизм лишь в редких случаях обусловлен органическими причинами (небольшими размерами или полным отсутствием влагалища либо слишком плотной девственной плевой): почти всегда в его основе лежит страх перед пенетрацией. При этом некоторые женщины способны нормально реагировать на возбуждение и даже достигать оргазма при клиторной стимуляции, но не в состоянии ничего принять внутрь влагалища — даже свой собственный палец или вагинальный тампон. Вторичный вагинизм может возникнуть в результате любых повреждений или заболеваний, вызывающих болезненные ощущения во влагалище.

### Этиологические факторы при половых дисфункциях

#### ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

К психологическим предрасполагающим факторам относятся: воспитание, при котором любые темы, касающиеся половой жизни, находились под строгим запретом; отсутствие адекватного сексуального просвещения и получение искаженной информации по соответствующим вопросам; ранний психотравмирующий опыт, например инцест или сексуальное насилие.

**Физические** факторы редко бывают причиной первичных сексуальных проблем, однако некоторые анатомические аномалии, например гипоспадия, болезнь Пейрони (фибропластическая индурация полового члена), или гормональные нарушения могут проявляться и в форме половых дисфункций. У людей с определенными физическими недостатками, с инвалидностью, обусловленной соматическими нарушениями, иногда возникают затруднения в сфере половой жизни, которые обычно удается преодолеть с помощью сочувственно настроенного партнера.

#### ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

При первых попытках вступить в половые отношения формируются провоцирующие факторы,

обуславливающие возникновение первичных расстройств. Деторождение, супружеская неверность, конфликты или другие проблемы во взаимоотношениях часто провоцируют развитие вторичных расстройств. Аналогичную роль может сыграть начавшееся соматическое заболевание или депрессивное расстройство, равно как и сексуальные нарушения, возникающие у партнера.

Соматическое заболевание может спровоцировать сексуальное расстройство прямо (как при диабете) или косвенно. Так, после перенесенного инфаркта миокарда нередко развивается импотенция и возникают проблемы с эякуляцией; потеря полового влечения может быть связана с депрессией или со скрытым страхом, что сексуальная активность приведет к повторному инфаркту.

Кроме того, половые дисфункции могут быть обусловлены и другими соматическими расстройствами: нарушения подобного рода часто наблюдаются у больных с почечной недостаточностью, нуждающихся в регулярном гемодиализе; у перенесших абдоминальную операцию, в результате которой создается стома (наружный свищ полого органа); после мастэктомии; при неврологических заболеваниях, приводящих к поражению спинного мозга; при периферической нейропатии.

Экстирпация матки обычно приводит к улучшению сексуальной деятельности благодаря устранению меноррагии, но если этот симптом прежде использовался как удобный повод для отказа от сексуальных отношений, то после операции могут стать очевидными другие проблемы. Послеоперационное сокращение влагалища может вызывать боль, способствуя развитию половой дисфункции.

Психологические и соматические факторы могут сосуществовать. Примерно у половины страдающих диабетом мужчин (в особенности пожилых) развивается импотенция. Но у многих при этом сохраняется утренняя эрекция, а также возникает эрекция при мастурбации; следовательно, механизм развития нарушения не может быть полностью объяснен органической патологией.

#### ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ НАРУШЕНИЕ ФАКТОРЫ

Поддерживающие факторы часто имеют большое значение. Тревога, возникающая при половом возбуждении, приводит к развитию вагинизма и импотенции, что нередко влечет за собой боль и стыд. Это может поставить под угрозу взаимоотношения, так как у одного из партнеров (а иногда и у



обоих) попытки к половому сношению будут в дальнейшем вызывать страх. Если подобные попытки все же предпринимаются, у партнеров возникает тревога предвосхищения, которая, усугубляя имеющиеся проблемы, ведет к очередным неудачам. Таким образом создается порочный круг, и нарушения фиксируются и углубляются. Неспособность партнеров обсуждать свои сексуальные проблемы, отсутствие адекватной информации (и, напротив, наличие неверных, искаженных представлений и стереотипов) о половой жизни, конфликтность общих взаимоотношений — все эти факторы способны поддерживать половые дисфункции и дисгармонию.

### Диагностика половых дисфункций

Хотя при половых дисфункциях нередко требуется помощь соответствующего специалиста, каждый врач должен уметь распознать и в общих чертах оценить подобные проблемы.

1. Иногда пациенты (или их партнеры) *предъявляют жалобы непосредственно на определенные сексуальные проблемы*, но часто подобные нарушения не представлены прямо, а выявляются при обращении к гинекологу, в службу планирования семьи или клинику по лечению бесплодия. В случаях, когда пациент испытывает стыд или чрезмерную неловкость при попытке дать конкретное описание своих сексуальных проблем, нередко обнаруживаются депрессия, тревога или сложности во взаимоотношениях.
2. Следует *оценить природу имеющейся проблемы и длительность ее существования*. Кто именно испытывает затруднения — сам пациент или его партнер? Являются ли нарушения первичными или вторичными? Какая фаза сексуальной активности нарушена? Имеется ли удовлетворяющий опыт мастурбации или сексуальных отношений с другим партнером? (При утвердительном ответе органические причины можно исключить.) В процессе такого опроса врач получает представление об отношении пациента к сексу и о его осведомленности в этой области. При сборе анамнеза следует уделять особое внимание сведениям, указывающим на соматическое заболевание или психическое расстройство (у любого из партнеров), так как оно может быть причиной изменений в сексуальных взаимоотношениях. С точки зрения этиологии представляет ценность также информация о принимаемых лекарственных препаратах.

3. Следует провести *соматическое обследование* для обнаружения возможных физических причин, порождающих проблему. Особенно важно исследовать вторичные половые признаки и сердечно-сосудистую систему, провести неврологическое обследование нижних конечностей. Импотенция иногда бывает первым проявлением сахарного диабета, поэтому стоит провести анализ мочи и реакцию Вальсальвы (см. табл. 18.1).
4. Необходимо *встретиться с партнером* для дополнения и уточнения анамнестических данных и выяснения его точки зрения на проблему. Когда оба партнера приходят на консультацию вместе, врач получает возможность оценить их способность к обсуждению вопросов секса и на основании своих наблюдений сделать выводы о том, порицает ли один из партнеров другого, а также об их отношении к лечению. Важно хотя бы один раз поговорить с каждым из супругов наедине, чтобы выяснить, нет ли у кого-то из них внебрачных связей. Воспитание и предыдущий сексуальный опыт также оцениваются в процессе индивидуальных бесед. Наряду с сексуальными изучаются и общие взаимоотношения пары.
5. Прежде чем приступить к проведению курса лечения, следует оценить связанные с ним ожидания партнеров, а также их готовность активно участвовать в реализации намеченной программы.

### Лечение сексуальных расстройств

#### ОБЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

**Прояснение проблемы**, всестороннее и открытое обсуждение сексуальных взаимоотношений помогают партнерам выработать способность более свободно говорить между собой о своих трудностях — иногда уже одно это само по себе приводит к разрешению сложностей. Нередки ситуации, когда положительных сдвигов в сексуальной сфере можно ожидать лишь после урегулирования общих взаимоотношений (что, однако, уже не является медицинской проблемой).

Благотворное действие обычно оказывают **просвещение** и **совет**. При этом врач предоставляет пациентам возможность усовершенствовать знания и опыт в сфере сексуальных отношений, способствует снижению уровня тревоги и помогает преодолеть торможение, связанное с внушенными в прошлом запретами, разрешая партнерам наслаждаться их собственной сексуальностью. Большое значение имеет



**Таблица 18.1. Данные анамнеза и обследования больного с вторичными нарушениями половых функций**

<i>Анамнез</i>		
Удовлетворительное функционирование при половых сношениях с другим партнером или при мастурбации?		Предполагает психогенное происхождение нарушений
Подавленное настроение?	(Мужчины) (Любой пол)	Нарушения эрекции Потеря либидо
Тревожность?	(Мужчины) (Женщины)	Нарушения эрекции Отсроченный оргазм
Недавно перенесенное заболевание или операция?	Инфаркт миокарда, илеостомия, колостомия, мастэктомия	Избегание сексуальной активности
Сложности в сексуальных взаимоотношениях в настоящее время?		Отсутствие полового влечения или удовлетворения, нарушения эрекции
Принимаемые лекарственные препараты?		
• Пероральные контрацептивы		Снижение возбуждения
• Кортикостероиды		Нарушения эрекции
• Парасимпатолитики	Пропантилин, производные фенотиазина, трициклические антидепрессанты	
• Симпатолитики	Метилдопа, гуанетидин, тразодон, тиоридазин	Нарушения эякуляции
<i>Мужчины</i>		
Указывает ли анамнез на вегетативную нейропатию?	Постуральная гипотензия, дисфункция мочевого пузыря	Нарушения эрекции
Возникает ли при нагрузке боль в ягодичной области?	(Консультация хирурга)	Синдром Лериша
<i>Женщины</i>		
Указывает ли анамнез на вагинальную инфекцию?		Диспареуния
<i>Обследование</i>		
Общее	Проверка на артериальную гипертензию, сердечно-сосудистые расстройства, сахарный диабет	
Утрата вторичных половых признаков		Гипогонадизм, гипофункция гипофиза
Вегетативная нейропатия, реакция Вальсальвы	Отсутствие изменений	Сахарный диабет
Неврологическое исследование нижних конечностей (включая кремастерные рефлексy, потерю чувствительности в перианальной области)		Спинальные расстройства, повреждение конского хвоста

улучшение общения между партнерами. Любой специалист, обладающий определенной подготовкой, способен дать простые, доступные разъяснения и рекомендации по соответствующим вопросам, и порой этого бывает достаточно, чтобы пара смогла разобраться в своих проблемах. В тех случаях, когда главным образом требуется специализированное лечение, оно должно быть направлено на постепенное усиление позитивной стимуляции, в процессе чего партнеры, доставляя удовольствие каждый себе и друг другу взаимными ласками, таким «обходным путем» со временем достигают возбуждения и приходят к оргазму, если это возможно.

Иногда нормальным сексуальным отношениям мешает страх перед беременностью (и тогда возникает потребность в *консультации по вопросам контрацепции*) или, напротив, перед бесплодием. Любые подобные страхи следует выявлять и принимать меры для их устранения, прежде чем приступать к специфическому лечению.

Если пациент с соматическим заболеванием опасается, что сексуальная активность приведет к обострению, то **заверение** врача в необоснованности такой тревоги нередко возвращает паре утраченные удовлетворяющие взаимоотношения. Положительную роль может сыграть соответствующая конкретному случаю рекомендация — например, при стенокардии уместен совет принимать бета-блокаторы перед половым актом. Следует лечить любое психическое или соматическое расстройство, которое могло бы выступать в качестве скрытой причины, лежащей в основе сексуальных затруднений. Несмотря на то, что антидепрессанты способны вызывать импотенцию, при их адекватном использовании для лечения депрессивного расстройства обычно удается добиться значительного улучшения сексуального функционирования.

**Биологические методы лечения** занимают определенное место среди мер оказания помощи при половых дисфункциях. Так, доказана эффективность тестостерона при выраженном нарушении функции половых желез. Кроме того, известно, что даже при нормальной концентрации тестостерона в организме прием этого гормона усиливает влечение, но в этом случае он не улучшит сексуальное функционирование. При нейропатии прибегают к протезированию полового члена. Инъекции вазоактивных препаратов типа папаверина непосредственно в пещеристое тело обеспечивают фармакологически вызванную эрекцию. Пациенты могут делать инъекции дома самостоятельно, однако их необходимо тщательно проинструктировать и обучить тех-

нике введения препарата во избежание развития фармакологического приапизма. Некоторые предпочитают механическую стимуляцию эрекции с помощью вакуумного насоса с кольцом, сжимающим половой член. Эти методы могут применяться для преодоления тревоги и неуверенности у пациентов с психогенной импотенцией, но чаще используются при наличии органических факторов, например при сахарном диабете.

#### СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Специальные методы психотерапии половых дисфункций обычно относятся к компетенции сотрудников сексологических клиник, однако с проведением такого лечения может справиться — при наличии определенной подготовки — любой профессионал, работающий в соответствующей сфере. После индивидуального и совместного обследования пара несколько раз встречается с терапевтом, при условии, что в промежутках между этими занятиями партнеры совместно выполняют определенные упражнения.

Лечение базируется на бихевиоральной модели. Предполагается, что сексуальное возбуждение ведет к тревоге, которую в процессе терапии предстоит заместить иной реакцией — расслаблением. Поскольку тревога достигает своего пика при введении полового члена во влагалище, лечебная программа начинается с наложения **абсолютного запрета на попытки совершить полный половой акт**, действующего в течение первых нескольких недель. Это означает, что вместо переживания чувства фрустрации вследствие неудачных попыток сношения партнеры могут наслаждаться приятными взаимными ласками. Вначале допускается прикосновение к любым частям тела, кроме гениталий. Позднее вводится генитальная стимуляция при условии, что партнерам удастся достигать все более высокой степени возбуждения, оставаясь в состоянии релаксации. Эта практика отрабатывается на протяжении нескольких недель; течение процесса пациенты открыто и всесторонне обсуждают как с терапевтом, так и между собой. Лишь затем могут предприниматься шаги по направлению к полноценному половому акту. При таких проблемах, как преждевременная эякуляция, вагинизм, аноргазмия, используются специальные техники (соответствующую информацию можно найти в источниках, перечисленных в списке литературы в конце главы).

Наряду с бихевиоральными техниками, как правило, необходимы консультирование и просветительная работа. Часто партнерам мешают прийти к

гармонии мелкие обиды или возникшее между ними ощущение неловкости; подобные чувства следует выявлять и прорабатывать во время очередных сессий. Если проблема была обозначена как нарушение, присутствующее лишь у одного из партнеров, каждый из них должен осознать свою роль в его развитии и лечении. В настоящее время имеется широкий выбор литературы, изучение которой облегчит проведение сексологической терапии и расширит представление пары о нормальных сексуальных отношениях.

В некоторых случаях целесообразно применить **психотерапию** — например, брачную, если пара нуждается в улучшении общих взаимоотношений, или индивидуальную, если у одного из партнеров обнаруживаются проблемы, которые могут быть решены с помощью этой формы лечения (см. с.100).

#### РЕЗУЛЬТАТ

Лечение пациентов, посещающих сексологические клиники, дает удовлетворительный эффект в двух третях случаев. Наиболее успешно удается справиться с такими расстройствами (часто первичными), как вагинизм и преждевременная эякуляция. Результаты в значительной степени зависят от качества общих взаимоотношений партнеров и их мотивации к лечению.

### Парафилии

К парафилиям относят расстройства, которые характеризуются неадекватностью стимула, вызывающего сексуальное возбуждение. Если в норме таким объектом является другой взрослый человек, добровольно вступающий в сексуальные отношения, то при рассматриваемых нарушениях в этом качестве постоянно выступают неодушевленные предметы, животные или дети либо необходимым условием для достижения полового возбуждения является причинение страданий и унижения или же несогласие партнера.

#### ФЕТИШИЗМ

При фетишизме какая-либо деталь одежды или часть тела (например, ноги или волосы) постоянно служит стимулом, вызывающим сексуальное возбуждение и позволяющим достичь оргазма. Этой перверзии подвержены почти исключительно мужчины; она имеет множество градаций, начиная от применения фетиша (обычно части женской одежды) в дополнение к нормальному половому акту и

заканчивая использованием его как единственного средства для достижения полового возбуждения.

#### ПЕДОФИЛИЯ

При педофилии действия или фантазии, включающие в сексуальную активность детей, являются постоянно предпочитаемым методом достижения сексуального возбуждения. Подобные действия с детьми обычно принимают форму незрелой сексуальной игры (половой акт или насилие совершаются редко); при этом часто вовлекаются дети, с которыми педофил хорошо знаком или состоит в родстве (возможен инцест).

В **этиологии** играют роль различные факторы. У подростков педофилия может быть крайней формой незрелой сексуальной активности. В анамнезе у мужчин старшего возраста часто встречаются сложности в браке, социальные затруднения или изоляция. Патологическое поведение может высвободиться под влиянием алкоголя.

Медицинское вмешательство может потребоваться при обследовании мужчины (нередко по предписанию суда) или при оказании помощи пострадавшему ребенку и его семье.

#### САДОМАЗОХИЗМ

При садомазохизме индивидуум достигает сексуального удовлетворения посредством реальных или воображаемых актов жестокости, направленной либо на себя (мазохизм), либо на другие объекты (садизм). Иногда данный феномен ограничивается только фантазиями, в других случаях сопровождается половым актом — например, в форме общего унижения или же в виде особого, изошренного ритуала. Садистические действия совершаются, как правило, мужчинами в отношении женщин, других мужчин или животных.

#### ТРАНСВЕСТИЗМ

Трансвестизм проявляется в упорном ношении одежды, предназначенной для представителей противоположного пола, и встречается как у мужчин, так и у женщин. Первоначально переодевание осуществляется с целью достичь сексуального возбуждения, причем индивидуум испытывает сильное чувство фрустрации, если его лишают такой возможности. Данное расстройство может проявляться в разных формах: так, одни мужчины носят женскую одежду тайно, другие — открыто. Если целью по-прежнему

остается сексуальное возбуждение, то подобная практика может рассматриваться как разновидность фетишизма. Когда же с годами поведение становится привычным и перестает вызывать возбуждение, нередко формируется состояние, напоминающее транссексуализм. Склонность к переодеванию могут проявлять как гетеро-, так и гомосексуальные мужчины и женщины. Очевидно, трансвестизм следует квалифицировать как легкую форму половой дисфории, связанной с девиантными сексуальными практиками.

При обращении к врачу инициаторами чаще выступают не сами трансвеститы, а их супруги, которые предъявляют жалобы на тревогу, депрессию или проблемы в браке. В таких случаях оказывают обычную помощь, но если пациент упорно отказывается от изменений, то будущее семейных отношений тем самым ставится под угрозу. Первым шагом на пути к лечению должно стать прояснение вопроса об отношении к нему каждого из партнеров.

#### ЭКСГИБИЦИОНИЗМ

Эксгибиционизмом называют повторяющиеся демонстрации гениталий не ожидающим этого незнакомым людям с целью достижения сексуального возбуждения. При этом очень сильно выражено желание шокировать ничего не подозревающего человека. Мужчины при таком акте могут мастурбировать, но впоследствии обычно испытывают мучительное чувство вины.

У пожилых людей одной из главных причин подобного поведения может быть депрессия; кроме того, аналогичные проявления иногда наблюдаются при шизофрении, органическом поражении головного мозга и умственной отсталости. Известны случаи, когда эксгибиционизм как кратковременный эпизод отмечается у нормальных людей. Среди тех, кто неоднократно привлекался к уголовной ответственности за непристойное обнажение, большинство составляют выходцы из неблагополучных семей, отличающиеся незрелостью и низким уровнем достижений в зрелом возрасте.

В случае медицинского вмешательства перед врачом стоит три основные задачи. Он должен выявить поддающееся лечению психическое расстройство (если таковое имеется), попытаться предотвратить стигматизацию лиц, впервые привлекаемых к ответственности по вышеупомянутой статье, и направить на *бихевиоральную терапию* тех, кто стремится прекратить подобное поведение. В процессе лечения в сочетании с другими методами иногда кратковременно используют антиандрогенный препарат *ципротерона ацетат*.

При подготовке заключения для суда врач должен помнить, что большинство осужденных эксгибиционистов обычно не совершают повторных правонарушений; по-видимому, и вылечить, и запугать трудно именно рецидивистов.

#### В УАЙЕРИЗМ

Вуайеризм характеризуется получением сексуального удовлетворения при рассматривании обнаженных или раздевающихся людей (как правило, незнакомых) либо при созерцании полового акта. Наблюдатель не пытается вовлечь лицо, за которым наблюдает, в сексуальные отношения; вместо этого он мастурбирует (обычно сразу же после акта вуайеризма).

## РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ

### Предменструальное напряжение

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

По разным оценкам, предменструальное напряжение испытывают от одной трети до трех четвертей всех женщин репродуктивного возраста. Разброс данных обусловлен различиями принятых определений этого расстройства, в частности расхождением, касающимися таких критериев, как тяжесть и длительность проявления симптомов, их распределение во времени по отношению к менструальному циклу. Данный синдром представляет собой настолько распространенное явление, что, вероятно, было бы не вполне оправданно рассматривать это состояние как патологическое. Однако выраженный дискомфорт, ощущаемый некоторыми женщинами, побуждает их обращаться за медицинской консультацией.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

Среди соматических признаков наиболее типичны жалобы на болезненность молочных желез и ощущение вздутия живота, среди психологических — на тревогу, подавленное настроение и раздражительность. Эти симптомы могут возникать за десять дней до начала менструации и заканчиваться через один-два дня после ее прекращения.

#### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Особенно характерны вышеназванные соматические признаки. Продолжительность проявления

всех симптомов ограничивается максимум одиннадцать-двенадцатью днями в пределах каждого цикла. «Биологические» симптомы депрессии не наблюдаются. Состояние следует отличать от аффективных расстройств, при которых симптомы хотя и обостряются перед менструацией, но существуют и вне сроков, связанных с циклом. Если ведется дневник симптомов, то накопленные данные нередко наглядно свидетельствуют о том, что соответствующие стойкие или интермиттирующие проявления присутствуют постоянно, а значит, скорее всего являются соматическими признаками аффективного расстройства.

#### ЭТИОЛОГИЯ

Несмотря на очевидную связь между временем проявления описанных симптомов и менструальным циклом, различные этиологические теории, касающиеся дисбаланса гормонов яичников или гипофиза, не получили убедительного подтверждения. Примерно у двух третей женщин симптомы исчезают после экстирпации матки (при интактных яичниках). Данный факт указывает на то, что гормональные факторы, возможно, все-таки не играют решающей роли в развитии расстройства.

#### ЛЕЧЕНИЕ

По всей вероятности, главный акцент при оказании помощи женщинам с предменструальным синдромом следует делать на сочувственном разъяснении и предоставлении психологической поддержки. Нужно учитывать психосоциальные стрессы, в связи с чем могут оказаться эффективными когнитивная терапия и релаксационный тренинг. Предпринимались попытки использовать прогестерон, бромокриптин, анксиолитики, витамин B<sub>6</sub>, антидепрессанты и диуретики. Такой подход имеет своих сторонников, однако накопленные данные не позволяют утверждать, что какой-либо из названных препаратов действует сильнее плацебо; к тому же необходимо иметь в виду возможный тератогенный эффект.

## Расстройства, связанные с беременностью

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В течение первого триместра беременности примерно у 10% женщин развивается новый эпизод легкого аффективного расстройства. Во втором триместре этот показатель снижается — по-видимому, до

уровня, сравнимого с наблюдаемым среди населения в целом, — но в третьем, по некоторым данным, частота аффективных расстройств вновь возрастает.

#### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Во время беременности может начаться любое психическое расстройство; возможно также развитие повторного эпизода ранее перенесенного заболевания. Этот период, по всей видимости, не связан с повышенным риском возникновения заболеваний с психотическими проявлениями. Наиболее типичны аффективные расстройства с сочетанием тревожных и депрессивных симптомов. При этом содержание мыслей сосредоточено на беременности и ее влиянии на будущее, включая социальные и психологические последствия.

#### ЭТИОЛОГИЯ

Аффективные расстройства, развивающиеся во время беременности, наиболее тесно связаны с переживанием негативных жизненных событий, таких как утрата близких, с хроническими трудностями того или иного характера, в особенности при отсутствии надежных взаимоотношений и поддержки человека, которому можно довериться. К предрасполагающим факторам относятся также психическое заболевание в анамнезе, семейные конфликты и двойственное, противоречивое отношение к продолжению беременности.

Дебют расстройства в первом триместре коррелирует с наличием в анамнезе прерванной беременности и с беспокойством, обусловленным неуверенностью в нормальном развитии плода.

#### ИССЛЕДОВАНИЯ

Основная задача обычно сводится к поиску сведений, помогающих выявить конкретный этиологический фактор, который может играть роль в развитии и поддержании имеющихся нарушений. Необходимо побеседовать с партнером пациентки, а также — при наличии такой возможности — с другими информаторами. Особого внимания заслуживают анамнез и преморбидные особенности личности, прерывание беременности в прошлом, жизненные события последнего времени, испытываемые трудности, супружеские взаимоотношения и доступные на данный момент источники поддержки.

#### ЛЕЧЕНИЕ

*Поддерживающая психотерапия* и психологическое консультирование могут принести пользу

женщинам, испытывающим серьезные психологические трудности (в особенности при тяжелых переживаниях, связанных с прерыванием предыдущей беременности, и неспособности справиться с этими чувствами). *Терапия семейной пары* показана при наличии сведений о трудностях в супружеских взаимоотношениях, которые нередко становятся особенно заметными во время беременности. Если женщина, ожидающая ребенка, сталкивается с материальными и социальными проблемами, тем более при отсутствии адекватной социальной поддержки, то она будет нуждаться в помощи, которая должна предоставляться местными отделами социального обслуживания. Важно наблюдать пациентов и в течение послеродового периода, чтобы проследить за развитием эмоциональных связей между матерью и младенцем, а также удостовериться в том, что ребенок в достаточной степени обеспечен заботой и уходом.

#### ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Прогноз аффективных расстройств, возникающих в ходе беременности, неясен. Результаты исследований в значительной степени расходятся в зависимости от особенностей охваченного ими контингента. Так, у замужних женщин со сравнительно высоким социоэкономическим статусом в большинстве случаев наступает выздоровление в течение трех месяцев после родов. В то же время у женщин с более низким социоэкономическим положением (принадлежащих к менее социально стабильным слоям населения), согласно полученным данным, скорее наблюдается тенденция к хроническому течению расстройств, которые продолжают на протяжении всего послеродового периода (иногда и дольше). Это, очевидно, может негативно отразиться на качестве заботы матери о младенце и на формировании эмоциональных связей между ними, а подобные обстоятельства иногда влекут за собой долговременные последствия для развития ребенка.

### Прерывание беременности

В Англии и Уэльсе каждый год около 100 тысяч женщин прибегают к искусственному прерыванию беременности. До Закона об абортах, принятого в 1967 году, психиатров часто привлекали к обследованию женщин, желающих прервать беременность, нередко на основании риска самоубийства, связанного с депрессивным расстройством. С введением в действие Закона рекомендация на прерывание беременности обычно дается врачом общей практики

и гинекологом. Мнение психиатра требуется преимущественно в тех случаях, когда в анамнезе есть данные о серьезном психическом заболевании или возникает необходимость оценить вероятную реакцию женщины на прерывание беременности.

Неблагоприятные психологические реакции на аборт редки. Хотя тревога и депрессия часто возникают при нежелательной беременности, они, как правило, проходят вскоре после ее прерывания. (Правда, у женщин с анамнезом прерванной беременности несколько повышен риск депрессии в послеродовом периоде — к ним как бы возвращается пережитое в прошлом чувство вины.) Наоборот, у отказавшихся от аборта, как свидетельствуют данные исследований, в дальнейшем чаще развивается депрессия, отмечается повышенный риск самоубийства; после рождения нежеланного ребенка женщине очень сложно адаптироваться к нему, а дети таких матерей более склонны к делинквентному поведению и нередко испытывают затруднения в школе.

### Расстройства, связанные с послеродовым периодом (F53)

В послеродовом периоде наблюдается хорошо различимое повышение показателя распространенности психических расстройств. На основании результатов исследований эти расстройства принято разделять на три группы (каждая из которых далее рассматривается отдельно), хотя все еще неясно, до какой степени их можно считать различными состояниями и какое отношение они имеют к аналогичным заболеваниям, развивающимся в другие периоды жизни.

#### «МАТЕРИНСКАЯ МЕЛАНХОЛИЯ»

##### *Эпидемиология*

В течение первой недели после родов «материнской меланхолией» страдают от 50 до 80% женщин, причем эти показатели примерно одинаковы в разных странах и, по-видимому, не зависят от особенностей культуры и этнической принадлежности. Не обнаружено и какой-либо устойчивой связи с принадлежностью к определенному социальному классу, количеством родов в прошлом, принятием родов в больнице или на дому, с акушерскими осложнениями. Можно, следовательно, усомниться в том, правомерно ли считать это широко распространенное состояние патологическим, однако несомненно, что оно вызывает существенный дискомфорт и требует внимания врача.

### Клиническая картина

Симптомы, как правило, развиваются стереотипно начиная с *первого дня после родов*. Женщина ощущает крайнюю усталость, изнеможение, у нее пропадает аппетит; характерны также жалобы на неспособность сосредоточиться. Иногда наблюдается легкая растерянность и дезориентировка. В течение первых суток примерно у половины женщин отмечается плаксивость. Однако наряду с этим почти у 80% женщин в этот день преобладает радостное, приподнятое настроение, что представляется вполне нормальной реакцией на рождение ребенка. В некоторых случаях (8%) такое эйфорическое состояние сохраняется (или даже усиливается) в течение последующих трех дней, сопровождаясь чрезмерной словоохотливостью, повышенной активностью и возбудимостью.

К симптомам, достигающим своего пика на *третьей — пятой день* после родов, относятся подавленное настроение, ощущение беспокойства, возбуждения, раздражительность. Для этого состояния характерно лабильное настроение с наблюдаемыми в течение одного и того же дня резкими переходами от депрессии к эйфории.

В этот период многие женщины по малейшему поводу раздражаются слезами; у некоторых возникают мысли депрессивного содержания, отражающие низкую самооценку, чувство вины и пессимистические взгляды на будущее. Раздражительность и гнев направлены в особенности на партнера или же на персонал больницы (что может привести к преждевременной выписке).

### Диагностические критерии

«Материнская меланхолия» всегда начинается в течение первой недели после родов. Характерна неустойчивость настроения, которое часто изменяется, удерживаясь лишь на короткий срок — чаще всего несколько часов, максимум один-два дня. В большинстве случаев расстройство начинается внезапно и так же внезапно оканчивается; его продолжительность обычно составляет от одного до трех дней и никогда не превышает двух недель.

### Дифференциальный диагноз

Данное расстройство следует отличать от **послеродовой депрессии**, которая начинается позже, более продолжительна и характеризуется более стойкими изменениями в аффективной сфере, а также от **послеродового психоза**, который начинается

примерно в те же сроки, что и «материнская меланхолия», и может иметь сходные продромальные симптомы, но затем прогрессирует вплоть до появления психотических симптомов. Признаки помрачения сознания и дезориентировки могут указывать на **острые токсические состояния**, но они в настоящее время встречаются редко благодаря высокому качеству акушерской помощи. В первые несколько недель или месяцев после родов примерно 40% матерей обнаруживают у себя **отсутствие любви** к ребенку или негативные чувства по отношению к нему, но это не обязательно связано с «материнской меланхолией» (скорее прослеживается связь с амниотомией и болезненными родами). Обычно женщина испытывает в подобных случаях тяжелые переживания, в частности глубокое чувство вины. Однако ей может стать гораздо легче, если она услышит от врача, что подобное состояние наблюдается у многих, оно, как правило, вскоре проходит и ни в коей мере не указывает ни на психическое заболевание, ни на ее несостоятельность как матери.

### Этиология

Вескими аргументами в пользу гипотезы о биологической природе «материнской меланхолии» являются относительно жесткие сроки ее начала и длительности состояния, лабильность настроения, а также отсутствие явной связи с психосоциальными и культуральными факторами. Представляется вполне логичным предположение, что к развитию данного расстройства причастны глубокие гормональные изменения, происходящие в организме именно в этот период. Однако до сих пор при проведении исследований в большинстве случаев не удавалось выявить какую-либо связь между наличием (или степенью тяжести) соответствующей симптоматики и гормональным статусом.

В первую неделю после родов происходит быстрое снижение концентрации эстрогена и прогестерона в циркулирующей крови. В центральной нервной системе имеется несколько участков (в том числе моноаминовые нейроны и рецепторы), чувствительных к этим гормонам.

Прослеживается тенденция к возникновению эпизодов (в особенности более тяжелых) у женщин, ранее перенесших депрессивные расстройства, включая послеродовую депрессию в прошлом и аффективные симптомы в последнем триместре беременности. Последний феномен чаще возникает при недостаточной социальной адаптации, затруднениях в семейных и супружеских отношениях,



при страхе перед родами, тревоге и сниженном настроении в период беременности. Однако нет данных, которые указывали бы на то, что жизненные события (кроме родов) оказывают влияние на развитие состояния и что повышается риск развития психических расстройств вообще.

### *Лечение*

Важно своевременно распознать природу заболевания, с тем чтобы дать пациентке и ее семье соответствующие разъяснения относительно вероятного течения и исхода. Врачебный и сестринский персонал должен стремиться найти верный подход к женщине с «материнской меланхолией», проявляя при этом особый такт и понимание ее состояния. Необходимо и в дальнейшем постоянно вести наблюдение за психическим состоянием, чтобы убедиться в том, что наступило полное выздоровление и не развивается никакое другое психическое расстройство.

### *Течение и прогноз*

В соответствии с определением выздоровление неизменно наступает в течение двух недель без какого-либо специфического лечения. Если этого не произошло, диагноз следует пересмотреть.

## ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ

### *Эпидемиология*

В течение первых трех месяцев после рождения ребенка у 10–20% женщин развивается депрессивное расстройство; следовательно, заболеваемость в данной группе выше, чем в общей популяции.

### *Клиническая картина*

Как правило, симптомы появляются через две или более недели после родов, когда женщина уже выписана из роддома. Больная чувствует себя подавленной, становится плаксивой, ее мучит ощущение собственной беспомощности и несостоятельности; она убеждена, что неспособна справиться со своими обязанностями, особенно в отношении ребенка. Может присутствовать чувство вины, при этом чаще всего мать винит себя в том, что она якобы не заботится о младенце. Настроение часто лабильно, депрессия обычно усиливается к вечеру. В большинстве случаев отмечаются выраженная раздражительность, анорексия, усталость и чувство истощения. Нарушения сна выражаются главным образом в затруднении засыпания. Почти всегда

больная демонстрирует чрезмерное беспокойство о здоровье ребенка, нередко проявляет ипохондрическую озабоченность своими собственными соматическими симптомами.

### *Диагностические критерии*

Расстройство характеризуется смешением симптомов тревоги и депрессии, которые развиваются в послеродовом периоде и существуют как минимум в течение двух недель.

### *Дифференциальный диагноз*

Заболевание следует дифференцировать как с послеродовым психозом, так и с «материнской меланхолией», а также с другими непсихотическими расстройствами, возникающими в послеродовом периоде или несколько раньше.

### *Этиология*

Сколько-нибудь убедительных данных о том, что в развитии послеродовой депрессии важную роль играют биологические факторы, не имеется, вопреки некоторым попыткам утверждать противоположное. Отмечается повышенная частота данного расстройства среди первородящих в возрасте старше 30 лет. Кроме того, на основании статистического анализа данных анамнеза выявлена некоторая связь со сложными взаимоотношениями между матерью (в ее детские годы) и ее родителями. Результаты исследований показывают, что (как и в случае не связанных с родами депрессивных состояний у женщин) взаимодействие неблагоприятных жизненных событий с предрасполагающими социальными и личностными факторами может привести к развитию депрессии в послеродовом периоде.

Есть определенные основания предполагать наличие взаимосвязи между тревогой в период беременности и послеродовой депрессией. В некоторых случаях рождение ребенка представляет собой для женщины кризис созревания, сопряженный с возложением на нее новой психологической и физической нагрузки, с повышением потребности в поддержке и в зависимости от других людей.

### *Исследования*

Не требуется никаких специальных исследований, кроме тщательного установления времени начала расстройства по отношению к послеродовому периоду и как можно более полной оценки психологического и социального значения рождения ребенка для пациентки.



### Лечение

В некоторых случаях (по обычным показаниям) назначают **трициклические антидепрессанты**. Заявления об эффективности **прогестерона**, в том числе и в сочетании с ингибиторами МАО, пока не получили убедительного подтверждения. Большой частью оказание помощи заключается в проведении **поддерживающей психотерапии** с больной и с ее семьей. Эта задача возлагается на сотрудников бригады первичной медицинской помощи. Им необходимо иметь ясное представление о трудностях, которые могут возникнуть в процессе формирования связей между матерью и ребенком. При наличии соответствующей подготовки патронажный работник может проводить психологическое **консультирование**, способствующее раннему выздоровлению большинства пациенток.

### Течение и прогноз

Выздоровление, как правило, наступает в течение 6–12 месяцев, но при отсутствии лечения примерно в половине случаев состояние не улучшается и через год после родов. Хронические аффективные расстройства, начинающиеся после рождения ребенка, — отнюдь не редкость; у многих женщин они сопровождаются снижением сексуального влечения и ипохондрией. Такие заболевания иногда остаются невыявленными на протяжении многих лет.

## ПОСЛЕРОДОВОЙ ПСИХОЗ

### Эпидемиология

В одном-двух случаях на каждую тысячу родов у женщин в постнатальном периоде впервые в жизни развивается заболевание, протекающее с психотическими симптомами. Как правило, расстройство возникает в первые две недели после родов. Особенно высок риск для первородящих (у них психоз развивается вдвое чаще, чем у повторнородящих), а также, возможно, для перенесших кесарево сечение. Каких-либо отчетливых связей с другими акушерскими факторами, с принадлежностью к определенному социальному классу либо с семейным положением не обнаружено.

### Клиническая картина

Первые признаки, как правило, появляются между третьим и десятым днями после родов, хотя иногда расстройство дебютирует в последующие две

недели. Обычно симптомы развиваются быстро — в течение нескольких дней. Может сформироваться любой из синдромов функциональных психозов, но чаще наблюдаются смешанные состояния с сочетанием **аффективных и шизофреноформных** симптомов и выраженными флюктуациями их типа и степени тяжести в процессе течения расстройства. Более чем в половине таких эпизодов доминируют **депрессивные симптомы**, примерно в трети — **маниакальные**. Часто наблюдается сочетание с «симптомами первого ранга» шизофрении. У большинства больных отмечается **растерянность**, гораздо реже на той или иной стадии развивается **дезориентировка**.

### Диагностические критерии

К этой категории относят любое психическое расстройство, протекающее с психотическими симптомами и начинающееся в течение первых четырех недель после родов. Его следует дифференцировать с расстройствами, возникшими ранее и продолжающимися в послеродовом периоде, а также с острыми токсическими состояниями (делирий).

### Этиология

У женщин, перенесших послеродовой психоз, повышена вероятность возникновения психоза в другие периоды жизни; кроме того, у их родственников первой степени родства отмечается повышенный риск развития психотического заболевания вообще (хотя и не именно послеродового психоза). Исходя из этого можно сделать вывод о наличии некоторой общей генетической и конституциональной предрасположенности. Не выявлено существенного влияния происшедших во время беременности негативных жизненных событий (или трудностей, возникших в этот период): по имеющимся сведениям, интенсивность действия этих факторов примерно одинакова у заболевших психозом и у прочих. Бытует мнение, что такие расстройства провоцируются резкими изменениями гормонального статуса в послеродовом периоде, однако данные, приводимые в подтверждение этой гипотезы, неоднозначны. При сравнении результатов анализов на гормоны, взятых у женщин в послеродовом периоде, оказалось, что у страдающих психозом отмечаются более высокие, чем у других, концентрации **тироксина** и **пролактина** (а также, возможно, **эстрогена**) и более низкие — **лютеинизирующего гормона** и **прогестерона**; но значение этих различий остается неясным.

### *Исследования*

Необходимо вести тщательное наблюдение за соматическим и психическим состоянием с целью исключения острого токсического состояния. Для планирования лечения необходимо детально изучить социальные обстоятельства больной; важно также получить достоверную информацию о доступных для больной источниках поддержки.

### *Лечение*

Как правило, необходимо направить пациентку в психиатрическое отделение — если есть такая возможность, это должно быть специализированное отделение матери и ребенка, где она могла бы находиться вместе с новорожденным. Больные с преимущественно депрессивным синдромом в послеродовом периоде хуже реагируют на антидепрессанты, чем в другие периоды жизни. Особенно эффективна **электросудорожная терапия**, поэтому в подобных случаях целесообразно назначать ее раньше, чем при других депрессивных расстройствах. Лечение женщин с преимущественно маниакальным или депрессивным состоянием начинают с **нейролептиков** (аминазин или галоперидол), а при отсутствии явных признаков улучшения через четыре недели приступают к проведению курса ЭСТ. Несмотря на заявления об эффективности использования эстрогена и (или) прогестерона, данные в поддержку этого подхода недостаточно убедительны. Огромное значение имеет квалифицированное ведение больной, включая внимание к питанию и водному балансу, а также обеспечение **доступа матери к ребенку** (под наблюдением). По мере улучшения состояния женщины она должна все в большей степени принимать на себя основной объем забот о младенце. Необходимо взвешенно оценивать ее способность справляться с материнскими обязанностями, поскольку именно от этого зависит уровень и характер наблюдения, в котором она будет нуждаться после выписки из больницы.

### *Течение и прогноз*

При адекватном лечении практически у всех больных в течение трех месяцев наступает выздоровление или значительное улучшение состояния. В дальнейшем при последующих беременностях у этих женщин вероятность повторного развития послеродового психоза составляет примерно 30%, а в случае биполярного аффективного расстройства этот показатель достигает 50%. Однако риск разви-

тия заболевания отнюдь не ограничивается постнатальным периодом — примерно у 40% женщин, перенесших послеродовой психоз, впоследствии развивается психотический эпизод в каком-либо другом периоде жизни.

### ДЕТОУБИЙСТВО

Послеродовая депрессия создает определенный (небольшой, но все же существенный) риск того, что мать убьет свое дитя. Если это происходит в течение 12 месяцев от момента рождения и у матери есть признаки «нарушения рассудка», деяние квалифицируется как «детоубийство» и в соответствии с британским законодательством рассматривается скорее как убийство без заранее обдуманного злого умысла. Примерно в половине случаев женщина, которая лишила жизни своего ребенка в послеродовом периоде, совершает самоубийство.

### **Терапевтическое использование лекарств во время беременности и в послеродовом периоде**

1. Многие лекарственные средства обладают тератогенным действием, и прием таких препаратов женщинами репродуктивного возраста может в случае наступления беременности причинить вред развивающемуся плоду.
2. Прием некоторых лекарств на поздних сроках беременности может привести к проявлению симптомов отмены у новорожденного.
3. Препараты, принимаемые в период кормления грудью, могут вызвать отравление младенца.

Учитывая эти факторы, следует по возможности избегать назначения любых препаратов для лечения психических расстройств во время беременности, а также — если мать хочет кормить ребенка грудью — в послеродовом периоде. Однако при наличии серьезных клинических показаний к применению лекарственных средств решение нужно принимать обдуманно, взвесив все «за» и «против», оценив вероятные последствия отказа от фармакологической терапии.

### ТРИЦИКЛИЧЕСКИЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Каких-либо данных о тератогенном действии трициклических антидепрессантов, принимаемых в терапевтических дозах, по-видимому, нет. У новорожденных иногда возникают проявления синдрома

отмены, в связи с чем рекомендуется прекратить прием препаратов за несколько дней до предполагаемого срока родов. Трициклические антидепрессанты выделяются с молоком лишь в небольших количествах, поэтому **грудное вскармливание не является противопоказанием** для лечения ими. Однако следует избегать назначения антидепрессантов с выраженным седативным действием, поскольку они угнетают дыхание и вызывают сонливость у ребенка.

#### ПРОИЗВОДНЫЕ БЕНЗОДИАЗЕПИНА

Неоднократно сообщалось о врожденных уродствах (в особенности таких, как заячья губа и волчья пасть) у детей, матери которых во время беременности принимали производные бензодиазепина. Хотя риск, вероятно, невелик, потенциальной пользой от приема этих препаратов вряд ли можно оправдать их назначение во время беременности. Диазепам используют для лечения преэклампсии, что может привести к интоксикации новорожденного, вызывающей «синдром ленивого ребенка», а также к симптомам отмены, возникающим в связи с первичной физической лекарственной зависимостью (в обоих случаях ребенок нуждается в специализированном лечении и особом уходе). Эти препараты выводятся с молоком, поэтому **следует избегать их назначения матерям, кормящим грудью.**

#### ПРОИЗВОДНЫЕ ФЕНОТИАЗИНА И БУТИРОФЕНОНА

Данных, которые свидетельствовали бы о тератогенном эффекте производных фенотиазина и бутирофенона, практически нет; токсическое действие на новорожденных если и отмечается, то, по-видимому, редко. В случае приема этих препаратов кормящей матерью они усваиваются ребенком лишь в очень маленьких количествах, и нет никаких оснований считать, что это оказывает вредное воздействие. Хотя предпочтительно избегать применения фармакологических средств во время беременности и в послеродовом периоде, тем не менее **при наличии серьезных клинических показаний препараты этих двух групп могут назначаться.**

#### ЛИТИЙ

Установлено, что **литий обладает тератогенным действием.** Следовательно, его необходимо заблаговременно отменить в связи с планированием беременности, а в период лечения литием должны использоваться меры контрацепции. В случае крайней необходимости литий можно назначать в

последние три месяца беременности, проводя тщательный контроль за концентрацией препарата в сыворотке крови. Прием препарата отменяют перед родами. Литий **проникает в грудное молоко**, что может привести к токсическому действию на младенца, однако сведения о каких-либо отдаленных, долговременных последствиях отсутствуют.

#### Стерилизация и экстирпация матки

Данные современных проспективных исследований свидетельствуют о том, что эти процедуры, как правило, не играют сколько-нибудь существенной роли в этиологии психических расстройств. Стерилизация обычно повышает удовлетворение от сексуальных отношений, так что сожаления встречаются редко. В небольшом количестве случаев могут наблюдаться затяжные трудности в адаптации, в том числе проявления тревоги и депрессии, но такие симптомы возникают фактически лишь у женщин с анамнезом подобных нарушений. Правда, иногда женщины связывают со стерилизацией или гистерэктомией нереалистические ожидания, без каких-либо оснований видя в них средство разрешения других проблем, особенно касающихся брака или сексуальной адаптации. Поэтому психическое расстройство в анамнезе, наличие текущих межличностных или социальных проблем являются показаниями для проведения тщательного психиатрического обследования перед хирургическим вмешательством.

#### Менопауза

Нет никаких реальных оснований считать, что серьезные психические заболевания (какого бы то ни было типа) чаще встречаются у женщин в период, непосредственно предшествующий менопаузе, и после ее наступления, чем на других стадиях жизненного цикла. В прошлом для описания тяжелых депрессивных расстройств, которые, как считалось, связаны с менопаузой, использовался термин «инволюционная депрессия». Сейчас термин не валиден, так как данная форма обусловлена влиянием на симптомы депрессивного расстройства скорее процесса возрастных изменений вообще, чем менопаузы.

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИМПТОМОВ, СВЯЗАННЫХ С МЕНОПАУЗОЙ

Симптомы, на которые обычно жалуются женщины в климактерическом и постклимактерическом

периодах, можно разделить на две группы. Жалобы на *приливы жара и чрезмерную потливость* чаще всего предъявляются на протяжении года или двух лет после прекращения менструаций: в это время до 90% женщин испытывают подобные явления, которые затем постепенно исчезают в течение последующих двух лет. Эти симптомы вызываются вазомоторными изменениями, тесно связаны с угасанием активности яичников и реагируют на лечение эстрогенами.

В течение года после окончания менструаций примерно одна треть женщин жалуются на *раздражительность, тревогу, усталость и головные боли*. Частота таких жалоб на 10% превышает соответствующий показатель для женщин в пре- и в постклимактерии. Качественно эти симптомы не отличаются от аффективных симптомов, встречающихся у женщин в другие периоды жизни, или от аналогичных проявлений, возникающих у мужчин.

#### ЭТИОЛОГИЯ

Нет доказательств в пользу того, что вышеперечисленные аффективные симптомы связаны со снижением концентрации эстрогенов. Они имеют главным образом психологическое происхождение и до некоторой степени определяются *переживаниями, обусловленными тем значением, какое имеет наступление менопаузы для женщины*. Многие воспринимают окончание репродуктивного периода как печальное событие, знаменующее собой старение. Однако некоторыми женщинами (в особенности принадлежащими к культурным или религиозным группам, в которых не практикуется контрацепция) менопауза приветствуется.

Примерно в то же время в жизни женщин обычно происходит немало и других перемен, в том числе смерть родителей, расставание с детьми, которые, став взрослыми, покидают дом. Ко всему этому нужно как-то приспособиться, и неудивительно, что именно на данном этапе чаще развиваются симптомы легких аффективных расстройств, особенно у тех, кому и прежде нелегко давалась адаптация к меняющимся обстоятельствам.

Тщательная оценка характера и длительности существования симптомов поможет сделать выводы относительно целесообразности применения лекарственной терапии. В каждом случае необходим индивидуальный подход, построенный на учете конкретных социальных обстоятельств пациентки и ее психологической реакции на недавние жизненные события.

#### ЛЕЧЕНИЕ

*Симптомы аффективного расстройства, возникающего в период менопаузы, поддаются лечению эстрогенами ничуть не лучше, чем плацебо*. Трициклические антидепрессанты и производные бензодиазепина, как свидетельствуют результаты исследований, более эффективны по сравнению с плацебо, но их использование должно быть ограничено обычными показаниями для препаратов этих групп. При оказании помощи необходимо уделять внимание психосоциальным проблемам. В большинстве случаев ощутимую пользу приносит поддерживающая психотерапия.

#### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Bancroft, J.H.J. (1983) *Human Sexuality and its Problems*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Brockington, I.F. and Kumar, R. (1982) *Motherhood and Mental Illness*. London: Academic Press.
- Gath, D. and Cooper, P. (1982) Psychiatric aspects of hysterectomy and female sterilisation. In K.Granville-Grossman (ed.) *Recent Advances in Psychiatry* vol. 4. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Gath, D., Osborn, M., Bungay, G. et al. (1987) Psychiatric disorder and gynaecological symptoms in middle aged women: a community survey. *British Medical Journal* 294: 213–218.
- Greene, J.G. (1984) *The Social and Psychological Origins of the Climacteric Syndrome*. Aldershot: Gower.
- Hawton, K. (1982) Sexual problems in the general hospital. In F.Creed and J.Pfeffer (eds) *Medicine and Psychiatry*. London: Pitman.

# 19 Психические расстройства позднего возраста

Во всех странах Запада в этом столетии наблюдается увеличение средней продолжительности жизни. Это означает, что все большее количество людей доживает до преклонных лет, и доля лиц позднего возраста в общей популяции неуклонно повышается. Так, в Соединенном Королевстве доля тех, кому более 65 лет, возросла с 5 до 15%. Аналогичные изменения возрастной структуры населения происходят повсеместно, причем во многих регионах земного шара этот процесс идет даже более стремительными темпами, чем в Великобритании. В этой ситуации все большее значение приобретает знание специфических особенностей и форм проявления заболеваний в позднем возрасте. У женщин средняя продолжительность жизни больше, и в возрастной группе старше 75 лет численность женщин и мужчин определяется соотношением 3:1. Согласно демографическим прогнозам на 1985–2041 годы, доля людей старше 60 лет возрастет с 21 до 26%, а доля тех, кому более 85 лет, — с 6 до 11% (что соответствует увеличению численности с 700 тыс. до 1 млн 700 тыс.).

Самые разные заболевания и связанные с ними стойкие нарушения функций более распространены среди людей позднего возраста (по сравнению с другими возрастными группами). Поэтому с наступлением старости человек чаще обращается за медицинской консультацией — как к врачам общей практики, так и в специализированные клиники. Важно осознавать, что большинство таких людей не страдают психическими расстройствами. Не рекомендуется также использовать для указания на старческий возраст термин «сенильный»: к сожалению, прилагательное «senile» в разговорном английском приобрело значение «дементный» (хотя существительное «senium», относящееся к завершающему этапу жизненного цикла, не несет в себе такого смысла) — а между тем у большей части людей позднего возраста не развивается деменция.

В то же время нужно учитывать, что старение неизбежно сопровождается определенными измене-

ниями в нормальном психологическом функционировании. Сужается круг активности — он уже не охватывает такого количества разных видов деятельности, как в молодые годы. И это лишь отчасти связано с внешними факторами, такими как, например, выход на пенсию и сокращение дохода, наличие возрастных ограничений для некоторых видов деятельности, ухудшение состояния здоровья и т.п. С возрастом обычно снижается уровень инициативности и амбиций, намечается тенденция к меньшей вовлеченности в новые начинания.

С годами, как правило, улучшается контроль над импульсивностью, так что бурные, несдержанные проявления чувств, эмоциональные взрывы становятся все более редкими. Почти всегда хорошо сохраняются знания и навыки, приобретенные в течение всей жизни и закрепленные опытом, а вот способность к усвоению нового и ответная реакция на непривычные ситуации — уже не те, что прежде. Вследствие этих вполне естественных возрастных особенностей человеку на склоне лет требуется больше времени, чтобы справиться с новыми задачами или освоиться в незнакомых обстоятельствах; количество изменений, которые он в состоянии перенести, заметно ограничивается, и в случае превышения этого приемлемого уровня он ощущает резкий дискомфорт.

Следует помнить, что среди населения пенсионного возраста значительную часть составляют люди, на склоне лет оказавшиеся в одиночестве. Тем из них, кто остался жить в своем старом доме (который когда-то служил целой семье, а теперь слишком велик для одинокого старика), бывает трудно содержать его в порядке, да и современных удобств нередко не хватает. Те же, кто перебрался в так называемые дома престарелых, часто воспринимают царящую в этих учреждениях обстановку как гнетущую — и отнюдь не получают удовольствия от ощущения, что они как бы «загнаны в гетто» вместе с другими стариками. При сочетании подобных неблагоприятных социальных обстоя-

тельств с ухудшением общего самочувствия формируются условия, когда легко срабатывают механизмы, «запускающие» психические расстройства, а если расстройство уже возникло, те же факторы препятствуют быстрому выздоровлению.

## ЭТИОЛОГИЯ

Хотя пребывание на пенсии многим представляется таким спокойным и необременительным времяпрепровождением — чем-то вроде очень длительного отпуска, — на самом деле этот этап жизненного пути перенасыщен стрессами. В качестве прямого следствия выхода на пенсию человек ощущает целый ряд серьезных потерь: он лишается дохода, четкого распорядка дня, «своей территории» на предприятии, постоянно выполняемых задач, открывающихся возможностей, общества своих сослуживцев, определенного статуса — всех этих позиций, составлявших единое «поле битвы с понедельника по пятницу». Теперь на смену приходят другие проблемы: отныне муж и жена вынуждены проводить друг с другом куда больше времени, чем они привыкли; надо как-то сводить концы с концами, довольствуясь ограниченными средствами, — ведь скромный бюджет четы пенсионеров уже не может быть пополнен за счет увеличения усилий. Работа превращается в дефицит, которым молодые не намерены делиться со стариками. Время становится неструктурированным — только и осталось, что дни сменяются ночами, за осенью наступают зима, да вот еще в урочный час регулярно передают новости по радио... Дети обзавелись семьями, подрастают внуки, а там, глядишь, новые свадьбы — и вот уже появляются на свет правнуки. Но даже эти радостные события будят в душе противоречивые чувства. Течение времени неотвратно приносит новые потери: навсегда уходят близкие люди; неузнаваемо изменяются дорогие сердцу места. А самое главное — нет больше того ощущения физического благополучия, которое прежде воспринималось как нечто само собой разумеющееся. Взамен этого — ограничение подвижности, ухудшение зрения и слуха, притупление вкуса и обоняния; нередко грустный перечень дополняют еще и боли — обычные спутники соматических заболеваний.

Наиболее постоянная характерная особенность психических расстройств позднего возраста — их связь с соматическими заболеваниями и нарушениями функций. Это относится ко всему спектру пси-

хических заболеваний, включая аффективные расстройства и параноидные состояния, равно как и органические психосиндромы. Острые и подострые органические психосиндромы часто возникают как осложнение или представляют собой проявление соматического заболевания; с возрастом все более повышается частота заболеваний, приводящих к развитию деменции.

Лекарственные средства, назначаемые в связи с соматическими заболеваниями, могут давать побочные эффекты в форме психопатологических симптомов, а навязчивое внимание медицинского персонала и чрезмерные заботы всяческих опекунов нередко воспринимаются как еще одно унижение.

Следовательно, в позднем возрасте человек подвергается воздействию множества стрессовых факторов, способных вызывать психическое расстройство, хотя, разумеется, далеко не каждый поддается их влиянию. У заболевших в анамнезе иногда обнаруживается перенесенное в прошлом расстройство или информация о сходных состояниях у ближайших родственников. Порой создается впечатление, что больной просто изначально не представлял себе модели нормального, благополучного процесса старения, поскольку в своей семье не видел подобных примеров. Безусловно, от наличия определенных черт характера (таких как стойкость перед лицом испытаний) и эффективных стратегий совладания, выработанных в более ранние периоды жизни, во многом зависит реакция индивида на те трудности, с которыми ему доведется столкнуться на склоне лет.

## СИНДРОМЫ, ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

### Органические психосиндромы

#### ТЕРМИНОЛОГИЯ

Обратившись к данной теме, вы, по всей вероятности, встретитесь с обескураживающим многообразием терминов, употребляемых для обозначения в общем-то одних и тех же понятий. Наличие альтернативных терминологических выражений — следствие неадекватности простых классификаций в случаях, когда их пытаются применить для описания таких сложных и изменчивых в своих проявлениях феноменов, как органические психосиндромы позднего возраста, в этиологию которых обычно вносит вклад целый ряд факторов. Особенно важно понимать, что органический психосиндром, проявляющийся в течение многих месяцев, может ока-

заться обратимым, если все причинные факторы будут выявлены и скорректированы, после чего должно пройти определенное время, достаточное для реадaptации головного мозга.

Острая и хроническая «*мозговая недостаточность*» — термины, которых лучше всего избегать: мозг — несравненно более сложный орган, чем, например, печень или сердце, и данное понятие к нему попросту не вполне применимо. Острое и подострое «*состояния спутанности*» — широко используемые термины, синонимичные терминам «острый и подострый делирий»; мы предпочитаем последние два, поскольку «спутанность» — лишь один из компонентов гораздо более сложных синдромов. Термин «спутанность» на практике употребляется в разных случаях: в одних контекстах он относится к дезориентировке (во времени, пространстве или личности), в других — к неадекватному поведению (которое, например, выражается в том, что в палате больной пытается занять чужую постель).

## Острый и подострый делирий (F05) («состояния спутанности»)

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ  
И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ  
(см. с. 135)

Эта тема изложена на с. 135–138; здесь будут рассматриваться лишь те особенности данных состояний, которые имеют непосредственное отношение к гериатрической психиатрии.

Делирий следует дифференцировать, с одной стороны, с иными органическими психосиндромами, с другой — с аффективными расстройствами, такими как депрессия или гипоманиакальное состояние.

1. Проведение дифференциации между делирием и **деменцией** может вызвать затруднения, поскольку при наличии последней более вероятно возникновение спутанности и дезориентировки в случае развития интеркуррентного заболевания. Ключ к правильной постановке диагноза дает информация, полученная из надежного источника. Нередко за острым состоянием спутанности кроется синдром деменции (см. с. 138).
2. При **депрессивном расстройстве** (в случаях, когда имеются также нарушения слуха или зрения либо ограничение подвижности вследствие соматического заболевания) иногда создается впечатление, будто бы больной дезориентирован и находится в состоянии спутанности. **Псевдодеменция** — термин, используемый для обозна-

чения функционального расстройства, которое проявляется симптомами, напоминающими признаки деменции.

3. Необходимо также отличать от делирия некоторые более редкие состояния. К ним, в частности, относятся **острое нарушение кровообращения в доминантной полушарии головного мозга** (в этом случае у больного развивается моторная афазия, однако с невербальными тестами он справляется нормально) и **транзиторная глобальная амнезия**, связанная с билатеральным поражением височных долей.

## ЭТИОЛОГИЯ

Обычно к развитию делирия (как острого, так и подострого) у людей позднего возраста приводит множественная патология.

В большинстве случаев основным фактором является интеркуррентное соматическое заболевание. Другой важной причиной может быть лекарственная интоксикация вследствие приема прописанных врачом фармакологических средств. Немолодым пациентам часто назначают по несколько препаратов (от различных заболеваний), а из-за снижения функции печени и почек нарушается метаболизм и замедляется выведение из организма этих веществ. К тому же мозг становится более чувствительным к их действию, поэтому те уровни концентрации в крови, которые для более молодых пациентов являются терапевтическими, для старика могут оказаться токсическими.

Часто возникают проблемы ввиду того, что за впечатляющими симптомами делирия бывает просто разглядеть лежащее в его основе соматическое заболевание, которое у старых людей может протекать почти бессимптомно: пневмония без повышения температуры, инфаркт миокарда или язвенная болезнь — без болевого синдрома. Гипотермия (встречающаяся фактически только в позднем возрасте) также может проявляться подобным образом.

От галлюцинаций, иллюзий, ошибочной интерпретации реальных явлений человек — пока он здоров и относительно молод — обычно огражден благодаря сочетанию двух факторов: достоверной информации, получаемой от органов чувств, и адекватной ее обработки неповрежденным мозгом. Старики же, как правило, не могут полагаться ни на то, ни на другое. Их часто подводят и зрение, и слух; тем самым формируется почва для неправильного понимания, а также для иллюзий: неточно идентифицированный сигнал затем может быть искажен еще



больше, что и приведет к иллюзии. Невритический шум может проявляться по-разному. Воздействие гипоксии или интоксикации на нейроны изменяет активность нейротрансмиттеров, нарушая их синтез либо препятствуя обратному захвату или вызывая неадекватное их выделение. Такие эффекты могут быть обусловлены факторами, внешними по отношению к мозгу, например бактериальными токсинами или лекарствами. Кроме того, в результате процессов, связанных со старением, гематоэнцефалический барьер становится более проницаемым для токсических веществ, а возрастные структурные изменения в самом головном мозге повышают вероятность развития острого органического психосиндрома.

Следующий момент, о котором необходимо знать, состоит в том, что многие пациенты с деменцией успешно приспосабливаются к жизни в щадящих условиях — в окружении, предъявляющем к ним ограниченные требования; но под влиянием какого-либо стресса у них легко развивается состояние острой спутанности. Применительно к таким случаям иногда употребляют термины «компенсированная» и «декомпенсированная» деменция. Известно, что стрессоры, провоцирующие возникновение симптомов *депрессии* или *тревоги*, способны высвободить подострый делирий у прежде, казалось бы, здорового старого человека, — и потому тревожные и депрессивные состояния включаются в дифференциальную диагностику. Однако следует учитывать, что *психологические и социальные стрессы* при отсутствии явных признаков аффективного расстройства могут также вызвать декомпенсацию деменции, которая предстанет перед врачами в виде картины подострого делирия. К таким стрессовым факторам относятся любые резкие перемены в ближайшем окружении: смерть или тяжелая болезнь супруга, переезд в новый дом, госпитализация, обусловленная какими-либо другими (не связанными с деменцией) причинами, поездка на отдых.

В одних случаях причиной бывает потеря знакомого окружения, в других — чрезмерная насыщенность среды сильными раздражителями. Подобную перегрузку больной может испытывать даже в своем доме, например когда приезжающие на каникулы внуки-подростки создают там чересчур беспокойную обстановку, или же в шумном больничном отделении, где повсюду пугающие медицинские аппараты, а многочисленный персонал то и дело сменяется.

#### ТЕЧЕНИЕ

В большинстве случаев делириозное состояние проходит после выявления провоцирующих

факторов и проведения лечения; но временной промежуток между устранением физической причины делирия и восстановлением нормального психологического функционирования может составлять от нескольких дней до нескольких недель. В процессе выздоровления пациентов побуждают двигаться, говорить, тренируют их способность к запоминанию, проводят с ними занятия для восстановления и закрепления необходимых знаний и умений, в том числе навыков ведения домашнего хозяйства. Реабилитационная деятельность, включая «ориентировку в реальности», требует постоянной практической отработки и настойчивости для обеспечения как можно более полного раскрытия возможностей человека. При этом должно учитываться исходное состояние пациента, которое иногда удается существенно улучшить: например, подобрать новые очки для коррекции зрения, или справиться с тугоухостью, удалив серные пробки либо заказав слуховой аппарат, или облегчить боль в ногах, назначив соответствующее лечение. В случае уже развившейся деменции при проведении реабилитации ставится задача облегчить состояние и добиться уровня адаптации, достаточного для жизни вне больницы при наличии определенной поддержки.

### Деменция (F00–F02) (хронический органический психосиндром)

Деменцию можно определить как приобретенное нарушение высших психических функций (что выражается в снижении интеллекта, ухудшении памяти, изменении личности) без нарушения сознания.

Прослеживается четкая связь с возрастом: некоторые из вышеперечисленных нарушений наблюдаются у 5% населения старше 65 лет; среди лиц старше 75 лет этот показатель составляет 25%, а после 85 лет достигает 60%. Данное расстройство очень редко возникает в возрасте до 65 лет; в этих случаях употребляют термин «пресенильная деменция» (см. с.143).

Лишь примерно один из семи пожилых людей с деменцией помещается для постоянного проживания в специализированное учреждение (больницу, интернат или приют); тем не менее среди обитателей любых заведений для ухода за престарелыми страдающие деменцией составляют чрезвычайно большую долю — от 40 до 60%.

*Мультиинфарктная деменция* (F01.1), или артериосклеротическая деменция, чаще встречается



у мужчин; эта форма более распространена в возрастной группе от 65 до 74 лет, чем среди тех, кому больше 75 лет. С другой стороны, *болезнь Альцгеймера* (F00) — сенильная деменция альцгеймеровского типа — чаще поражает женщин; этот тип деменции — самый распространенный среди лиц старше 65 лет.

#### ЭТИОЛОГИЯ (см. с. 143)

Деменция может быть обусловлена различными патологическими процессами (см. с. 146), но в позднем возрасте к ее развитию нередко приводит совместное воздействие нескольких таких факторов в сочетании.

Помните о *потенциальной обратимости многих причин* деменции, возникающей в позднем возрасте. **Гипотиреоз, дефицит витамина B<sub>12</sub> и анемия** сами по себе редко вызывают данное заболевание, но каждое из этих состояний может играть определенную роль в патогенезе и, несомненно, усугубляет деменцию, вызванную болезнью Альцгеймера или атеросклерозом.

*Хронические инфекционные заболевания, запоры, нарушение зрения, слуха, ограничение подвижности, депрессия* и длительное пребывание в условиях среды, слишком бедной необходимыми стимулами, — все это способствует развитию деменции. Наконец, особо следует остановиться на действии **лекарств**. Этому вопросу должно уделяться пристальное внимание в каждом конкретном случае: иногда препараты назначаются в слишком высокой дозе; кроме того, некоторые из них взаимодействуют между собой, а их побочные эффекты (особенно часто возникающие у больных позднего возраста) могут усиливать симптомы деменции.

#### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ (см. с. 143)

На деменцию указывают анамнестические сведения о прогрессирующей глобальной деградации личности и снижении интеллекта (без сопутствующего нарушения уровня сознания), что должно быть подтверждено результатами исследования психического состояния, свидетельствующими об ухудшении способности к усвоению новой информации. При постановке диагноза в каждом конкретном случае следует учитывать, каких показателей мы можем ожидать от данного пациента, принимая во внимание его уровень образования и профессиональные достижения.

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1. **Мультиинфарктная деменция (F01.1)** отличается от деменции при болезни Альцгеймера (F00) внезапным началом, неравномерным, скачкообразным характером ухудшения состояния, наличием атеросклеротической и очаговой неврологической симптоматики при обследовании.
2. **Другие дегенеративные заболевания**, такие как *хорея Гентингтона* (F02.2; см. с. 144), *болезнь Пика* (F02.0; см. с. 144) и *болезнь Крейцфельда — Якоба* (F02.1; см. с. 145), встречаются редко, тогда как болезнь Альцгеймера (F00) и мультиинфарктная деменция (F01.1) представляют собой относительно распространенные состояния.
3. **На первичные и вторичные опухоли головного мозга** обычно указывает повышение внутричерепного давления; предполагаемый диагноз может быть подтвержден с помощью компьютерной томографии.
4. **Депрессивная псевдодеменция** описана далее (см. с. 261).
5. Деменцию нужно дифференцировать с явлениями, возникающими в результате **нормального старения**, такими как *старческая забывчивость* (в настоящее время чаще употребляется термин «возрастное нарушение памяти»). В последнем случае при тестировании пациент обычно забывает не все задание полностью, а только часть его; он осознает имеющиеся у него нарушения; нередко ему бывает достаточно легкого намека, чтобы припомнить нужную информацию. При деменции больные заполняют пробелы в памяти конфабуляциями и склонны смешивать прошлые и текущие события.

#### ТЕЧЕНИЕ

Течение **болезни Альцгеймера** в старческом возрасте часто приобретает менее злокачественный характер; темпы развития симптомов и стойких нарушений функций несколько замедляются. Это означает, что некоторые пациенты, страдающие этим расстройством, умирают от интеркуррентных заболеваний до появления наиболее тяжелых симптомов; у других, однако, развиваются как симптомы поражения коры теменной доли головного мозга, так и судорожные припадки. **Мультиинфарктная деменция** характеризуется эпизодами внезапного выпадения функций, любой из которых может выз-

вать преходящие симптомы острого органического психосиндрома. Однако крайние проявления расторможенной агрессивности (в частности, вспышки гнева) или сексуальной активности, иногда возникающие при пресенильных деменциях, гораздо реже наблюдаются в старческом возрасте.

## **Шизофрения и шизофреноподобные расстройства (F20; см. с.154)**

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ**

Большинство из тех, у кого шизофрения развилась в молодом возрасте, доживают до старости. К этому времени у одних наблюдаются преимущественно симптомы дефекта (см. с.155), тогда как у других негативная симптоматика сочетается с продуктивной — чаще всего персекуторным бредом, сопровождающимся галлюцинациями соответствующего содержания.

Иногда шизофреноподобный психоз впервые возникает в старости; в связи с некоторыми характерными особенностями это состояние называют *хроническим бредовым расстройством позднего возраста* (F22.8). Ведущими симптомами обычно являются слуховые галлюцинации, сопровождающиеся бредом преследования. Встречаются также персекуторные психозы с выраженными признаками депрессии.

### **ЭТИОЛОГИЯ**

Генетические факторы имеют меньшее значение, чем при шизофрении, возникающей в более молодом возрасте.

Хронические бредовые расстройства чаще наблюдаются у женщин, причем очень многим больным были присущи такие характерные преморбидные черты, как эмоциональная и половая холодность. Социальная изоляция, часто усугубляемая соматическими заболеваниями, ухудшением зрения, слуха, ограничением подвижности, формирует условия для развития галлюцинаторных феноменов и персекуторных идей.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Первым — и очень важным — шагом на пути к лечению должно стать заключение на рациональной основе терапевтического союза с пациентом, хотя добиться этого подчас бывает очень непросто.

Галлюцинации, как правило, можно подавить нейролептиками; но многие больные через некоторое

время прекращают прием препаратов (подобное незнательное отношение к лечению — обычная проблема в таких случаях), и симптомы возобновляются. Если же удастся убедить пациента постоянно принимать лекарства, то он часто возвращается к прежнему образу жизни и ведет себя как вполне приспособленный к существованию в обществе человек, хотя и отмечается некоторая отгороженность. Ожидаемая продолжительность жизни не снижается; в большинстве случаев возможно амбулаторное лечение. У больных позднего возраста, длительное время принимающих нейролептики, нередко отмечаются апатия и снижение активности, могут возникать и явные симптомы паркинсонизма. Однако следует избегать антипаркинсонического лечения, если это возможно. Нужно также стремиться назначать минимальные терапевтические дозы нейролептиков, позволяющие контролировать галлюцинации.

## **АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

### **Депрессивный эпизод (F32; см. с.171)**

Симптомы тревоги и депрессии обнаруживаются у 10–20% лиц позднего возраста, живущих дома. Среди тех, кто обращается к врачу общей практики, в амбулаторные учреждения медицинской помощи или в социальные службы, аналогичный показатель еще более высок. Депрессивные расстройства у лиц позднего возраста наблюдаются несколько реже, чем у более молодых (хотя симптомы депрессии широко распространены); относительно редко встречается гипоманиакальное состояние.

Люди позднего возраста по сравнению с более молодыми даже чаще предъявляют соматические жалобы в периоды психологического неблагополучия (см. гл.11). Типична ситуация, когда пациент первоначально обращается за медицинской помощью по поводу таких симптомов, как утомляемость, слабость, сердцебиение, потеря аппетита, запоры, одышка и боли, а в дальнейшем оказывается, что он страдает депрессивным расстройством. При этом иногда действительно присутствует соматическая патология (например, артрит, гемипарез или варикозное расширение вен), вызывающая некоторые из перечисленных проявлений, — но эта симптоматика обостряется вследствие нарушения настроения, которое больной может скрывать или отрицать.

**Отказ от активной деятельности** («Я уже слишком стар для этого — пора уступить дорогу молодым»), **нежелание выходить из дому** («Не-

*тверд я стал на ноги; еще упаду на улице, то-то будет кому-нибудь хлопот»*) — все это может быть обусловлено депрессивным заболеванием, но родственники в подобных случаях слишком легко принимают выдвигаемые старым человеком «объяснения». Действительно, мотивировки кажутся такими понятными и естественными... На самом же деле именно в этом кроется серьезная опасность для больных позднего возраста, поскольку снижается вероятность своевременной диагностики и лечения депрессии и тревоги. Здесь можно провести аналогию с депрессивными состояниями, вторичными по отношению к злокачественному заболеванию (см. с.121): в обоих случаях симптомы могут поддаваться лечению, а значит, их необходимо рассматривать как проявление болезни, подлежащее устранению, а не как «понятную» реакцию на обстоятельства.

С возрастом увеличивается риск завершеного суицида, и это всегда нужно учитывать в случаях, когда депрессия развивается у человека преклонных лет, особенно если он живет в одиночестве и страдает соматическим заболеванием. Хотя некоторые старики, бывает, угрожают самоубийством ради того эффекта, какой подобные заявления производят на окружающих, — все же нельзя забывать, что показатель распространенности суицида в старших возрастных группах существенно повышен. Поэтому любой намек на то, что старый человек размышляет о самоубийстве, нужно воспринимать серьезно, и врач должен обеспечить адекватное наблюдение и активное лечение. На практике это чаще всего означает госпитализацию. Пожилые люди, оставшиеся в живых после предпринятой суицидальной попытки, обязательно должны быть помещены в больницу — добровольно, если это возможно; в противном случае необходимо прибегнуть к предусмотренной законом процедуре принудительной госпитализации.

### **Психотическая депрессия (F32.3; см. с.174)**

При психотической депрессии бредовые идеи самоуничтожения, обнищания и нигилистический бред возникают у больных любого возраста, но в позднем возрасте часто встречается также бред паразитарного заражения (инвазии) и наличия рака, обычно сопровождающийся психомоторной симптоматикой — возбуждением либо заторможенностью.

Нередко бывает сложно провести дифференциацию между болезнью Паркинсона и психотической депрессией, поскольку при обоих состояниях пациент может выглядеть заторможенным. Как уже

неоднократно подчеркивалось, в подобных случаях правильный диагноз зависит от тщательного сбора анамнеза.

### **Псевдодеменция**

В данном случае речь пойдет о ситуациях, когда пациент, страдающий депрессией, во время исследования психического статуса плохо справляется с тестами на краткосрочную память. Это иногда вводит в заблуждение неопытного клинициста, который принимает состояние больного за истинную деменцию. Отличить *депрессивную псевдодеменцию* от дегенеративных деменций позволяет тщательно собранный анамнез, указывающий на быстрое развитие заболевания с изначальным преобладанием симптомов тревоги и депрессии; могут быть получены также сведения о ранее перенесенных депрессивных эпизодах.

Даже если обследование ограничивается простым тестовым материалом (таким, как Ньюкаслская шкала), переживания больного, связанные с тяжелой депрессией, низкой самооценкой и неуверенностью в себе, нередко находят выражение в высказываниях определенного характера, например:

*Не знаю, ничего я не знаю. Не стоит со мной и возиться... Где уж мне сейчас со всем этим справиться.*

В противоположность этому некоторые пациенты с деменцией могут очень уверенным тоном давать неправильные ответы, иногда прибегая к конфабуляциям.

### **Маниакальное состояние (F30; см. с.178)**

Маниакальное состояние возникает у лиц позднего возраста реже, чем у молодых. Смешанные состояния, при которых сочетаются симптомы депрессии и маниакального состояния, могут привести в замешательство как самого больного, так и его родственников. Типичная для более молодого возраста картина в позднем, как правило, не наблюдается — у таких пациентов заболевание принимает иные формы. Раздражительность, неприкрытая агрессивность или даже параноидная подозрительность и обидчивость встречаются чаще, чем приподнятое настроение и ощущение благополучия. Существует вполне реальная опасность, что чрезмерная активность в сочетании с недостаточностью питания и сна может создать угрозу для жизни: при таких условиях повышается риск развития серьезного сердечного или респираторного заболевания.

## **АЛКОГОЛИЗМ И ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (F10–F19; см. с.182–193)**

Некоторые из тех, у кого зависимость от алкоголя сформировалась в молодые или в зрелые годы, умудряются дожить до старости, а среди лиц с зависимостью от снотворных средств или от «малых» транквилизаторов доля достигающих старческого возраста сейчас гораздо выше. По мере того как у таких больных развивается сопутствующая патология печени или мозга, их толерантность к алкоголю и прочим психоактивным веществам может снижаться, в связи с чем возрастает риск возникновения органических психосиндромов и других психических расстройств.

Бывает, что именно в позднем возрасте некоторые люди (особенно женщины) впервые начинают пить либо обращаются к транквилизаторам. Эти препараты им обычно назначает врач для снятия симптомов депрессии или тревоги, хотя иногда формирование зависимости связано с расторможенностью, обусловленной нарастающей деменцией. Такие пациенты чаще всего попадают в поле зрения врачей в связи с осложнениями (спутанностью, падениями, пренебрежением своими насущными потребностями). Порой о проблеме сообщают смущенные родственники или же домашняя прислуга, которую больной пытался использовать в качестве поставщиков.

В теории путь к излечению пациентов, у которых зависимость возникла в позднем возрасте, представляется достаточно прямым и гладким. Очевидно, что необходимо исключить прием соответствующего вещества, одновременно приняв надлежащие меры для ликвидации проблем, которые спровоцировали формирование зависимости. Однако на практике, как правило, возникают трудности — иногда ввиду неустранимости некоторых социальных проблем, но в большинстве случаев — из-за упорного сопротивления со стороны больного.

## **УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (F70–F73; см. с.216–224)**

Те умственно отсталые люди, которые достигают позднего возраста, после смерти родителей обычно находятся под опекой сестер или братьев. Если вследствие болезни или смерти опекуна такой человек — с его весьма ограниченной способностью к адаптации — оказывается перед лицом непо-

сильных для него проблем, то он может выглядеть как страдающий депрессией или находящийся в состоянии «спутанности».

## **ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

### **Обследование на дому**

Проведение обследования в на дому у пациента имеет ряд преимуществ. Это не только удобно для больного, но и дает врачу возможность наблюдать за его функционированием непосредственно в тех условиях, в которых были выявлены нарушения, ставшие поводом для данного визита. Облегчается получение чрезвычайно ценной информации о личной жизни пациента, об имеющихся психотравмирующих обстоятельствах и доступных источниках поддержки. Если принято решение о госпитализации больного, можно заблаговременно обсудить с родственниками вопрос о перспективах его дальнейшего лечения и организации ухода за ним после выписки. Однако некоторых пациентов позднего возраста лучше обследовать в больнице.

### **Соматическое обследование**

В дополнение к обычному соматическому обследованию, включающему взвешивание, анализ мочи и т.п., важно проверить зрение (с очками), слух (с любым слуховым аппаратом), состояние зубов (и протезов), нижних конечностей, равновесие и координацию движений, а также провести ректороманоскопию.

Во всех случаях проводят полное исследование крови (включая биохимическое), рентгенографию грудной клетки; наряду с этими могут быть назначены и другие процедуры при наличии соответствующих показаний. Если есть возможность, следует использовать компьютерную томографию для исключения какой-либо еще интракраниальной патологии помимо связанной с инволюционными изменениями.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Первостепенное значение имеет формирование доверительных взаимоотношений между сотрудниками лечебной бригады, с одной стороны, и пациентом и его родственниками — с другой. Психоло-

гическое лечение обычно носит аналитический или поддерживающий характер. Зависимость от психотерапевта вряд ли будет интенсивной и может поддерживаться в течение сравнительно длительного времени, пока пациент не достигнет достаточного уровня адаптации к новым обстоятельствам.

При выборе дозы психотропных препаратов важно правильно скорректировать ее с учетом низкой массы тела и снижения почечной функции у многих больных позднего возраста. Высокая концентрация лекарственного вещества в крови достигается легко и может повышаться еще больше по мере накопления его в организме. Одновременный прием пациентом других препаратов (прописанных по поводу иных заболеваний) означает, что к нежелательным эффектам назначенных психотропных средств могут присоединиться негативные последствия взаимодействия лекарственных веществ. Следовательно, нужно удостовериться в том, что все принимаемые препараты действительно необходимы и ни один из них не назначен в слишком высоких дозах.

Однако врач не должен, опасаясь вероятных осложнений, воздерживаться от назначения лекарств в тех случаях, когда больной в них действительно нуждается. Не следует забывать: возникающее в позднем возрасте психическое расстройство обычно причиняет тяжкие страдания, которые можно устранить; к тому же оно способно привести к преждевременной смерти в результате самоубийства.

### **Техника беседы с лицами позднего возраста**

Приступая к беседе с пожилым человеком, важно *принимать во внимание возрастные особенности, в частности некоторую медлительность, склонность быстро утомляться, значительную вероятность ограничения подвижности, нарушений памяти, зрения, слуха.* Проследите за тем, чтобы ваше лицо находилось на одном уровне с лицом пациента, убедитесь, что ему хорошо видны ваши глаза и губы; старайтесь говорить медленно и отчетливо. Поверьте — эти небольшие хлопоты оправдают себя: ведь благодаря им удастся компенсировать старческую тугоухость, если она имеется. Не думайте, однако, будто бы все старики глуховаты, подслеповаты и с трудом сообщают!

У людей солидного возраста есть, как правило, свои устоявшиеся представления о надлежащем внешнем виде и манере поведения врача (и очень важно не обмануть их ожиданий): *вежливость, вни-*

*мательное отношение к больному имеют принципиальное значение.* Ряд коротких бесед нередко более продуктивен, чем попытка во что бы то ни стало «выжать» из пациента всю информацию за один раз. Стоит заимствовать один полезный принцип из акушерской практики: обоим участникам беседы не мешало бы позаботиться о том, чтобы перед ее началом мочевого пузыря был пустым.

Хотя в ходе интервью вы должны побуждать пациента концентрировать внимание на изложении текущих проблем, следует время от времени позволять ему «лирические отступления», давая возможность поделиться воспоминаниями. Тем самым вы продемонстрируете свой интерес к собеседнику и его опыту, что будет способствовать укреплению взаимного доверия.

Поскольку в позднем возрасте нередки такие явления, как нарушения памяти и спутанность, нельзя полагаться исключительно на информацию, полученную от самого пациента, — обязательно нужно *побеседовать и с родственниками.* Многим больным позднего возраста свойственно не замечать проблем, очевидных для окружающих, а некоторые пытаются отрицать наличие даже тех нарушений, о которых сообщают другие.

### **Исследование психического статуса пациентов позднего возраста**

Как и при обследовании любых других пациентов, начинаем с *детального наблюдения* и описания внешнего вида больного, его поведения и спонтанной речи. Если обследование проводится у пациента на дому, следует описать также обстановку, в которой он живет. Так, запущенность помещения может свидетельствовать о давнем пренебрежении правилами гигиены или о неспособности справляться с повседневными делами, в том числе с ведением домашнего хозяйства. Многочисленные засовы, замки и задвижки, надписи враждебного содержания, вероятнее всего, указывают на параноидное расстройство.

Порой подобными наблюдениями и приходится ограничиться, поскольку состояние больного на данный момент не позволяет провести более формализованное обследование. В таких случаях необходимо получить соответствующую информацию от родственников, а со временем — как только соматический статус пациента улучшится — вернуться к изучению его психического состояния.

*Особое значение имеет изучение когнитивных функций, поскольку среди лиц позднего возраста*

распространены состояния спутанности и синдромы, приводящие к деменции. Однако здесь неопытного или невнимательного врача подстерегает немало ловушек. Очень легко ошибочно установить «недостаточное понимание текущих событий» и «нарушение способности к усвоению новой информации» у престарелого пациента, который страдает депрессией, тревогой, испытывает физический дискомфорт, боль или же просто неловко чувствует себя в необычной обстановке. Вы можете прийти к выводу о наличии у больного деменции или спутанности, а между тем низкие показатели при тестировании иногда бывают обусловлены неадекватным его проведением. Возможно, дело в том, что был задан чрезмерно высокий темп или вся процедура оказалась слишком продолжительной, либо задания были чересчур сложными или вы их недостаточно четко объяснили. Короче говоря, простые тесты, которые легко выполнить, дают более надежные результаты. Имеется целый ряд подходящих для этой цели тестов-вопросников, которые требуют как восстановления в памяти давно усвоенных знаний, так и точного воспроизведения новой информации. Одним из таких тестов является Ньюкаслская шкала Блесседа и Рота, преимущество которой состоит в том, что она валидизирована путем сравнения с данными посмертных исследований. У пациентов, чьи результаты при тестировании по данной шкале были высокими, головной мозг оказался относительно сохранным. У больных с низкими показателями и с анамнезом, указывающим на деменцию, были обнаружены дегенеративные изменения мозга, степень тяжести которых коррелирует с результатами тестирования.

#### ПРИМЕНЕНИЕ НЬЮКАСЛСКОЙ ШКАЛЫ

Сокращенный вариант Ньюкаслской шкалы представлен в карте-памятке (см. в конце книги). Методика ее применения и расчета показателей очень проста: записывайте ответы пациента (с собственными комментариями), за каждый правильный

прибавляя одно очко. При выполнении теста на узнавание людей больному предлагают опознать отсутствующих в комнате либо спрашивают у него, кто изображен на фотографиях, стоящих на тумбочке или висящих на стене.

#### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ

Ньюкаслскую шкалу следует рассматривать как приблизительный, упрощенный, рассчитанный на оперативное получение результатов клинический тест, который позволяет судить о состоянии когнитивных функций и наличии их нарушения на данный момент, но не дает прямых указаний на конкретный диагноз. Большинство людей позднего возраста при отсутствии нарушений когнитивного функционирования наберут на один-два балла меньше максимально возможного результата. Следовательно, если при использовании всех десяти вопросов сумма баллов, набранных пациентом, не превышает восьми, это свидетельствует о недостаточности когнитивных функций.

#### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Arie, T. (ed.) (1992) *Recent Advances in Psychogeriatrics* (2). London: Churchill Livingstone.
- Blessed, G., Roth, M. and Tomlinson, B. (1968) The association between quantitative measures of dementia and senile change in the grey matter. *British Journal of Psychiatry* 114: 797–811.
- Blythe, R. (1981) *The View of Winter*. Harmondsworth: Penguin.
- Jacoby, R. and Oppenheimer, C. (1991) *Psychiatry in the Elderly*. Oxford: Oxford University Press.
- Pitt, B. (1982) *Psychogeriatrics*. London: Churchill Livingstone.
- Qureshi, R. and Hodgkinson, H. (1974) Evaluation of a ten item mental test in the institutionalised elderly. *Age and Ageing* 3: 152–157.

**Часть IV ПСИХИАТРИЯ  
ДЛЯ ВРАЧА-СТАЖЕРА  
И ПРАВОВЫЕ  
АСПЕКТЫ  
ПСИХИАТРИИ**

## 20 Психиатрия для врача-стажера

В период стажировки в психиатрическом отделении вы научитесь продуктивно использовать свое время и основательно отработаете всю систему соответствующих знаний и навыков. Этим багажом вы обрратите за время пути, однако есть вещи, которые потребуются вам с первых же шагов. Чтобы сократить дорогу к их приобретению, мы собрали здесь эти крупницы в узелок. Приведенные в данной главе краткие полезные советы стоит усвоить уже в течение года, предшествующего ординатуре. Среди больных, которых вам предстоит осматривать в травматологических пунктах или в приемном отделении больницы, наверняка будут часто встречаться лица с аффективными расстройствами, острыми органическими психосиндромами и различными нарушениями, обусловленными употреблением алкоголя. При ведении таких пациентов, как правило, возникают трудности психологического характера. Научившись распознавать эти заболевания и оказывать соответствующую помощь, вы в значительной степени повысите свое мастерство как врача.

Открыв эту главу разделом по технике беседы (не забывайте: это не руководство по методике ее проведения — мы лишь акцентируем внимание на определенных моментах!), далее мы рассмотрим вопросы о том, какую тактику лучше избрать, если нужно сообщить родственникам пациента плохие известия; как справляться с психологическими последствиями оперативных вмешательств; как работать с умирающими больными и с людьми, недавно пережившими тяжкую утрату. Заключительные разделы посвящены неотложным случаям, связанным с психическим состоянием пациентов (включая агрессивное поведение больного, умышленное самоотравление и т.п.), в практике учреждений, оказывающих экстренную помощь.

### КОГДА СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ НАЛИЧИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Во второй главе мы уже обращали ваше внимание на **вербальные и невербальные** признаки, указывающие на возможное наличие психического расстройства (см. с.17, 20–21). Постарайтесь научиться замечать их и в процессе сбора анамнеза предоставляйте таким пациентам возможность рассказать вам, как они себя чувствуют. Выработайте у себя привычку — на этапе проведения «проверки по системам» в ходе беседы задавать всем своим больным следующие вопросы:

*Какое у вас обычно настроение?*

*Вы очень беспокоитесь о своем здоровье?*

*Как вы спите?*

Это позволит получить много ценной информации о пациентах. Кроме того, в зависимости от содержания их ответов вы нередко сможете самым естественным образом перейти к сокращенному обследованию психического статуса в целях выявления аффективных расстройств (см. следующий раздел).

В процессе обследования пациентов не забывайте обращать внимание на оценку уровня бодрствования: при малейших сомнениях проведите тесты на **ориентировку** для исключения острого органического психосиндрома. При обследовании пациентов позднего возраста целесообразно применить Ньюкаслскую шкалу, позволяющую выявить наличие поражения головного мозга; для более молодых используйте обычные тесты памяти (их, как и Ньюкаслскую шкалу, вы найдете в карте-памятке в конце книги).

Но вот вы уже садитесь писать историю болезни. Можно ли признать наблюдаемые у пациента симптомы типичными для какого-либо соматического заболевания — или же они атипичны, своеоб-



разны? Если что-то представляется вам необычным, проведите сокращенное обследование психического статуса с целью выявления аффективных расстройств (см. ниже).

Нет ли у пациента какого-либо заболевания, которое может быть связано с употреблением алкоголя (см. с.183)? Если есть, то задайте соответствующие вопросы, приведенные на с.186 и воспроизведенные в карте-памятке. Будьте готовы перейти к сбору алкогольного анамнеза (см. с.186), если ответы больного дадут для этого основания.

## СОКРАЩЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

(см. карту-памятку)

Это обследование обязательно должно проводиться, если есть основания подозревать, что пациент страдает аффективным расстройством. Многие из включенных в предлагаемую схему вопросов вы, наверное, задаете в любом случае. Но прежде вам вряд ли удавалось использовать их таким образом, чтобы получаемые ответы помогали сформировать мнение о наличии у обследуемого определенных психологических проблем. Обратите внимание, что схема содержит — наряду с более общими — вопросы, посвященные непосредственно депрессии и тревоге.

**Вопросы, выделенные жирным шрифтом, нужно ставить всем пациентам, а тем, кто дал утвердительный ответ хотя бы на один из них, задают остальные вопросы.**

### Подсчет баллов и интерпретация показателей

Чем больше суммарное количество баллов, тем вероятнее наличие аффективного расстройства. Вопросы, включенные в группу «Т», имеют отношение к тревоге, а входящие в группу «Д» — к депрессии. Задумайтесь над тем, какая связь возможна между выявленным вами расстройством и теми соматическими симптомами, которые побудили пациента обратиться за медицинской помощью (см. с.120–121). Если у больного наблюдаются проявления тревоги при отсутствии признаков депрессии, то скорее всего окажется, что поводом для визита к врачу послужили именно симптомы тревоги, и в этом случае вы сможете оказать ощутимую помощь.

(Разработанные для исследовательских целей диагностические критерии тревожных и депрессивных состояний приведены на с.167–168, 173–174.)

## Краткий социальный анамнез

Концентрируйте внимание в большей степени на текущих условиях жизни пациента, чем на подробностях, касающихся его прошлого. Целесообразно задавать следующие вопросы:

*Кто еще проживает совместно с вами?*

*Доставляют ли они вам какое-либо беспокойство?*

*Как вам живется вместе?*

*Случалось ли в последнее время что-нибудь такое, что могло вывести вас из душевного равновесия?*

*Испытываете ли вы трудности, связанные с вашим местом жительства?*

*Возникают ли какие-либо проблемы на работе?*

*Ощущаете ли вы финансовые трудности?*

## Встреча с родственниками

В случаях, когда вы подозреваете, что у пациента есть серьезные социальные или семейные проблемы, следует назначить встречу с родственниками. Если вы не располагаете временем или не уверены, что сумеете разобраться в этой слишком запутанной ситуации, попросите социального медицинского работника помочь вам.

## Тактика

Тактика в отношении различных расстройств описана в предыдущих главах. Во всех случаях больные нуждаются в разъяснениях и поддержке. Если вы еще не прочли раздел об особенностях ведения пациентов с соматизацией, рекомендуем обратиться к с.211–214.

## КАК СООБЩАТЬ ПЛОХИЕ ИЗВЕСТИЯ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТА

Одна из самых неприятных задач среди тех, что неизбежно выпадут на вашу долю, — сообщить родственникам больного (совершенно незнакомым для вас людям) о том, что близкий им человек умирает. Однако на протяжении вашей практики вам придется делать это не так уж редко. К сожалению, порой врачи (возможно, потому, что сами испытывают

сильный дискомфорт в подобных ситуациях) невольно увеличивают бремя, лежащее на плечи родственников в такие моменты. Психологически верный подход поможет избежать излишнего стресса.

1. Прежде всего представьтесь родственникам больного и спросите, можно ли сказать им «несколько слов». Проведите их в комнату для собеседований, где есть возможность поговорить в конфиденциальной обстановке, и усадите.
2. Начните примерно с такой фразы: *«Я думаю, вас очень волнует состояние вашего отца (брата и т.п.)»*. Сделайте паузу, чтобы дать им возможность ответить. Если высказанное вами предположение подтверждено, спросите: *«Как отразились на вас эти переживания? Удастся ли вам все же хорошо спать?»*. Задайте также любые другие вопросы, какие сочтете уместными: это позволит узнать кое-что о родственниках, а полученная информация пригодится вам в ходе дальнейшей беседы.

Постарайтесь составить представление о том, предвидят ли они — уже сейчас — возможность самого худшего? В противном случае не исключено, что предстоящее сообщение вызовет тяжелое потрясение.

3. Используйте четко сформулированную **переходную фразу**, например такую: *«Я пригласил вас в связи с тем, что в последнее время появились некоторые новые сведения о болезни вашего отца (брата и т.д.)»*. После такого вступления родственники с особым вниманием выслушают ваше сообщение.

Затем ясно и точно (избегая употребления специальных терминов) объясните, что именно было обнаружено. Если есть какие-то позитивные моменты (например, опухоль операбельна), **обязательно отметьте это на данном этапе**, но пока что не углубляйтесь в подробности лечения.

4. Опять сделайте паузу. Это дает родственникам возможность осмыслить сказанное вами и задать вам вопросы. Данный этап очень важен, и не стоит за счет него сокращать время беседы.
5. Почти наверняка вас спросят о возможном лечении; если же нет — сами поднимите этот вопрос и сразу дайте соответствующие разъяснения. Лечение всегда имеет хорошие и плохие стороны. Непременнo начните с **хорошей стороны**, укажите, чего можно ожидать в наиболее благоприятном случае. Если есть шанс на исцеление,

сообщите об этом; в противном случае расскажите, чего планируется достичь с помощью предлагаемых мер. Например, если намечено создать обводную кишечную петлю, огибающую головку поджелудочной железы, которая поражена неоперабельной карциномой, — объясните, как будет развиваться процесс в случае отказа от операции и что она может дать при успешном осуществлении.

Раскрыв позитивные цели предлагаемого лечения и убедившись, что они правильно восприняты родственниками, *продолжайте сообщение, освещая негативные моменты*: уровень смертности при планируемой операции или побочные эффекты лучевой терапии. В тех немногих случаях, когда никакого лечения не предлагается (и, следовательно, нечего обсуждать), сделайте акцент на мерах, которые вы собираетесь предпринять, чтобы облегчить участь больного.

6. На этом этапе наиболее вероятен вопрос о том, сколько остается жить пациенту. *Никогда не указывайте конкретного срока*: вы не можете знать наверняка. В случаях, когда есть — пусть даже очень слабые — шансы на излечение, не забудьте упомянуть об этом. Если у вас имеются какие-то предположения, варьирующие в широких пределах, лучше ошибитесь в сторону оптимизма: надежда поддерживает жизнь, отчаяние — убивает.
7. Под конец обычно возникает вопрос о том, что именно следует сказать самому больному. Никогда не берите «клятву молчания» с близких пациента: они знают его куда лучше, чем вы. Целесообразно поставить родственников в известность о том, какую информацию вы сообщали больному до сих пор. Поинтересуйтесь: как они полагают — предпочел бы сам пациент узнать правду или остаться в неведении? Если они намерены рассказать ему обо всем, а вы считаете, что пациент слишком слаб, чтобы выдержать такой стресс сразу после операции, — *ваша обязанность предупредить об этом родственников*. Решение вопроса о том, какую информацию в подобных случаях следует сообщать пациенту, обсуждается на с.271.
8. Заканчивая беседу, предложите родственникам через некоторое время встретиться снова, если у них возникнут к вам дальнейшие вопросы. Помните, что они сейчас очень сильно встревожены и оттого просто не в состоянии усвоить все, что было сказано вами во время этой беседы.

Поэтому будьте готовы многое повторить при следующей встрече. Если у вас и после этого остаются сомнения в адекватности восприятия ими информации, попросите их пересказать вам полученные от вас же сведения.

Если состояние здоровья кого-либо из родственников вызывает у вас серьезное беспокойство, посоветуйте им обратиться к семейному врачу, пообещайте также позвонить ему и объяснить ситуацию. Родственники больного — не ваши пациенты.

## ПОСЛЕДСТВИЯ КАЛЕЧАЩЕЙ ОПЕРАЦИИ

Проводилось много исследований, посвященных изучению психологических проблем и психических расстройств у пациентов, перенесших калечащее хирургическое вмешательство, включая мастэктомию, экстирпацию матки, колостомию и ампутацию конечностей. Согласно полученным результатам, в каждой из этих групп 20–40% больных страдают психическими (главным образом аффективными) расстройствами, которые, как свидетельствуют ка-тамнестические данные, сохраняются по меньшей мере в течение года. Наблюдаемые изменения ни в коем случае не являются исключительно последствиями хирургического вмешательства самого по себе. Как правило, присутствуют и другие серьезные факторы, влияющие на психическое состояние; к ним относятся воздействие заболевания (часто злокачественного), приведшего к операции, а также нежелательные эффекты любого другого лечения (помимо хирургического), которое получал пациент.

Различные пути формирования взаимосвязей, которые могут возникать между соматическими и психическими расстройствами, описаны в гл. 11. Этот раздел посвящен описанию психологических реакций на заболевание и лечение.

### Психологические реакции, возникающие после калечащих операций

1. **Неопределенность**, связанная с лечением и его вероятным исходом (а также соответствующими последствиями для больного и его семьи), порождает страх.
2. Чувство **беспомощности** возникает вследствие ощущения потери контроля над собственным телом, приводящей к необходимости зависеть от других.

3. Чувство **вины** и склонность к самобичеванию часто связаны с мыслями о том, что страдания, причиняемые как болезнью, так и лечением, — это кара за какие-то (реальные либо воображаемые) прегрешения или недостатки.
4. **Ощущение неудачи**, провала отчасти связано именно с этими мыслями о расплате за былые ошибки, отчасти — с осознанием того факта, что теперь уже, вероятно, слишком поздно пытаться реализовать свои честолюбивые планы и замыслы. (Явления, описанные в пунктах 3 и 4, могут быть симптомами депрессивного расстройства.)
5. Опасение подвергнуться **стигматизации** в связи с обезображиванием тела и ожидаемым эффектом, который это может произвести на окружающих. Страх оказаться в роли отверженного и избегаемого нередко приводит к социальной изоляции.
6. **Изоляция** выражается в том, что пациент избегает общения с другими людьми, стремясь таким образом избавиться от неловкости как себя, так и окружающих. Вследствие такого поведения он может лишиться социальной поддержки именно тогда, когда больше всего в ней нуждается.
7. **Гнев и обида** в связи с потерей части себя и нарушением нормального функционирования часто выражаются в форме вопроса: «Ну почему именно я?!».
8. **Сексуальные проблемы** часто (в одной трети случаев) возникают после мастэктомии, к типичным последствиям которой относятся ощущение потери женственности и снижение самооценки. После колостомии сексуальные отношения обычно нарушаются, поскольку больной опасается, что в самый неподходящий момент может произойти выделение кишечных газов, сопровождающееся шумом и запахом, и боится быть отвергнутым партнером.
9. **Негативные последствия лечения**, применяемого при злокачественных новообразованиях, включают в себя утомляемость, тошноту, рвоту, выпадение волос, аменорею, импотенцию, обусловленную приемом цитотоксических препаратов и (или) лучевой терапией.
10. **Стойкое неадекватное поведение, связанное с реакцией на болезнь**, если оно продолжается уже после выздоровления от соматического заболевания, может привести к длительной инвалидности, обусловленной вторичными выгодами (см. с.202)

## Причины негативной реакции

Может казаться совершенно очевидным, что после перенесенной калечащей хирургической операции человек неизбежно должен переживать, по меньшей мере, некоторые психологические трудности. Однако на самом деле лишь у незначительной части пациентов развивается выраженное психическое расстройство, тогда как большинство, по-видимому, хорошо приспособляется к своему положению, хотя для такой адаптации требуется некоторое время. Какие же факторы определяют, у кого возникнут наиболее выраженные негативные реакции?

Самым значимым предиктором развития аффективного расстройства является наличие психологических проблем, описанных выше. Более уязвимы пациенты с аффективным расстройством в анамнезе — своем собственном или *семейном*. Важную роль играют *преморбидные черты личности*, в особенности степень, в какой человеку ранее была присуща способность адаптироваться к психотравмирующим ситуациям и принимать собственное несовершенство: перфекционисты более склонны к развитию аффективного расстройства.

У того, кто уверен в своем положении и имеет стабильные взаимоотношения, больше шансов сохранить все это и получить адекватную поддержку, тогда как опасаящиеся отвержения гораздо чаще лишаются ее, оказываясь в изоляции.

Характер реакции детерминируется, кроме того, некоторыми более непосредственными факторами. При явном, бросающемся в глаза обезображивании негативный эффект выражен сильнее, чем при отсутствии такового. Большое значение имеет относительно ясное представление о вероятном исходе операции: часто неопределенность переносится труднее, чем осведомленность о неутешительном прогнозе (хотя не менее важно поддерживать у пациента некоторую надежду). Сопутствующие проблемы, например финансовые, производственные, жилищные или связанные с личными отношениями, также усиливают психологическую нагрузку и повышают риск неадекватной адаптации.

## Тактика

### ВЫЯВЛЕНИЕ

Очень часто психические расстройства, возникающие после калечащей хирургической операции, остаются незамеченными врачами и средним медицинским персоналом. Большинство пациентов не

предъявляют жалоб на тревогу и депрессию, если их не спрашивают об этом специально. Следовательно, адекватное ведение таких больных требует от персонала осведомленности о характере этих проблем, их частоте и причинах, а также проведения **активного опроса** (предпочтительно в порядке обязательного скрининга) для выявления тех, кто наиболее нуждается в помощи.

Как показывают результаты исследований, персонал отделений общесоматического профиля поощряет пациентов, которые «держат улыбку» (пусть даже это и не соответствует обстоятельствам): им уделяют больше времени и внимания, относясь к ним более позитивно. Больные, открыто демонстрирующие негативные переживания, нередко отвергаются персоналом, их помещают в палаты, расположенные на периферии отделения или наиболее удаленные от поста медсестры.

### ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ

Оказание помощи при неблагоприятной реакции на перенесенную операцию включает в себя ряд мер. В частности, больному должна быть предоставлена возможность выразить свои чувства (*психическая вентиляция переживаний*), не опасаясь отвержения. Если вы к тому же сообщите ему *ясную и точную информацию*, это поможет поддержать и успокоить пациента. На всех стадиях, особенно на самых ранних, важно обеспечить *адекватное обезболивание*. Большое значение имеет организация *консультирования* по определенным практическим вопросам (как заказать протезы и научиться пользоваться ими, как приспособиться к последствиям колостомии и т.п.) и содействие в разрешении *проблем, связанных с работой, и затруднений в сексуальных отношениях*. В случае выявления у больного признаков аффективного расстройства методы лечения не отличаются от применяемых при аналогичных заболеваниях у соматически здоровых людей. Однако нужно учитывать, что пациентами соматических отделений обычно лучше переносятся блокаторы обратного захвата серотонина (флуоксетин или сертралин) или норадреналина (лофепрамин), чем трициклические антидепрессанты.

## ВЕДЕНИЕ УМИРАЮЩИХ БОЛЬНЫХ

Многие из психологических проблем и реакций, возникающих у тех, кто перенес калечащую хирургическую операцию или злокачественное заболевание, характерны и для умирающих больных. Меди-

цинский персонал должен учитывать высокую вероятность наличия таких проблем, а также аффективных расстройств, предпринимая активные действия для их своевременного выявления и оказания соответствующей помощи. Если умирающий оказывается изолированным в укромной палате в дальнем конце больничного коридора, где его окружает аура отчуждения (демонстрируемого медперсоналом и членами семьи), — это усиливает испытываемые им страх и печаль. При таком обращении человек фактически лишается возможности достойно окончить свою жизнь.

Не все из тех, кто приближается к смерти, понимают это, однако такое осознание встречается все же гораздо чаще, чем принято считать. Согласно данным, полученным при опросах таких обреченных людей, *по меньшей мере 75% из них осознают (полностью или частично), что умирают*. Однако большинство из них не говорят об этом с больничным персоналом, и лишь примерно в половине случаев больные делятся этой информацией с супругом. Иногда пациенты выражают желание «обсудить ситуацию более подробно», хотя и не обязательно с врачом. Ниже изложены наиболее важные моменты, которые должны учитываться при ведении умирающих больных.

1. Необходимо принимать меры для устранения или **смягчения соматических симптомов, причиняющих страдания**; пациент должен твердо знать, что обезболивание будет доступно ему в любой момент, *как только возникнет такая потребность* (а не исключительно в строгом соответствии с графиком инъекций анальгетиков).
2. Большое значение имеет формирование доверительных **взаимоотношений между пациентом и врачом**: больной должен быть уверен, что врач разделяет его систему ценностей, касающихся соблюдения приемлемого баланса между стремлением к поддержанию жизни и обеспечением относительно спокойной и достойной смерти.
3. Следует организовать предоставление **консультаций родственникам** больного, которые порой не в состоянии смириться с мыслью о неотвратимости его смерти и могут обращаться к неадекватным (нередко причиняющим неоправданные страдания) методам лечения. Кроме того, близким пациента нужно помочь преодолеть чувство неловкости и найти верный тон при общении с ним, а также справиться со своим горем (как при жизни больного, так и после его смерти).
4. Создайте все условия для того, чтобы больной мог **поддерживать тесные личные контакты** с родственниками и друзьями: общение с близкими людьми, разделяющими его интересы, скрасит его существование; порой он может открыть кому-либо из них свои переживания, что несколько смягчит горе. В случаях, когда пациент не нуждается в больничном лечении, а его родственники утверждают, что могут обеспечить необходимый уход, следует рассмотреть возможность выписки больного домой.
5. **При крайне выраженной тоске, проявлениях тяжелых душевных страданий необходимо проводить соответствующее симптоматическое лечение**. С этой целью используют транквилизаторы или седативные средства; лечение антидепрессантами применяется по обычным показаниям. Однако надлежит избегать неоправданной и избыточной седации, которая может усугубить испытываемый больным дистресс, препятствуя его контактам с другими людьми, а также участию в важных для него религиозных обрядах. Кроме того, следует помнить, что не все боятся смерти: многое зависит, например, от возраста, религиозных убеждений, а также от того, насколько человек чувствует, что выполнил свое предназначение в жизни.
6. На решение вопроса о том, **что именно и в каком объеме следует говорить умирающему пациенту**, оказывает влияние множество различных факторов. Здесь эта проблема может быть рассмотрена лишь вкратце. Однако вы должны знать, что в последнее время общественное мнение все больше склоняется в пользу того, чтобы врач предоставлял пациентам максимальную информацию, имеющую к ним отношение. Это не означает, что каждый безнадежно больной должен быть поставлен в известность о приближающемся конце или что на вопрос типа: *«Доктор, ведь мне станет лучше, правда?»* следует безапелляционно давать прямой ответ. В каждом случае тактика определяется в зависимости от потребностей пациента (с учетом всего того, что вы о нем знаете); для выбора правильного подхода требуется немалый опыт, чуткость и чувство такта. Даже опытному специалисту, как правило, лучше избегать немедленного прямого ответа на такие вопросы, хотя несколько позже это может быть уместным. Не уклоняйтесь от обсуждения подобных тем, если пациент их затрагивает, но побуждайте его самого больше рас-

сказывать вам, что именно он знает о своем состоянии и вероятном исходе, какую информацию он получал раньше. При этом часто становится очевидным, что больной уже знает правду и находится на пути к принятию ее; или же, напротив, он на данном этапе отрицает печальную истину и хочет, чтобы вы разделили его заблуждения. Всю ответственность за принятие решения о том, что должно быть сказано пациенту, несут консультант и лечащий врач.

## ТЯЖЕЛАЯ УТРАТА

Сразу после смерти кого-либо из самых близких людей человек проходит через несколько стадий нормальной реакции горя.

Вначале развивается состояние шока, во время которого человек формально знает о смерти дорогого ему лица, но не находит в себе душевных сил смириться с этим фактом. При этом он нередко вполне успешно справляется с практическими задачами, организуя похороны и улаживая дела. Окружающие в подобных случаях обычно отмечают, как мужественно он переносит утрату, но сам он ощущает оцепенение; возможны явления деперсонализации. У некоторых приступы плача наблюдаются уже в это время, иногда возникают панические атаки. Данная стадия оцепенения и шока обычно продолжается пять-семь дней.

После этого приходит осознание утраты, сопровождающееся резким усилением аффективных симптомов. Острое чувство скорби держится от четырех до двенадцати недель и затем разрешается в течение дальнейших трех месяцев. На этой стадии встречаются следующие явления:

1. Типичны сильная **тоска по умершему**, **поглощенность мыслями о нем**, сопровождающиеся оплакиванием. Отмечается тенденция к выделению фрагментов окружения, связанных с памятью о покойном. Часто удерживается яркий зрительный образ умершего, снятся сны с его участием. Вначале мысли об ушедшем из жизни дорогом человеке вызывают страдание, однако со временем скорбящий начинает успокаиваться.
2. Широко распространены **иллюзии**: обычные бытовые шумы воспринимаются как звуки, связанные с возвращением покойного, с его передвижениями по дому; тени в сумерках или незнакомые люди могут быть приняты за умершего. Бывают **зрительные или слуховые**

**псевдогаллюцинации**, когда скорбящий видит покойного либо слышит его голос. Часто возникает ощущение *присутствия умершего* (что иногда оказывает успокаивающее действие); при патологической реакции горя это сопровождается диалогами с покойным, приготовлением пищи для него и т.д. (см. описание отрицания в подразделе о механизмах психологической защиты на с.57).

3. Может развиваться **депрессивное заболевание**. Триада симптомов — подавленное настроение, нарушения сна и плаксивость — наблюдается у тех, кто потерял близких, более чем в 50% случаев. Нередко присутствуют и другие симптомы, такие как анорексия, снижение массы тела, утомляемость, нерешительность, тревога, утрата интересов, нарушение способности к концентрации, ощущение бессмысленности существования, чувство вины. Таким образом, состояние многих людей, потерявших близких, соответствует диагностическим критериям депрессивного расстройства (см. с.171).
4. В некоторых случаях преобладают **соматические симптомы тревоги**. При тяжелом дистрессе люди порой высказывают суицидальные идеи, поскольку жизнь представляется им бессмысленной без того, кто ушел навсегда; многие испытывают чувство **вины** (коря себя за то, что «могли бы сделать больше для предотвращения этой смерти»), но не воспользовались этой возможностью), выражают желание присоединиться к умершему. У вдов среднего возраста частота обращения за медицинской помощью по поводу депрессивной и соматической симптоматики повышается втрое в течение шести месяцев после понесенной утраты. Соматические симптомы иногда подобны тем, которые наблюдались у покойного.
5. Порой человек после понесенной утраты пребывает в состоянии постоянного **возбуждения**, все время находясь на ногах, не в силах заставить себя усидеть на месте. Некоторые избегают социальных контактов, отвергают любые попытки окружающих как-то утешить их. Бывают случаи, когда, например, вдова **ищет** своего покойного супруга, часто посещая могилу и даже призывая его; подолгу, не отводя глаз, вглядывается в его фотографии.
6. Нередко возникает чувство **враждебности** по отношению к другим членам семьи; иногда оно на-

правлено на иные объекты — например, на Бога или врача, «который позволил умереть моему мужу (сыну, брату и т.п.)».

*Все эти явления обычно проходят или по крайней мере значительно смягчаются спустя шесть месяцев после утраты.*

## АТИПИЧНЫЕ РЕАКЦИИ ГОРЯ

Такие реакции чаще возникают у женщин, чем у мужчин. Они могут быть длительными — начальная стадия оцепенения продолжается свыше двух недель, а в целом реакция горя длится больше года и отличается более тяжелым, чем обычно, течением — с *выраженным социальным отчуждением, неспособностью работать и суицидальными действиями.*

Человек очень долго не может принять утрату и смириться с ней; характерны также глубокое чувство *вины* и выраженная *враждебность*. Возможны *ипохондрические симптомы*, сходные с теми, которые были у покойного.

В течение года после утраты риск самоубийства возрастает в 2,5 раза, причем пики суицидальной активности приходятся на *годовщины* смерти. В течение шести месяцев повышена также вероятность смерти от соматических (в особенности сердечно-сосудистых) заболеваний.

К другим атипичным формам относятся *отсроченная реакция горя*, развивающаяся не сразу, а после более или менее длительного периода, в течение которого человек вел вполне нормальную жизнь; *отрицание скорби*, когда человек как будто бы вообще не испытывает каких-либо тяжелых переживаний в связи с утратой, однако реакция проявляется у него позднее в форме соматических симптомов, которые нельзя объяснить никакими иными причинами. Психотическая форма отрицания описана на с.57.

Развитие атипичной реакции горя у лица, понесшего утрату, более вероятно при следующих обстоятельствах:

1. Смерть была скоропостижной и неожиданной.
2. Человек не имел возможности попрощаться с телом умершего или выразить адекватную скорбь на ранней стадии.
3. У него были враждебные или амбивалентные отношения с умершим.
4. Умерший является его взрослым сыном (дочерью).

5. В прошлом человек в детском возрасте пережил утрату своих родителей.

6. У него почти нет близких родственников или другой социальной поддержки.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ И ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ

При **оценке состояния** пациента основная цель заключается в том, чтобы определить, имеет ли место в данном случае нормальная или атипичная реакция горя. Если это нормальная реакция, то на какой стадии она находится и продолжается ли ее развитие? Если реакция атипична — следует искать ответы на вопросы, почему это так, на какой стадии застопорилось течение процесса, развивается ли депрессивное состояние? Необходимо также выяснить, имеются ли у пациента суицидальные мысли.

Меры по **оказанию помощи** при атипичной реакции горя включают в себя, в частности, применение особой формы психотерапии, в процессе которой человек последовательно проходит через все стадии нормальной реакции. Пациент приносит фотографии умершего или его вещи и говорит о нем; таким образом обеспечивается столкновение с реальностью утраты и облегчается эмоциональное выражение горя. При депрессивном состоянии назначают *антидепрессанты*.

Реакция горя обычно завершается естественным образом, но пациенту может потребоваться поддержка, чтобы вернуться к своей прежней деятельности (или даже взяться за что-то новое), преодолеть одиночество и поглощенность переживаниями, связанными с утратой.

## НЕОТЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ, СВЯЗАННЫЕ С ПСИХИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТА

Данный раздел посвящен специфике работы с пациентами при проявлениях агрессии, актах физического насилия либо других формах нарушенного поведения, а также при суицидальных угрозах или действиях. Хотя в подобных ситуациях часто возникает необходимость в оперативном принятии мер, все же не забывайте о формализованном сборе анамнеза и проведении обследования для установления диагноза. Если сам пациент не в состоянии дать соответствующие сведения, следует получить их из других источников: в травмпункте или в отде-



лении неотложной помощи обычно присутствует кто-либо из близких больного (или хотя бы полицейский, который его туда доставил), а информацию о пациентах соматических отделений могут предоставить медицинские сестры. Требуемые экстренных мер психические состояния чаще встречаются в травматологических пунктах и отделениях неотложной помощи, чем в общесоматических отделениях, где их можно предотвратить.

## Диагностика и тактика

Не паникуйте: помните, что обычно встречается обычное. Так, у пациента общесоматического отделения причиной нарушенного поведения, скорее всего, окажется острый органический психосиндром. В травмпункте и отделении неотложной помощи наиболее вероятны функциональные психозы и патологические состояния, связанные с последствиями употребления алкоголя (включая черепно-мозговую травму!). Если у больного наблюдается выраженное психомоторное возбуждение, если он слишком беспокоен, ведет себя шумно, оскорбляет присутствующих, употребляя бранные выражения, вы должны прежде всего оценить риск совершения им насильственных действий. В подобных случаях лучше обратиться к пациенту негромко, спокойным

тоном, назвать свое имя, постараться, чтобы он вступил в разговор с вами. Если удастся завязать беседу, попросите его сесть.

При любых попытках контакта обязательно **присутствие других членов персонала** — они могут выйти из помещения, если пациент сядет и начнет вести себя более приемлемо (предупредите их, однако, чтобы не слишком удалялись), но сразу же придут на помощь в случае необходимости.

Как только больной достаточно успокоится, следует оценить возможные причины нарушенного поведения, используя схему, приведенную в табл. 20.1.

### ТАКТИКА ПРИ АГРЕССИВНОМ ПОВЕДЕНИИ

Поскольку больной, находящийся в психотическом состоянии, обычно испытывает страх, постарайтесь, чтобы ваше приближение **не показалось ему угрожающим**; присутствие других членов медперсонала, как правило, предотвращает насильственные действия со стороны пациента. Вы должны **выглядеть хозяином положения** — человеком, который «владеет ситуацией» и держит ее под контролем (даже если на самом деле вы не ощущаете такой уверенности). Вот почему лучше со-

**Таблица 20.1.** Неотложная диагностика в случаях нарушенного или агрессивного поведения

<i>Есть ли у пациента помрачение сознания?</i>		
Помрачение сознания	— ДА	— Острый органический психосиндром — исключите черепно-мозговую травму, проверьте реакцию зрачков, проведите тщательное соматическое обследование для выявления причины; примените седацию, соблюдая осторожность...
Помрачение сознания	— НЕТ	— <i>Есть ли у пациента признаки психоза?</i> (т.е. имеются ли признаки бреда или галлюцинаций)
Психоз	— ДА	— Функциональный психоз — проверьте анамнез и попытайтесь выявить признаки шизофрении или маниакального состояния — пригласите для консультации психиатра. По возможности избегайте применения нейролептиков. Для седации используйте диазепам. Рассмотрите вопрос о целесообразности перевода больного в психиатрическое отделение
Психоз	— НЕТ	— <i>Есть ли у пациента нарушения настроения?</i> Эйфория; депрессия; тревога; гнев; отчаяние <i>Есть ли признаки интоксикации?</i> Алкоголь; наркотики



брать хотя бы краткую информацию о больном (поговорив с теми, кто его знает) до вступления в контакт с ним.

Принципиальное значение имеет решение вопроса о применении седативных средств. **Седации следует по возможности избегать**, поскольку она затрудняет диагностику. Однако если известно, что данный пациент уже совершал акты физического насилия (или же такой инцидент явно назревает, несмотря на ваши усилия разрядить обстановку), — эта мера может оказаться единственным выходом. В таком случае назначьте **внутримышечно хлорпромазин** (50–100 мг в зависимости от массы тела пациента). Инъекцию необходимо сделать как можно быстрее; вам может потребоваться помощь, поэтому нужно иметь под рукой достаточное количество мужчин-санитаров. Чем больше рядом с вами вспомогательного персонала, тем меньше риск, что вам будет причинен какой-либо вред. Если вам посчастливилось получить в свое распоряжение четырех ассистентов — поручите каждому контроль за одной из конечностей пациента. Будьте готовы повторить инъекцию (если требуется) по истечении определенного интервала времени.

Если есть основания подозревать, что больной страдает эпилепсией, следует рассмотреть целесообразность применения **галоперидола** или **паральдегида** как альтернативных средств. Галоперидол не снижает порог судорожной готовности в такой степени, как хлорпромазин, и является препаратом выбора при остром органическом психосиндроме. Паральдегид плохо воспринимается пациентами, поскольку неприятно пахнет, а его инъекции болезненны; однако он безопасен, не подавляет симптомов психотического заболевания и сам по себе является антиконвульсантом.

*Консультация дежурного психиатра должна обеспечиваться на раннем этапе в связи с необходимостью оперативного решения вопроса о седативной терапии и о возможном переводе пациента в психиатрическое отделение.*

## Работа с пациентами, находящимися в состоянии гнева

Пациентам, демонстрирующим сильное раздражение или гнев, необходимо уделять особое внимание в двух случаях:

1. Человек, который до сих пор вел себя совершенно нормально, **выведен из душевного рав-**

**новесия непереносимым стрессом**, часто связанным с опасным для жизни заболеванием. Кризис доверия между больным, находящимся на гемодиализе, и медицинским персоналом может проявляться со стороны пациента в экстремальных формах — например, он, переживая глубокое чувство фрустрации, может вырвать из сосудов предплечий все трубки, при этом изливая свой гнев на каждого, кто приблизится.

2. Другой тип «разгневанного больного» — человек с **диссоциальным личностным расстройством** (см. с.60): такие нередко попадают в отделение неотложной помощи, где могут вести себя вызывающе, угрожая физическим насилием или самоубийством. Пациент, возможно, только что поскандальил с женой и рассчитывает найти временный приют на больничной койке. При таких обстоятельствах все угрозы часто сразу же прекращаются, едва сотрудники медицинского учреждения начинают обсуждать вопрос о необходимости найти данному лицу более подходящее пристанище.

В обоих случаях прежде всего следует разобраться в ситуации; для этого, как правило, нужно обратиться за информацией к медицинскому персоналу или же к тем, кто доставил больного в отделение неотложной помощи. Обсуждение конкретной проблемы, вероятнее всего, приведет к ослаблению напряжения, испытываемого пациентом. Начать разговор можно, например, так:

*Я вижу, вы очень рассержены. Не могли бы вы объяснить мне, в чем, собственно, дело?*

Внимательно выслушайте все, что скажет вам пациент, в том числе и его жалобы на кого-либо из медперсонала; покажите серьезное отношение к его претензиям, но не принимайте ничью сторону. Если необходима седация, предварительно заручитесь согласием больного: всегда ставьте его в известность о том, что именно вы делаете и зачем.

## НЕКОТОРЫЕ ТИПИЧНЫЕ НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Вы должны хорошо знать те состояния, которые могут привести к необходимости оказания неотложной психиатрической помощи; нужно также убедиться, сумеете ли вы заблаговременно выявить пациентов, относящихся к группе риска.

## Делирий (см. с.135)

Необходимость в неотложной помощи чаще всего возникает среди ночи: в это время галлюцинаторные переживания больного наиболее интенсивны, что влечет за собой неадекватное поведение. К группе риска относятся все пациенты с серьезными соматическими заболеваниями, но особенно нужно следить за появлением таких симптомов, как **сонливость** и ранние признаки **помрачения сознания**, которые при тщательном наблюдении можно обнаружить на протяжении дня. Медицинские сестры, скорее всего, заметят это раньше вас, а их могут насторожить родственники больного, сообщив (после очередного визита к нему), что он реагирует на окружающее гораздо менее живо, чем обычно.

Особого внимания требуют:

1. Лица позднего возраста, принимающие много лекарственных препаратов, а также пациенты, у которых развивается инфекционное заболевание органов грудной клетки.
2. Пациенты, которые до поступления в больницу (например, для операции по поводу грыжи) длительное время злоупотребляли алкоголем, — у них может проявиться синдром отмены, и его ранние симптомы (тремор, тревога, бессонница) необходимо обнаружить прежде, чем разовьется белая горячка.
3. Послеоперационные больные, которые «отключаются». Необходимо принять экстренные меры для устранения нарушений электролитного или кислотно-щелочного баланса, провести лечение по поводу анемии либо инфекционного заболевания.

Применяется обычное при делирии лечение (см. с.139); в случаях, когда пациент возбужден, вскакивает с постели, пытается вырвать иглу капельницы из вены, покинуть больницу, необходимо провести седативную терапию и обеспечить специальный сестринский надзор; **помните, что галоперидол является препаратом выбора.**

## Функциональные психозы

Рецидив шизофрении или аффективного психоза может развиваться у пациента, находящегося в отделении общего профиля, вследствие стресса, связанного с сопутствующим соматическим заболеванием и его лечением. Поэтому при рутинной процедуре сбора анамнеза, задавая вопросы о перенесенных заболеваниях, нужно интересоваться не

только соматическими, но и психическими расстройствами.

Любой психоз может проявляться нарушением поведения, особенно в случаях, когда у пациента имеется persecutory бред. Нарушения настроения при маниакальном состоянии или депрессии становятся очевидными, если пациента удастся вовлечь в беседу.

Лечение функционального психоза проводится в соответствии с обычными принципами, однако уже на раннем этапе необходимо, проконсультировавшись с психиатром, принять решение относительно целесообразности перевода больного в психиатрическое отделение.

## Панические атаки (см. с.167)

Это расстройство может потребовать неотложного вмешательства, так как больной испытывает внезапно возникающий, очень интенсивный страх (часто — страх приближающейся смерти) наряду с соматическими симптомами тревоги. Нередко одного лишь присутствия медицинского персонала бывает достаточно для того, чтобы человек успокоился.

Спросите у пациента, чего именно он боится. Поинтересуйтесь, случалось ли с ним прежде что-либо подобное. Объясните твердым, уверенным тоном, что в данный момент он переживает паническую атаку, которая скоро прекратится — и все будет в порядке. Убедите больного в отсутствии реальных оснований для страха; если приступы уже бывали и раньше — напомните, что тогда страхи проходили сами собой.

Если такой подход оказался эффективным, посоветуйте пациенту в следующий раз повторить все эти рассуждения самому себе (этот метод называется «самоуспокоивание»).

При явно выраженной гипервентиляции обычно помогает специфический прием, при котором пациент выдыхает воздух в бумажный пакет, откуда затем вдыхает его снова. В случаях, когда иные методы не дают желаемого эффекта, для устранения тревоги можно применить препарат из группы производных бензодиазепина, назначив его однократно (перорально или внутривенно).

## САМОУБИЙСТВО И САМООТРАВЛЕНИЕ

Может показаться, что характерные особенности, свойственные самоубийцам (доводящим до конца свой замысел уйти из жизни), и черты, прису-

щие тем, кто умышленно причиняет себе вред без намерения умереть, принципиально различны. Старик, который, уединившись, принимает смертельную дозу барбитуратов, не имеет как будто бы ничего общего с юной девушкой, которая в пылу ссоры со своим парнем импульсивно — прямо у него на глазах — проглатывает горсть таблеток. Однако между этими двумя крайностями есть и зона частичного совпадения.

У большинства прибегающих к самоотравлению имеются социальные проблемы; многие страдают психическими заболеваниями — обычно аффективными расстройствами. Более половины этих людей примерно за неделю до самоотравления обращались за консультацией к своим врачам — и, вполне возможно, именно тогда получили рецепт на таблетки от «болезни», которой у них никогда не было.

Приблизительно 1% из тех, кто был госпитализирован в связи с самоотравлением, впоследствии в конце концов убивают себя. Следовательно, риск суицида в этой группе в 100 раз превышает уровень этого показателя среди населения в целом. Примерно в 50% случаев завершеного суицида самоубийству предшествовали эпизоды умышленного самоповреждения.

Повторные эпизоды самоотравления также представляют собой серьезную проблему. С людьми, многократно совершающими такие действия, очень сложно работать; своим поведением они нередко приводят в негодование тех, кто пытается им помочь. Попав в больницу вследствие самоотравления, до 20% таких пациентов в течение года после

выписки вновь оказываются там по той же причине. Следовательно, при оценке состояния подобных больных ставятся прежде всего две главные задачи:

1. Выделить группу лиц с наиболее высоким риском суицида (соответствующие характеристики приведены в табл. 20.2).
2. Назначить и провести лечение основных расстройств.

## Оценка суицидального риска

Пациенты, поступающие в отделения неотложной помощи или отделения общего профиля в связи с передозировкой или намеренным самоповреждением, могут представлять собой острую проблему в смысле выбора подхода к организации медицинской помощи.

Когда такого больного обследуют в отделении неотложной помощи, оценку его состояния необходимо проводить по двум самостоятельным направлениям:

1. Установление тяжести физических нарушений, возникших в результате намеренного причинения себе вреда пациентом (или прогноз последствий, ожидаемых в ближайшее время, если был принят препарат, побочные эффекты которого еще не проявились).
2. Определение степени вероятности дальнейшего суицидального поведения и риска завершеного суицида у данного пациента. Соответствующие факторы представлены в табл. 20.3.

**Таблица 20.2.** Факторы, связанные с повышенным суицидальным риском

### *Демографические и социальные*

Мужской пол  
 Возраст старше 45 лет  
 Проживание отдельно от супруги (супруга), развод или вдовство  
 Социальная изоляция  
 Отсутствие работы  
 Недавняя потеря близкого человека

### *Медицинские*

Тяжелое или хроническое соматическое заболевание  
 Депрессивное заболевание  
 Алкоголизм  
 Диссоциальное личностное расстройство  
 Предшествующий эпизод самоотравления

Таблица 20.3. Характеристики, связанные с риском повторной попытки самоотравления

*Демографические и социальные*

- Наличие эпизода самоотравления в анамнезе
- Проживание отдельно от супруга (супруги)
- Принадлежность к низшим социальным классам
- Отсутствие работы
- Криминальное прошлое (судимости, приводы в полицию и пр.)

*Медицинские*

- Наличие проблем, связанных с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ
- Лечение по поводу психических нарушений в прошлом
- Диссоциальное личностное расстройство
- Демонстративное личностное расстройство
- Пассивно-зависимое личностное расстройство

## ОПРОС

Очень важно получить **информацию от родственников** пациента или от других людей, которые хорошо его знают. Это можно сделать сразу же, если состояние больного не позволяет поговорить с ним самим (например, у него сильная сонливость или же он находится в коме); в противном случае обратитесь к информаторам после того как обследуете пациента. При опросе близких охватываются те же аспекты, что и в процессе интервью с самим больным.

Для **беседы с пациентом** вам необходимо спокойное, уединенное помещение и достаточное количество времени. *Не пытайтесь беседовать с больным, испытывающим сонливость после передозировки лекарственных препаратов; подождите, пока его состояние нормализуется, чтобы получить точный анамнез.*

Среди тех, кто прибегает к самоотравлению, значительную часть составляют подростки, которые нередко ощущают неловкость, смущение и крайне неохотно вступают в разговор. Многие из них испытывают чувство вины в связи со своим поступком, гнев после подтолкнувшей к самоотравлению ссоры (этот гнев может быть перенесен на вас!) или находятся в состоянии депрессии либо заторможенности. В таком случае ваши навыки проведения клинического интервью подвергнутся серьезному испытанию; вы можете столкнуться с нежеланием отвечать на ваши вопросы или с отказом от встречи с психиатром. Однако оценка состояния больного обязательно должна быть проведена, и нужно ясно дать понять это пациенту: будьте вежливы, но настойчивы.

При сборе **анамнеза** в дополнение к обычной процедуре включается ряд пунктов, непосредственно связанных с оценкой суицидального риска:

1. **Подробное описание эпизода самоотравления:****Объективные данные:**

- Какие именно вещества были приняты, когда и где; присутствовал ли при этом кто-либо? Предпринимались ли какие-то меры предосторожности против обнаружения?
- Была ли оставлена **посмертная записка**? (Если да, то попросите разрешения ознакомиться с ней: содержание может указывать на повышенный или сниженный риск повторного самоотравления.)
- Совершались ли еще какие-нибудь действия в преддверии предполагаемой смерти?
- Предпринимались ли после акта самоотравления какие-либо действия для привлечения внимания людей, которые могли бы оказать помощь?

**Субъективные данные:**

- Каково декларируемое намерение пациента?
  - Как сам пациент **оценивает «смертельность»** принятого им препарата? (Даже если вам известно, что прием десяти таблеток дидазепама не причинит серьезного вреда, пациент мог быть уверен, что эта доза убьет его: важны именно его представления.)
2. Признаки недавно перенесенного или текущего **психического заболевания**, в особенности симптомы депрессивного или психотического расстройства.

3. Имеются ли в **анамнезе** данные о наличии психического расстройства или об эпизодах самоотравления в прошлом?
4. Есть ли какие-либо свидетельства **злоупотребления алкоголем или другими психоактивными веществами**?
5. Недавние **провоцирующие жизненные события**, такие как утрата кого-либо из родных, увольнение с работы, разрыв близких взаимоотношений. Есть ли у пациента серьезные проблемы, например связанные с работой или с трудоустройством, с конфликтами в супружеских, семейных либо иных межличностных отношениях? Испытывает ли он финансовые или другие социальные затруднения?
6. Имеются ли в **семейном анамнезе** указания на психические расстройства или попытки самоотравления у кого-либо из родственников? С кем совместно проживает пациент? Если он **живет один**, то может ли при необходимости перебраться на время к кому-либо из близких или друзей?

**Исследование психического статуса** осуществляется в общем так же, как всегда, но особое внимание уделяется поиску признаков депрессивного настроения и сохраняющихся суицидальных мыслей. Важно выяснить, чувствует ли пациент облегчение или сожаление в связи с тем, что остался жив. Большое значение имеет тщательное выявление психотических симптомов; необходимо также провести краткую оценку состояния когнитивных функций.

Ну, а теперь пора зафиксировать ваше мнение о данном эпизоде в целом. Почему он произошел? Насколько серьезны были суицидальные намерения? Кто может в дальнейшем — после выписки из больницы — опекать пациента?

***Заключение специалиста:** Самоотравление десятью таблетками «либриума», взятыми пациенткой из аптечки ее матери, совершено после ссоры с парнем. Этот поступок, скорее всего, имел демонстративный характер, реального намерения умереть у больной не было: она сразу же рассказала матери о содеянном; кроме того, ей было известно, что старшая сестра приняла однажды 25 таблеток либриума без каких-либо серьезных последствий. Выписана под опеку матери.*

Нуждается ли пациент в консультации психиатра? В некоторых больницах такая консультация проводится в обязательном порядке во всех случаях

самоотравления, но эта практика постепенно меняется. Сравните пациентку, описанную выше, с этой:

***Заключение специалиста:** Пациентка отравилась 50 таблетками аспирина, которые приняла, спрятавшись в садовом сарае. Страдает депрессией, все более усиливающейся со времени смерти мужа (год назад), и сильными болями (ревматоидный артрит). Оставила записку, где заявила, что больше не может этого вынести, и сделала распоряжения относительно своего имущества. Обнаружена сыном во время его случайного визита. Находится в состоянии тяжелой депрессии с нигилистическим бредом. Живет одна.*

Ваша оценка состояния должна быть достаточно подробной, с тем чтобы можно было сделать заключение о возможности выписки домой при отсутствии суицидального риска. Понятно, что последняя запись должна заканчиваться указанием на необходимость проконсультироваться с психиатром, чтобы получить его рекомендации относительно организации помощи в дальнейшем.

Если вам неясно, существует ли риск суицида, страдает ли пациент психическим расстройством или есть ли в данном случае необходимость в принудительном содержании в больнице, — нужно обратиться за советом к более опытному врачу из вашего отделения или к психиатру.

ПАЦИЕНТ, КОТОРЫЙ  
ПЫТАЕТСЯ ПОКИНУТЬ  
МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДО ОКОНЧАНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ  
ЕГО СОСТОЯНИЯ

Если у вас есть основания полагать, что пациент представляет опасность для самого себя, вы можете задержать его на основании Положения о неотложных случаях. Для этого требуется согласие ближайшего родственника или уполномоченного социального работника (см. с.288).

(См. также табл. 21.1.)

ДОЛГОСРОЧНАЯ ТАКТИКА  
ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Выбор формы организации долгосрочной помощи определяется вашими старшими коллегами совместно с социальным работником, а нередко также с психиатром. Пациента можно выписать под наблюдение врача общего профиля и местных социальных служб (либо другого учреждения). В этом случае важно проинформировать соответствующее

лицо об имевшем место эпизоде и о выписке пациента. Целесообразно, не ограничиваясь письмом, продублировать его телефонным звонком (сделать это можете вы лично, медицинская сестра отделения или социальный работник).

Иногда пациента выписывают с условием, что он обратится в соответствующее медицинское учреждение. Если необходимо изучить социальные и психологические факторы, лучше всего сделать это быстро (в течение одной-двух недель), поскольку пациент может не явиться на прием.

Ответственность за больного может быть передана психиатру — это происходит автоматически в тех случаях, когда его переводят в психиатрическое отделение. Однако при выписке — до того, как пациент покинет отделение, — удостоверьтесь, что все инструкции относительно следующего посещения врача и всех необходимых назначений хорошо усвоены им самим, психиатром и врачом общей практики. Не на-

значайте потенциально опасных препаратов (например, трициклических антидепрессантов), пока не будут предприняты некоторые шаги с целью снижения риска повторного самоотравления (см. с.176).

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Blacher, R.S. (1987) *The Psychological Experience of Surgery*. New York: John Wiley.

Creed, F. and Pfeffer, J. (1982) *Medicine and Psychiatry: A Practical Approach*. London: Pitman Medical.

Hinton, J. (1967) *Dying*. Harmondsworth: Penguin.

Kubler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*. New York: Macmillan.

Parkes, C.M. (1986) *Bereavement*. 2nd edition. Harmondsworth: Penguin.

# 21 Правовые аспекты психиатрии

В настоящее время непосредственное влияние закона все в большей степени распространяется на медицинскую практику в целом. Между тем в сфере, касающейся психического здоровья, такое правовое регулирование действует уже на протяжении многих лет. Принудительная госпитализация больных контролируется Законом о психическом здоровье (1983); существуют юридические нормы, которые имеют решающее (нередко жизненно важное) значение при рассмотрении вопроса о способности конкретного лица предстать перед судом, нести ответственность за совершенные им противоправные деяния, составить действительное завещание и т.д.

Большинству врачей в процессе своей профессиональной деятельности время от времени приходится составлять заключение для суда (например, в случаях, связанных с подачей иска о компенсации за причиненный ущерб), либо давать показания в суде (чаще всего коронерском\*), либо иметь дело с пациентом, которого необходимо вопреки его воле удержать в больнице, поскольку он нуждается в лечении. Хотя контактировать с судебными органами чаще доводится тем, кто работает в области психиатрии, некоторое знакомство с ее правовыми аспектами полезно любому врачу, занимающемуся клинической практикой.

## СПОСОБНОСТЬ УЧАСТВОВАТЬ В СУДЕБНОМ РАЗБИРАТЕЛЬСТВЕ

Вы можете предстать перед судом только при условии, что вы «способны защищать себя». Для этого вы должны:

\* Коронер — в Великобритании и некоторых других странах должностное лицо, в обязанности которого входит установление причин смерти, происшедшей при невыясненных обстоятельствах или внезапно; материалы расследования передаются на рассмотрение коронерского суда. — *Ред.*

1. Осознавать суть выдвинутого против вас обвинения (например, понимать, что вас обвиняют в ночной краже со взломом).
2. Понимать различие между признанием себя виновным и заявлением о своей невиновности.
3. Быть в состоянии следить за ходом судебного разбирательства и давать отвод присяжному заседателю (на практике значительную часть этих функций выполняет адвокат).
4. Быть способным давать адвокатам советы по вашей защите или самому защищать себя.
5. Понимать приговор суда, например: «Виновен и приговорен к шести месяцам тюремного заключения».

Предположим, однако, что вы арестованы и обвинены в ночной краже со взломом, но имеются сомнения относительно того, в состоянии ли вы предстать перед судом. На предварительном слушании суд присяжных, ознакомившись с мнениями двух психиатров (один из которых является официальным экспертом), решает, способны ли вы участвовать в процессе. При положительном ответе на этот вопрос через некоторое время состоится второе судебное разбирательство с другим составом присяжных, на котором определяют, виновны ли вы в краже со взломом. Если же на предварительном слушании вас сочли «недееспособным» (неспособным защищать себя на суде), то новый состав присяжных обычно решает, действительно ли вы совершили кражу со взломом. Они могут объявить вас невиновным, но если они признают, что вы «вне всяких сомнений, сделали это», то суд может направить вас на лечение в больницу (в отделение строгого или обычного режима), либо передать вас под надзор по месту жительства, либо освободить от ответственности.

Однако хорошая практика заключается в том, чтобы, отложив суд, дать возможность обвиняемому пройти лечение для нормализации его состоя-

лия до степени, позволяющей участвовать в судебном процессе. Стойкая «неспособность предстать перед судом» обычно связана с тяжелым психическим дефектом или поражением головного мозга. Если кто-либо *отказывается говорить* в суде, проводится сходная процедура, задача которой — определить, «молчит ли подсудимый по злему умыслу» (т.е. старается держать язык за зубами, чтобы спасти свою шкуру) или же он «безмолвствует по воле Господа», т.е. в связи с психическим расстройством. Если это явление вызвано, например, кататонической шизофренией или психотической депрессией, то больного признают «недееспособным», и в этом случае будут предприняты те же действия, как при неспособности предстать перед судом.

## УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

В английском суде вас не могут объявить виновным в большинстве видов преступлений, если не будут удовлетворены два требования римского права:

1. **Actus reus** (объективное наличие состава преступления): должно быть доказано, что данным лицом совершено противоправное деяние (например, украдено мясо в супермаркете).
2. **Mens rea** (субъективное отношение к совершаемому деянию как к противоправному, т.е. понимание предосудительности своих действий): должно быть установлено, что человек совершил это деяние в определенном состоянии психики — с пониманием вины (например, не просто бездумно вынес мясо из супермаркета, а предпринял меры предосторожности, чтобы не оказаться разоблаченным).

Вы можете быть освобождены от уголовной ответственности в связи с определенными обстоятельствами, к которым относятся:

1. **Ошибка** — относительно факта или ситуации (однако незнание или неверное понимание закона не освобождает от ответственности); например, вы приобрели краденые ценности по незнанию.
2. **Случайность** (ребенок выскочил на дорогу перед вашей машиной и серьезно пострадал, тогда как вы управляли автомобилем с надлежащей осторожностью, не превышая установленной скорости).
3. **Принуждение** (под дулом пистолета вы открыли сейф своего босса и отдали грабителям хранившиеся там деньги).

4. **Необходимость** (убийство в целях самозащиты).
5. **Возраст**. Никто не может быть судим и наказан за преступление (даже если совершил его) в возрасте до 10 лет. Между 10 и 14 годами ребенок с точки зрения юриспруденции имеет статус *doli incapax* («неспособный на злой, преступный умысел»), т.е. для признания его субъектом преступления должно быть доказано, что он знал о предосудительности совершаемого деяния. Лицо, достигшее 21 года, несет ответственность за свои действия по всей строгости закона.
6. **Опьянение (в том числе и наркотическое)**. Для освобождения от ответственности нужно быть «настолько пьяным, чтобы оказаться не в состоянии сформировать намерение» (слишком пьяным или одурманенным, чтобы быть способным сознательно пойти на преступление). При этом, однако, предполагается, что тот, кто постоянно употребляет алкогольные напитки в больших количествах, может предвидеть, какое действие окажет на него алкоголь, и должен ограничить его употребление, если знает, что становится агрессивным и драчливым после приема, например, восьми пинт (англ. пинта — около 0,568 литра. — *Ред.*) пива.
7. **Автоматизм**. Автоматизм после эпилептического припадка или поведение в состоянии спутанности, вызванном гипогликемией, редко служит основанием для защиты (если такая тактика увенчается успехом, то весьма вероятно, что в результате подзащитный будет надолго заточен в стенах спецбольницы!).
8. **Безумие (невменяемость)**. Согласно **правилу Мак-Натона**, применяемому в таких случаях, подсудимый освобождается от ответственности за преступление, если «находится в состоянии такого повреждения рассудка вследствие психического заболевания, что не сознает сущности и характера совершаемых действий, а если и сознает это — не понимает, что действует противоправно». Строить на этом защиту сложно, поскольку трудно удовлетворить сформулированные условия. Однако если уж вы настолько безумны, что либо вовсе не ведаете, что творите, либо не в состоянии понять предосудительности своего поступка, — вас признают «невиновным по причине невменяемости» и будут действовать как в отношении недееспособного с разрешением дела в том же порядке, что и в случае признания «неспособности предстать перед судом».



В соответствии с **Законом об убийстве (1957)** человек может быть обвинен скорее в непредумышленном, чем в умышленном убийстве, если «страдает таким отклонением психики... которое существенно нарушает его способность к осознанной ответственности» за совершенное им убийство. К отклонениям психики в данном контексте могут относиться умственная отсталость, психическое заболевание, психопатия, последствия черепно-мозговой травмы (хотя в Законе эти понятия описаны скорее в юридических, чем в медицинских терминах).

**Амнезия** не освобождает от уголовной ответственности: неспособность вспомнить подробности преступления (независимо от того, обусловлен ли провал в памяти алкогольной интоксикацией, черепно-мозговой травмой, истерической диссоциацией или другими причинами) не может служить основанием для защиты!

Политика правительства в настоящий момент состоит в том, чтобы психически больные (во всех случаях, когда это возможно) «выводились» из системы уголовного правосудия, поступая вместо этого в ведение медицинских и социальных служб для обеспечения соответствующим лечением и помощью.

## МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДЛЯ СУДА

Заключение для суда должно быть написано ясным и понятным языком, без использования узкоспециальной терминологии. Четкая структура документа обеспечивается благодаря систематизации материала по разделам, располагаемым в следующем порядке:

1. **Вступительная часть**, где описываются данные, на основании которых составлено заключение (количество бесед, проведенных с обвиняемым; перечень изученных документов; список специалистов, с которыми вы консультировались).
2. Раздел, в котором раскрываются ключевые моменты **анамнеза жизни** обвиняемого, причем особое внимание должно уделяться психиатрическим аспектам (в тяжелых случаях приводится полная **история болезни**).
3. Осторожные комментарии по поводу **преступления**, касающиеся главным образом **психического состояния обвиняемого и обстоятельств** «в период, имеющий отношение к существу дела».
4. Краткое описание **психического состояния обвиняемого** на момент проведения вами обследо-

вания; при этом должно быть четко указано, считаете ли вы, что он страдает психическим расстройством.

5. **Выводы**, в которых подытоживается ранее изложенное, рассматриваются вопросы об **уголовной ответственности и о способности предстать перед судом** (в тех случаях, когда это уместно). Закончить следует (если возможно) **рекомендацией суду**, например:

*Таким образом, я бы рекомендовал суду рассмотреть возможность условного освобождения миссис Смит с обязательным посещением ею городской клиники для амбулаторного лечения.*

## ВЫСТУПЛЕНИЕ В СУДЕ

Врач, дающий показания в суде, должен позаботиться о том, чтобы иметь официальный внешний вид (в частности, быть одетым надлежащим образом). Говорить нужно ясно и просто, избегая узкоспециальных терминов (или раскрывая их смысл) и не забывая о том, что вы пытаетесь объяснить хорошо известные вам (в силу специфики профессии) детали несведущим людям, для которых эта информация может быть новой. Английская судебная система является *противостоятельной*, поэтому вначале вопросы может задавать пригласившая вас сторона (например, защита). Это так называемый *первоначальный опрос свидетеля выставившей стороной*. За ним следует перекрестный допрос, в котором принимает участие противная сторона (например, обвинение); далее — *повторный допрос* первой стороной.

Судья также может задавать вопросы эксперту. Помните, что правда чаще всего находится где-то посередине между позициями сторон; поэтому, отвечая на вопросы, не следует слишком явно поддерживать точку зрения защиты или обвинения (за исключением случаев, когда вы — совершенно искренне — всецело разделяете какую-либо из них). В определенных затруднительных ситуациях прибегните к таким фразам, как «Я не могу прокомментировать это» или «Я не могу зайти так далеко» (запомните их, это может пригодиться), — после чего вновь изложите свои взгляды.

## ЗАКОН О ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ

До принятия Закона о психическом здоровье (1959) почти все пациенты психиатрических стаци-

онеров содержались там принудительно. С момента его введения доля таких случаев неуклонно снижается, и в настоящее время большинство психически больных не подвергаются принуждению, обладая теми же правами и свободами, что и пациенты других больниц. Только 7% из них все еще удерживаются в медицинском учреждении против их воли, причем полномочия психиатров проводить лечение без согласия пациента существенно ограничены.

Закон о психическом здоровье (1983), подобно большинству парламентских законов, — весьма внушительный, объемный документ, в котором непросто сориентироваться. Как и в любом подобном акте, все разделы в нем пронумерованы. Отсюда и неудобопонятные, способные привести в замешательство ссылки на «раздел 37» или же на «раздел, касающийся принудительного содержания в больнице». Предпочтительно ссылаться непосредственно на заголовок раздела (поскольку такая форма более доступна для понимания): «Положение о лечении» (а не «раздел 3») или «Положение о содержании в больнице» (а не «раздел 37») и т.д.

Законом предусмотрены сложные и разнообразные условия, необходимые для применения (а в дальнейшем — для продления и возобновления действия при периодическом пересмотре) любой меры, связанной с недобровольным удержанием в больнице. Поскольку особенно часто используются положения об обследовании (раздел 2) и о лечении (раздел 3), далее мы приведем соответствующие примеры.

### Положение об обследовании

Для применения Положения об обследовании (раздел 2) необходимы две медицинские рекомендации: одна от квалифицированного психиатра (утвержденного согласно разделу 12 Закона), вторая — от другого врача, который может быть врачом общей практики, наблюдавшим пациента. Кроме того, требуется согласие ближайшего родственника или утвержденного органами местного самоуправления социального работника (за исключением случаев, когда пациент направлен для освидетельствования по распоряжению суда или Министерства внутренних дел). Эта процедура направления в больницу может использоваться при условии, что пациент:

- 1) страдает психическим расстройством (тип расстройства указывать не нужно),
- 2) не желает лечиться в больницу,
- 3) но нуждается в госпитализации — *либо в интересах своего здоровья или безопасности, либо ради защиты окружающих.*

Формулировка «здоровье *или* безопасность» важна, поскольку она означает, что если имеющееся у данного пациента заболевание угрожает его здоровью, то он может быть удержан в больнице против его воли.

В данном случае госпитализация осуществляется для обследования, но за ним может последовать лечение, продолжающееся до 28 дней, причем в течение первых двух недель больной может подать апелляцию в *Суд по вопросам психического здоровья*. Это небольшой неофициальный орган, в состав которого входят три члена: председатель, имеющий специальное образование в области юриспруденции, независимый психиатр (на практике это означает, что он относится к другому округу здравоохранения) и неспециалист. Суд обладает полномочиями отменить действие соответствующего параграфа Закона по отношению к данному больному, который после этого может по своему усмотрению либо покинуть больницу, либо остаться там в качестве пациента на добровольных началах.

### Положение о лечении

Если необходимо удерживать пациента в больнице более чем в течение 28 дней, то можно применить Положение о лечении (раздел 3), позволяющее продлить его пребывание в стационаре до 6 месяцев. Поскольку речь идет о лишении свободы на более длительный срок, данным положением предусмотрены более строгие требования:

1. Необходимо уточнить имеющееся у больного психическое расстройство — *либо как психическое заболевание; выраженное повреждение рассудка; повреждение рассудка, либо как психопатию*, а также необходимо привести подробные сведения о расстройстве.
2. Должно быть установлено, что *характер или степень тяжести данного расстройства таковы, что адекватное лечение может быть обеспечено только в условиях стационара.*
3. Лечение невозможно провести, не удерживая больного в стационаре принудительно.
4. В случае более легких расстройств (повреждение рассудка или психопатия) должны быть основания считать, что лечение облегчит состояние или предотвратит его ухудшение.

В табл. 21.1, 21.2 представлены основные сведения о наиболее часто применяемых процедурах принудительной госпитализации, в том числе и на

**Таблица 21.1.** *Принудительная неотложная госпитализация  
в соответствии с Законом о психическом здоровье (1983)*

<i>Номер раздела</i>	<i>Описание</i>	<i>Лица, чьи подписи необходимы</i>	<i>Местонахождение пациента</i>	<i>Максимальный срок удержания</i>
4	Положение о неотложных случаях	Любой врач; ближайший родственник больного или социальный работник	Не уточняется	72 часа
5(2)	Положение о госпитализации	Дежурный врач	Больница	72 часа
5(4)	Положение об удерживании	Квалифицированная медицинская сестра	Больница	6 часов
136	Госпитализация пациента, доставленного полицией	Полицейский	Общественное место	72 часа

**Таблица 21.2.** *Помещение в больницу на более длительный срок  
в соответствии с Законом о психическом здоровье (1983)*

<i>Номер раздела</i>	<i>Описание</i>	<i>Лица, чьи подписи необходимы</i>	<i>Местонахождение пациента</i>	<i>Максимальный срок удержания</i>
2	Положение об обследовании	Два врача (один из них — официальный эксперт); ближайший родственник больного или официально уполномоченный социальный работник	Не уточняется	28 дней
3	Положение о лечении	Два врача (один из них — официальный эксперт); ближайший родственник больного или официально уполномоченный социальный работник	Не уточняется	Пересматривается каждые 6 месяцев
37	Положение о содержании в больнице	Два врача, магистрат или Королевский суд	Не уточняется, но чаще всего в тюрьме	Пересматривается каждые 6 месяцев
41	Положение о строгом режиме	Судья Королевского суда	Не уточняется	Неопределенно долго

более длительные сроки (каждый врач, работающий в Великобритании, должен быть хорошо знаком с порядком их применения), а также о положениях, предполагающих участие судебных органов.

### **Комиссия по проверке выполнения Закона о психическом здоровье**

В состав Комиссии по проверке выполнения Закона о психическом здоровье входит 90 человек, в том числе — психиатры, психологи, медицинские сестры, социальные работники, юристы и непрофессионалы. Они назначаются министром здравоохранения и социального обеспечения (сроком на четыре года) и обычно выполняют функцию надзора за соблюдением прав принудительно госпитализированных больных. В частности, в их обязанности входит:

1. Контроль за соблюдением правил принудительного удержания пациентов.
2. Посещение, опрос и расследование жалоб принудительно удерживаемых пациентов.
3. Надзор за соблюдением процедур получения согласия на лечение. (Принудительно удерживаемому пациенту может быть назначено лечение против его воли лишь при серьезных показаниях к принятию безотлагательных мер или при условии, что на это дает согласие независимый психиатр, назначаемый Комиссией.)
4. Подготовка **Процессуального кодекса**, где систематизируются правовые нормы, касающиеся процедур госпитализации и лечения пациентов с психическими расстройствами.

### **ЗАВЕЩАТЕЛЬНАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ**

К любому врачу могут обратиться с просьбой оценить завещательную дееспособность того или иного лица, т.е. его способность составить завещание, имеющее юридическую силу. Заниматься этим чаще приходится врачу общего профиля, постоянно наблюдающему пациента, чем психиатру. Когда

человек серьезно болен (а тем более в случае, когда он знает, что умирает), он может решить, что пора изъять свою волю, и попросить врача засвидетельствовать соответствующий документ. Если врач делает это, то говорят, что он «заверил завещание» и, следовательно, должен был счесть пациента находящимся «в здравом уме». Если впоследствии завещание будет оспорено, — возможно, врачу придется в суде ответить на вопросы, касающиеся психического состояния пациента.

Любой человек старше 18 лет, не находящийся «в нездравом уме», может составить завещание. Легкая деменция вряд ли помешает сделать простое завещание, хотя сложное может обесценить. Однако пациент, находящийся в состоянии спутанности, страдающий нарушением памяти или даже бредом, может оформить завещание с помощью юриста.

Наличие «здравого рассудка» предполагает:

1. Достаточно ясное представление о том, какой собственностью вы владеете.
2. Знание круга лиц, которые могут претендовать на эту собственность: вы должны знать имена ваших ближайших родственников.
3. Способность сформировать адекватное суждение об относительной силе этих притязаний, т.е. оценить права наследников (без существенного искажения, обусловленного психическими отклонениями).

### **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

- Code of Practice (to 1983 Mental Health Act)* (1990). London: HMSO.
- Faulk, M. (1988) *Basic Forensic Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific.
- The Mental Health Act (1983)* (1983). London: HMSO.
- Review of Health and Social Services for Mentally Disordered Offenders and Others Requiring Similar Services. Final Summary Report*. Chairman: Dr John Reed (1990). London: HMSO.

# Глоссарий

**Автоматизмы** — простые или сложные двигательные акты, часто неадекватные обстоятельствам (например, раздевание в магазине), осуществляемые при явном непонимании окружающей обстановки, без сознательной мотивации. Наблюдаются при органических поражениях центральной нервной системы (особенно при эпилепсии), а также при диссоциативном расстройстве.

**Ажитация** — это состояние повышенной подвижности, сопровождающееся чувством внутреннего напряжения. Оно наблюдается у некоторых больных депрессией, иногда принимая форму плохо организованной, но целенаправленной деятельности — например, уборки, в процессе которой человек по многу раз принимается за одно и то же дело, тут же отвлекается, берется за что-то другое и т.д. То же явление может выражаться в постоянном сжимании рук, приводящем к повреждению кожных покровов, или в настолько частом почесывании головы, что в результате начинается заметное выпадение волос. Порой пациент в таком состоянии становится чрезвычайно докучливым: например, постучавшись в дверь, входит в кабинет, начинает задавать вопрос, но вдруг, оборвав его на полуслове, уходит, — причем это повторяется всякий раз, когда дверь закрыта. Очень часто неопытным врачам не удается распознать в подобном поведении агитацию, и они определяют его как «ищущее внимания» или «истерическое», хотя данные термины не несут в себе какого-либо определенного смысла. Степень выраженности агитации не связана непосредственно с тяжестью субъективного чувства тревоги: заторможенные больные также нередко сообщают, что ощущают сильное внутреннее напряжение.

**Акатизия** — состояние повышенной подвижности, сопровождающееся чувством беспокойства; развивается в результате экстрапирамидного действия нейролептиков.

**Акинезия** — состояние снижения двигательной активности, особенно заметно проявляющееся в обеднении мимики и отсутствии содружественных движений рук при ходьбе. Это характерный признак паркинсонизма, который часто вызывается фармакологическими препаратами. Следовательно, существует реальная опасность, что побочное действие лекарственных средств не будет дифференцировано от депрессивной заторможенности, а это может привести к назначению неадекватного лечения.

**Амбивалентность** — термин, относящийся к непостоянству и противоречивости мотивации; он используется также для обозначения колебаний между согласием и отказом в ответ на просьбу что-либо сделать.

**Величия бред (бредовые идеи величия)** проявляется убежденностью больного в том, что он наделен особыми полномочиями, обладает сверхъестественными способностями, что он избран Богом или послан спасти мир. Например, находящийся в больнице после ламинэктомии пациент (по роду занятий — зеленщик) считает, что пребывает здесь в качестве знаменитого нейрохирурга и должен оперировать больных, а персонал обязан ассистировать ему. Он с важным видом расхаживает по отделению, раздавая приказы и держа руки так, как хирург, уже помывший их перед операцией и оберегающий их стерильность. Подобные идеи особенно часто возникают при маниакальном состоянии, но могут также встречаться при шизофрении и психоорганических расстройствах.

**Воля** — это свойство человека, которое проявляется в наличии энергии, желаний и стремлений, побуждающих к целенаправленной деятельности. Таким образом, утрата этого качества проявляется состоянием инертности (**абулия**), при котором человек не может не только осуществ-

лять необходимую деятельность, но даже заниматься тем, что прежде доставляло ему удовольствие, — хотя во всех других аспектах способность к реализации соответствующих действий сохранена. Оценить волевые качества пациента в процессе беседы, как правило, нелегко.

**Восковая гибкость** выявляется при обследовании, когда врач, изменяя положение частей тела пациента, отмечает пластическое сопротивление, а приданная больному поза довольно долго сохраняется.

**Вторичный бред** — термин, употребляемый при описании бредовых идей, вторичных по отношению к какой-либо иной патологии, такой как галлюцинации. Если больной слышит «голоса шпионов», обсуждающих замысел убить его, — вполне вероятно, что он поверит в реальность существования подобных планов! Можно привести и другие примеры: вторичный бред иногда объясняется влиянием патологических эмоций, поражением структур головного мозга (в частности, при опухоли) и т.д.

**Гиперактивность** рассматривается как патология в случаях, когда действия человека либо неадекватны, либо остаются незавершенными. Больной в маниакальном состоянии демонстрирует неистощимую энергию, начиная множество дел, но не заканчивая их. **Утрата торможения** также может приводить к развитию неадекватных форм поведения, например к кутежам или сексуальным эксцессам.

**Деперсонализация** проявляется неприятным ощущением изменения психических функций или образа тела. Больной больше не питает прежних чувств к другим людям. Части собственного тела могут казаться ему чужими, хотя при этом человек совершенно ясно сознает, что они принадлежат ему. Этому нарушению нередко сопутствует другое (также неприятное) переживание — **дереализация**: в этом случае внешний мир представляется изменившимся и выглядит незнакомым. Оба симптома могут возникать и у здоровых людей (особенно при сильной усталости), но чаще они сопровождают аффективное расстройство или другие психические заболевания — относящиеся к более высоким уровням диагностической иерархии.

**Депрессивный бред** характеризуется идеями виновности, самообвинения, обнищания, паразитар-

ного заражения, инфицирования и т.п. Такие бредовые идеи ассоциируются с депрессией; они отражают низкую самооценку, чувство безнадежности и пессимистический взгляд на будущее, характерные для человека со сниженным настроением. Конечно, подобные мысли часто возникают у страдающих депрессией и совсем не обязательно носят бредовой характер. Крайним выражением этого симптома является нигилистический бред, при котором человек убежден, что вследствие тяжелого заболевания утрачивает свои телесные или психические функции (иногда он уверен, что вообще уже умер). Например, больной депрессией может упорно утверждать, будто бы его голова «усыхает» («даже нельзя сдвинуть очки на лоб — он уменьшился настолько, что они теперь не держатся») — и его состояние скоро станет несовместимым с жизнью.

**Диссоциативная амнезия** может быть дифференцирована от других видов нарушения памяти по такому типичному признаку, как утрата информации именно личного характера (затрагивающая и недавно усвоенные, и относящиеся к отдаленному прошлому сведения). Например, больной не может вспомнить свое имя и адрес либо ответить на вопрос, есть ли у него семья; или же он не узнает близких родственников. В то же время у него, по-видимому, не возникает никаких затруднений, если требуется распознать и назвать иные — так же хорошо знакомые — объекты (например, продукты питания, напитки и т.п.), или при пользовании привычными предметами. Такое глубокое и избирательное нарушение памяти не встречается при других расстройствах.

**Замедленность речи** часто сочетается с двигательной заторможенностью (см. ниже). Характеризуется задержкой инициирования речи (например, человек делает заметную паузу, прежде чем ответить на простой вопрос), а также очень низким темпом речи. При этом голос нередко звучит очень тихо, и собеседнику вообще трудно слышать сказанное. Во многих случаях отмечается значительное снижение количества речевой продукции. Замедленность речи обычно является симптомом депрессии, причем больные, у которых наблюдается это нарушение, обычно не ощущают замедления мышления, но часто жалуются, что у них «какой-то хаос в голове», «мысли в беспорядке». Исследование психического статуса пациента с замедленностью

речи требует от врача, проводящего опрос, большого терпения.

**Заторможенность двигательная** характеризуется задержкой инициирования движения, замедленностью их выполнения и снижением их общего количества. Обычно сопровождается замедлением речи (см. выше); встречается чаще всего при депрессивных расстройствах.

**Инконгруэнтный аффект** — это выражение эмоциональной реакции, не соответствующей настроению человека (субъективно ощущаемому им самим). Например, пациент может слегка улыбаться, рассказывая о недавно понесенной утрате. Никогда не делайте вывод о неадекватности аффекта, основываясь лишь на своих ожиданиях относительно того, каким должно быть настроение при данных обстоятельствах. Спросите у больного, почему он улыбается. Возможно, он ответит, что сам не знает этого — вообще-то ему грустно (и тогда вполне вероятно, что в этом случае действительно наблюдается инконгруэнтный аффект). Однако не исключены и другие варианты — допустим, пациент признается, что вспомнил забавный эпизод на похоронах или подумал о наследстве, на которое рассчитывает. Неадекватный аффект характерен для шизофрении.

**Кататонические симптомы** — собирательный термин для целого ряда нарушений двигательной сферы, включая амбивалентность, негативизм, застывание в разных позах и восковую гибкость.

**Компульсии (навязчивые действия)** тесно связаны с Obsессиями (см. далее), но представляют собой именно действия, а не мысли. В одних случаях они выражаются в простых действиях, таких как многократная проверка (например, больной, прежде чем пойти спать, вновь и вновь удостоверяется, заперта ли дверь). В других — принимают форму сложных ритуалов, включающих целый ряд последовательно выполняемых действий, причем каждое из них субъект чувствует себя вынужденным повторять «магическое» число раз. Например, человек ощущает, что обязательно должен вымыть руки семь раз, чтобы избежать заражения; затем, прикоснувшись к раковине умывальника (которая может оказаться «загрязненной»), испытывает побуждение проделать все это заново — и т.д. Иногда (как и при Obsессиях) предпринимаются попытки противостоят побуждению совершать подобные действия, но многие больные прибегают к ним,

чтобы облегчить напряжение, вызываемое навязчивыми мыслями. Так, компульсивное мытье рук может приветствоваться и практиковаться как способ избавиться от навязчивых мыслей о заражении. Во всех случаях пациент сознает, что это его собственные, основанные на его же воле действия — даже если они причиняют сильный дистресс и он прилагает все усилия, чтобы избежать их. В этом состоит отличие компульсивных расстройств от бреда пассивности (воздействия), с которым их следует дифференцировать.

**Лабильное настроение** характеризуется флюктуациями в соответствии с обстоятельствами, однако колебания при этом происходят слишком быстро с крайне большой амплитудой и сопровождаются утратой контроля. Этот симптом дает веские основания предполагать органическое поражение головного мозга и может быть признаком деменции, но встречается также при демонстративном личностном расстройстве и в некоторых случаях — при маниакально-депрессивном психозе.

**Мутизм** — это полное отсутствие речи. Он может представлять собой одно из проявлений ступора при депрессивном расстройстве, шизофрении или органическом поражении головного мозга, а иногда возникает как симптом истерии. **Избирательный мутизм**, который характеризуется тем, что наблюдается только в определенных ситуациях, — нарушение, встречающееся в основном у детей. Например, ребенок может нормально разговаривать дома, тогда как в школе он не произносит ни слова.

**Негативизм** выражается в совершении (в ответ на просьбу) действий, противоположных требуемым.

**Obsессии (навязчивости)** — это повторяющиеся мысли, которые воспринимаются субъектом как внедряющиеся в сознание против его желания (т.е. он чувствует, что вынужден думать именно так). Они всегда неприятны по содержанию, и потому человек старается воспрепятствовать их возникновению. Как сами мысли, так и попытки сопротивляться им связаны с тревогой. Характерно, что субъект без всяких сомнений признает эти мысли своими собственными, порожденными его же разумом, даже если их содержание идет вразрез с его желаниями. Например, больной чувствует себя вынужденным думать о том, что его руки испачканы калом, а

он не вымыл их должным образом, — и теперь если он займется приготовлением пищи, это может привести к кишечным заболеваниям у тех, кто будет ее есть. Важно отметить, что это не бредовые идеи: человек не убежден в том, что руки заражены, а лишь считает это вероятным и опасается возможных последствий; однако ему никак не удастся выбросить подобные страхи из головы, хотя нередко он ясно понимает, как это «глупо».

**Острая дистония** возникает как побочный эффект нейролептиков в течение первой недели их приема. Ее проявления — судороги (часто болезненные), охватывающие мышцы языка, шеи, спины, а также глазниц (окулогирный криз), — производят пугающее впечатление на больного и на окружающих. Обычно симптомы быстро редуцируются под действием холинолитических антипаркинсонических препаратов.

**Отношения бред (или идеи отношения)** характеризуется убежденностью больного в том, что происходящие в окружающем мире события имеют особое значение для определенного субъекта, каковым является он сам; при этом он воспринимает все услышанное или увиденное как относящееся к нему лично. Например, в телевизионном выпуске новостей упомянули об эпидемии лихорадки — и пациент уверен, что это сообщение адресовано непосредственно ему (его предупреждают, чтобы принял меры против инфекции); из соседней комнаты донесся чей-то смех — он считает, что смеются над ним; случайно уловив обрывок чужого разговора в автобусе (незнакомец сказал о ком-то: «Он — гей»), больной не сомневается, что речь идет о нем. Идеи отношения наблюдаются при целом ряде расстройств (включая депрессию, маниакальное состояние и шизофрению), а следовательно, не обладают существенной специфичностью и не представляют значительной ценности с диагностической точки зрения.

**Пассивности (воздействия) бред** — понятие, охватывающее определенный круг феноменов (характерных для шизофрении), в основе которых, очевидно, лежит нарушение «границ эго», т.е. искажение нормального представления о границах между каждым из нас — и другими людьми (а также вообще миром вне нас). К этой группе относятся такие явления, как убежденность больного в том, что функции и движения его тела

контролируются другими людьми или какими-то силами; что его мысли на самом деле ему не принадлежат, что кто-то читает их либо вообще распоряжается ими, вкладывая в его мозг или изымая оттуда. Эти убеждения носят чрезвычайно конкретный характер: пациент действительно всерьез уверен в том, что мысли можно извлечь у одного человека и перенести в мозг другого. Иногда больной ощущает, будто бы им управляют, как марионеткой. Следует, однако, учитывать, что неопытные врачи, задавая неточные вопросы, порой ошибочно приходят к выводу о наличии подобных идей.

**Передачи мыслей бред** характеризуется наличием у больного убежденности в том, что содержание его мыслей становится известным другим людям (возможно, даже всему миру).

**Поздняя дискинезия** — синдром, который проявляется разнообразными (ритмическими или отрывистыми) насильственными движениями и тремором. Такие движения могут быть множественными, захватывающими чуть ли не все тело; это сильно обезображивает внешний облик больного и вызывает у него крайний дистресс. Обычно синдром возникает через несколько месяцев после начала приема нейролептиков. При отмене препарата вначале часто отмечается некоторое ухудшение состояния. Какого-либо эффективного, надежного метода лечения поздней дискинезии найти пока не удалось.

**Позирование (застывание в позах)** — термин, используемый при описании нарушения, проявляющегося в принятии определенных (часто неестественных) поз. Манерные позы обычно производят впечатление как бы гротескно преувеличенных, напыщенных по сравнению с нормальными. Стереотипные позы неадаптивны, ригидны и в большинстве случаев неудобны.

**Приблизительные ответы, или «мимоответы»,** — очень близкие к правильным (но никогда не содержащие вполне адекватной информации) ответы на вопросы; в таких случаях всегда возникает предположение, что пациенту известен верный ответ. Например, на вопрос «Сколько ног у овцы?» получаем ответ: «Пять».

**Привычки, которые представляют собой постоянно совершаемые бессмысленные движения, как бы ставшие неотъемлемой частью индивидуального поведения (например, постукивание паль-**



цем по лицу, приглаживание волос или периодическое покашливание — словно для «прочистки горла»), имеются практически у всех людей. Они, как правило, интенсивнее проявляются в периоды, когда человек испытывает психическое напряжение. Такие привычные движения имитируют целенаправленное поведение; они могут контролироваться волевым усилием.

**Притупление аффекта** — расстройство, иногда наблюдающееся при шизофрении, особенно при ее хронической форме. Утрачиваются обычные модуляции настроения; больной теряет способность проявлять и испытывать к кому-либо теплые чувства, однако признаки сниженного настроения (типичные для страдающих депрессией) при этом отсутствуют.

**Растерянность** — аффективное состояние замешательства с ослаблением способности к пониманию сути происходящих событий и к правильному восприятию окружающей обстановки. Пациент обычно выглядит озадаченным.

**Речевой напор** отражает стремительный поток мыслей, характерный для маниакального состояния. Ускоренный темп речи сопровождается увеличением количества речевой продукции; часто при этом больной говорит заметно громче, чем обычно. Его трудно прервать, например чтобы задать вопрос; направлять беседу с таким пациентом очень сложно. Во многих случаях (хотя и не всегда) нарушается также последовательность мышления.

**Стереотипии** — это монотонно повторяемые, нецеленаправленные, однотипно выполняемые акты деятельности (совершаемые движения или произносимые фразы), которые не имеют для субъекта явного значения. Например, раскачивание на стуле, бесконечное повторение одного и того же ругательства или определенных звуков.

**Ступор** характеризуется полной неподвижностью, за исключением следящих движений глаз, и мутизмом. (Для подтверждения диагноза изменяют положение головы пациента, наблюдая, отмечается ли при ее повороте движение глаз, связанное с сохранением фиксации взора на определенных точках в поле зрения.) Данное состояние может возникать при депрессивных расстройствах как крайнее проявление заторможенности, однако оно встречается также при кататонической шизофрении и органических поражениях головного мозга.

**Сумеречное состояние** характеризуется сужением сознания до нескольких мыслей и установок, которые доминируют в психике больного.

**Тики** — внезапные непроизвольные сокращения групп мышц (преимущественно лицевых), часто напоминающие экспрессивные мимические движения, например нахмуривание или прищуривание. Обычно они возникают у детей в периоды психического напряжения (и могут затем сохраняться у взрослого человека), но иногда впервые появляются в зрелом возрасте.

**Торпор** — состояние патологической сонливости с тенденцией к засыпанию сном без сновидений.

**Тремор** в состоянии физического покоя — одно из типичных проявлений тревоги. Статический тремор может быть симптомом паркинсонизма. Все виды тремора — как статического, так и интенционного (связанного с поражением мозжечка) — усиливаются при тревоге. Следовательно, дрожь у тревожного пациента может быть связана и с органическим заболеванием центральной нервной системы.

**Фобии** — расстройства, проявляющиеся страхом перед определенными объектами или ситуациями, которые обычно не считаются опасными (например, боязнь пауков, мышей, высоты, замкнутого пространства или многолюдных мест). Типична тенденция к избеганию соответствующих ситуаций, но больной не всегда следует ей. Для определения фобии чрезвычайно важно то, что человек сознает иррациональность своих страхов, поскольку вызывающий их объект не представляет никакой опасности. Опираясь на этот признак, фобии следует дифференцировать от бреда. Так, и пациент с фобией, и больной с персекуторным бредом могут подолгу сидеть в четырех стенах, боясь выйти из дому. Однако первый из них при этом ясно понимает, что на самом деле ему ничто не грозит за порогом его жилища, тогда как второй убежден в наличии реальной опасности (например, считает, что на улице его подстерегает киллер), а значит, отказ покидать свою квартиру представляется ему разумной предосторожностью.

**Фуга** — нарушение поведения, характеризующееся блужданием (без осознанной мотивации) в состоянии измененного или суженного сознания; впоследствии развивается амнезия на события этого периода. Встречается при органических со-

стояниях (в том числе при эпилепсии) и при диссоциативных расстройствах.

**Шперрунг** — явление, ощущаемое субъектом как внезапное прерывание течения мыслей, которые затем полностью отсутствуют в течение нескольких секунд. Обычно наблюдается у людей, испытывающих сильное волнение и тревогу (например, у студентов во время устных экзаменов). Иногда в процессе беседы пациент, страдающий психотическим расстройством, внезапно умолкает, нередко не закончив начатую фразу (вид у него при этом отсутствующий), а затем продолжает говорить, развивая ту же тему или переходя на другую. Важно спросить пациента, что с ним произошло и о чем он думал во время этой

паузы. Возможно, окажется, что он просто отвлекся, переключившись на иные мысли (или услышав какие-то звуки), а вовсе не переживал ощущение полного отсутствия мыслей. В таком случае, безусловно, не может констатироваться наличие шперрунга. Этот феномен также следует отличать от малого эпилептического припадка (*petit mal*). Шперрунг встречается у некоторых больных шизофренией и часто сопровождается вторичным бредом воздействия.

**Эхо-мысли** — термин, используемый при описании возникающего у больного ощущения, будто его мысли повторяются или отдаются эхом, которое звучит через краткий промежуток времени после мысли-«оригинала».

# Предметный указатель

- Абсанс 129  
Абулия 155, 287  
Автоматизмы 128, 156, 282, 287  
Агнозия 143  
Агорафобия 167  
Ажитация 287  
Акатизия 30, 287  
Акинезия 30, 287  
Акинетическая эпилепсия 129  
Акромегалия 123  
Акрофобия 167  
Активное выслушивание 98  
Алкалоз 124  
Алкоголь, типичный день употребления его 186  
Алкогольной зависимости синдром 138, 182–189, 262, 274, 279; эпидемиология 183; клинические признаки 183–185; выявление 185; алкогольный анамнез 186; этиология 187; исследования 187; лечение 188; в позднем возрасте 262; деменция 145, 185  
Алкогольный галлюциноз 50, 158, 184  
Альфа-ритм 69  
Альцгеймера болезнь 143, 258–259  
Алюминием интоксикация 124  
Амантадин 138  
Амбивалентность 287  
Аменорея (при нервной анорексии) 193  
Амитриптилин 84  
Амнезия 91, 141, 147, 185, 257, 283, 288; диссоциативная 288; посттравматическая 152; ретроградная 40, 152  
Амнестический синдром 125  
Амфетамины 87, 158, 159, 191  
Анаклитическая депрессия 229  
Аналитическая психотерапия 100  
Анамнез: жизни 22; семейный 22; сексуальный 23; судебный 24; супружеской жизни 24; учебы 23  
Анамнеза сбор 16–17  
Ангедония 172  
«Ангельская пыль» 192  
Анксиолитики 80  
Аномальное поведение, связанное с болезнью, компоненты 200–201  
Анорексия нервная 193–197, 232; эпидемиология 194; клинические признаки 194; дифференциальный диагноз 194; исследования 195; этиология 195; лечение 101, 103, 195–196; у детей и подростков 232  
Антабус (дисульфирам) 188  
Антидепрессанты 83–87, 138, 273; побочные эффекты 85  
Антипаркинсонические препараты 78–80  
Антипсихотические препараты 78–80, 81–82  
«Антисоциальная личность» (антисоциальное личностное расстройство) 60  
Антисоциальное поведение (у детей) 265  
Антихолинэргические препараты 77  
Апраксия 143  
Аргайлла Робертсона симптом 145  
Аспергера синдром 231  
Ассоциации звуковые 179  
Атипичная реакция горя 273  
Атипичные антидепрессанты 86  
Атонический приступ 129  
Атропиновый психоз 78  
Аура 128  
Аутизм 231  
Ауторецепторы 84  
Афазия 143, 152  
Аффективные расстройства 163–181; в позднем возрасте 260–261  
Ацидоз 124  
Аэрофобия 167  
Барбитураты 74, 138, 190  
Бека опросник для выявления депрессии 68  
Белая горячка 140–141, 183; лечение 140; течение 141  
Бензодиазепина производные 82, 138, 276; побочные эффекты 83; зависимость от них 191; влияние на плод и младенца 253  
Бензтропин 78  
Бентона тест (на зрительное сохранение) 68

- Беременность и лекарственные препараты 252–253  
 Беременность, психические расстройства этого периода 247–248  
 Бета-блокаторы 82  
 Биологическая обратная связь 95  
 Биполярное аффективное расстройство 178–181; эпидемиология 178; нейрохимия 178; этиология 180; течение и прогноз 181  
 Бихевиоральная терапия 91–97, 199  
 Близнецы 55  
 Боль 132–134; психологические механизмы 133; острая 133; хроническая 133  
 Бред 34–35, 142, 274; первичный 34, 155; вторичный 34, 155, 288; величия 178, 287; дезинтегративный 155; депрессивный 288; нигилистический 211, 288; отношения 290; пассивности (воздействия) 154, 157, 290; персекуторный 260, 276  
 Бредовое расстройство 158  
 Булимия нервная 197  
 Бупропион 86  
 Бутирофенона производные 78; при беременности 253
- Вагинизм 241  
 Вазопрессин 232  
 Вальпроовая кислота 76  
 Вдыхание паров растворителей 193  
 Вегетативной нервной системы возбуждение, признаки его 33  
 Ведение больных, методы 13  
 Векслеровская шкала интеллекта для взрослых 66  
 «Вентиляция переживаний» 98  
 Вербальные признаки 17, 266  
 Взаимосвязи между соматическими и психическими заболеваниями 120–121  
 Викарное обучение 92  
 Вины (самообвинения) идеи 173  
 Височная доля головного мозга, поражение ее 151  
 Височная эпилепсия 128, 158, 160  
 ВИЧ 125  
 Внебольничная помощь 164  
 Внешний вид пациента 29  
 Внимание 38, 137  
 Водно-солевого баланса нарушение 124  
 Возбудимость 160  
 Воля 287  
 Вопросы: «закрытые» 20; направляющие 20  
 Восковая гибкость 156, 288  
 Восприятие бредовое 155, 157  
 Восприятие, нарушения его 137  
 Воспроизведение (информации) 137  
 «Вспышки воспоминаний» (флэшбэк) 192
- Вторичная выгода 202, 209  
 Вторичная профилактика 13  
 Вторичные дефекты психики 161  
 Выражение эмоций 161  
 Вытеснение 57  
 Вуайеризм 246
- Галлюцинации 36–37, 140, 142, 155, 183, 260, 274; гипнагогические 34; слуховые 36; зрительные 36; обонятельные 36; вкусовые 36; соматические 36; тактильные 36  
 Галлюциногены 192  
 Галоперидол 79, 139, 275  
 ГАМК 76, 82, 166  
 Ганзера синдром 147  
 Гебефреническая шизофрения 156  
 Гематоэнцефалический барьер 74  
 Гемодиализ 124  
 Генеалогическая таблица 65–67  
 Генерализованные абсансы, признаки на ЭЭГ 69  
 Гентингтона хоря 45, 55, 70, 144–145, 158  
 Гепатит 184  
 Герпеса простого вирус 222  
 Герпетический энцефалит 220  
 Гидроцефалия с нормальным внутричерепным давлением 145  
 Гиперактивное поведение 230  
 Гиперактивность 288  
 Гиперкапния 124  
 Гиперкинетическое расстройство 230, применение амфетаминов 87  
 Гиперсомния 174  
 Гипертиреоз 122  
 Гипноз 132  
 Гипогликемия 123  
 Гипокалиемия 124  
 Гипомагниемия 124  
 Гипонатриемия 124  
 Гипотиреоз 88, 122, 223  
 Гипофиза гипофункция 123  
 Глазной контакт 17  
 Глутамат 159  
 Глухие и слабослышащие, проведение клинической беседы с ними 26  
 Гомосексуальность 237–238  
 Градуированное воздействие (десенситизация *in vivo*) 94  
 Групповая психотерапия 103, 189
- Дауна синдром 220, 223  
 Двигательная активность 30  
 Двойственная связь 161

- Деградация личности 142  
 Деадаптивные формы поведения 47, 49, 209–229  
 Дезинтегративные расстройства 231  
 Дезипрамин 84  
 Дезориентировка 38, 137, 140, 150  
 Дексаметазоновый тест 172  
 Делинквентность 230  
 Делирий 45, 135–140, 257; эпидемиология 135; клинические признаки 135, 257; диагностические критерии 137; этиология 136, 137–138, 257–258; дифференциальный диагноз 138, 257; исследования 138–139; лечение 139–140; течение и прогноз 139–140, 259; в позднем возрасте 257–258  
 Дельта-волны 69  
 Деменция 69, 141–149, 257, 258–260; эпидемиология 141; клинические признаки 141–143; диагностические критерии 143, 259; этиология 143–146, 259; исследования 148; лечение 148–149; течение 149, 359; алкогольная 145, 185; атеросклеротическая 144; декомпенсированная 138, 258; мультиинфарктная 144, 259; обратимая 145, 146, 148, 259; пресенильная 141, 143; в позднем возрасте 258–260  
 Демонстративное поведение 210  
 Деперсонализация 35, 272, 288  
 Депо-препаратов инъекции 80  
 Депрессивная псевдодеменция 146, 257, 259, 261  
 Депрессивный психоз 171, 178; диагноз 174  
 Депрессия 138, 171–178, 184, 199, 272; эпидемиология 171; диагноз 173–174; лечение 90, 96, 101, 176–177; генетические факторы 174; моноаминовая теория 172, 178; провоцирующие факторы 175; анаклитическая 229; в позднем возрасте 260–261; невротическая 171; послеродовая 250; постшизофреническая 157; психотическая 171, 174, 261; реактивная 171; симптоматическая 174; терапевтически резистентная 87; эндогенная 171  
 Дерезализация 35, 288  
 «Dermatitis artefacta» (дерматит артефициальный) 207  
 Десенситизация 94  
 Детоксикация 190  
 Детоубийство 252  
 Детский возраст 225–235; обследование ребенка 225–227; беседа клиническая с ребенком 226, с другими членами семьи 225; исследование психического состояния ребенка 226–227; обоснование этиологического диагноза 227–228; многоосевой диагноз 228; расстройства: аффективные 229, гиперкинетические 230–231, поведения 230, психотические 231–232, эмоциональные 228–229; аутизм 231; расстройства развития: общие 231, специфические 233; самоотравление 229, 277; самоубийство 229; соматизация 229; энкопрез 232; энурез 232  
 Джексонский марш 128  
 Диабет нефрогенный несахарный 88  
 Диагноз 45–52; дополнительный 50, 110  
 Диагнозов иерархическая модель 48–50  
 Диазепам 76, 83, 140, 188  
 Дисморфофобия 206  
 Диспареуния 240  
 Дистонические реакции 78  
 Дистония острая 290  
 Диссоциативное расстройство 201, 207, 208–210  
 Диссоциативные симптомы 208–210; эпидемическое распространение их 208  
 Диссоциация (механизм психологической защиты) 58, 208  
 Дисульфирам (антабус) 188  
 Дисфория половая 236  
 Дифференцированное подкрепление 204  
 Дневной стационар 163  
 Дофамина недостаточность 77  
 Дофаминовая гипотеза 158  
 Дофаминовые рецепторы 79  
 Дроперидол 78  
 DSM-IV 52  
 Жизненные события 53, 56  
 Завещательная дееспособность 286  
 Задержанная эякуляция 239  
 Заключение для суда медицинское 283  
 Закон об убийствах 283  
 Закон о психическом здоровье 139, 283–286  
 «Закрытые» вопросы 20  
 Замедленность мышления 155; речи 30, 288  
 Запоминание (регистрация) 38, 137, 149  
 Заторможенность 30; двигательная 289  
 Защита психологическая (механизмы) 56–58  
 Звонка и прокладки метод (лечение энуреза) 95–96  
 «Здравый рассудок» 286  
 Злокачественный нейролептический синдром 80  
 Идеализация (механизм психологической защиты) 57  
 Идеи отношения 290  
 Идиопатическая эпилепсия 130  
 Иерархическая модель диагнозов 48–50  
 Иерархия раздражителей, провоцирующих тревогу 94  
 Избегающее поведение 167  
 Избирательный мутизм 30, 289  
 «Изменение повестки дня» 213  
 Изображение головного мозга (методы получения) 69–70

- Изокарбосазид 85  
 Иллюзии 35–36, 140, 257, 272  
 Имипрамин 84  
 Инверсные агонисты 166  
 «Инволюционная депрессия» 293  
 Ингибиторы МАО 85–86  
 Ингибиторы обратного захвата 84–85  
 Инконгруэнтный аффект 155, 289  
 Инсайт-ориентированная психотерапия 99  
 Инсулинома 123  
 Интеллектуальные способности 40; методы исследования их 66  
 Интеллектуальные функции (функции интеллекта) 37  
 Интервью клиническое, техника проведения его 16–26, 99–100; с детьми 26, 226; с глухими и слабослышащими 26; с лицами, не владеющими (слабо владеющими) языком, на котором говорит интервьюер 26; с лицами позднего возраста 263; с родственниками больного 26  
 Интериктальный (межприпадочный) психоз 131  
 Интоксикации 125  
 Интроекция 57  
 Ипохондрическое расстройство 201, 206, 273  
 Исследования 65–71, 70; 111, 114, 117  
 «Истерия» 210  
  
 Калечащая хирургическая операция 269–270  
 Каннабис 192–193  
 Каннера синдром 231  
 Карбамазепин 76, 88  
 Карта жизни 24–25  
 «Карта-памятка», о ней 14  
 Катастрофическая реакция 143  
 Кататоническая шизофрения 156  
 Кататонические симптомы 289  
 Классическая (по Павлову) выработка условных рефлексов 91  
 Клаустрофобия 167  
 Клозапин 78, 80, 159, 163  
 Кломипрамин 82, 84  
 Клоназепам 76  
 Клопентиксол 78  
 Когнитивная триада 175  
 Когнитивно-бихевиоральная терапия 91–97; при депрессии 96, 177; при шизофрении 97  
 Кокаин 87, 192  
 Колостомия 269  
 Компульсии 199, 289  
 Компьютерная томография 69  
 Компьютерное аксиальное томографическое сканирование 139  
 Конверсия 58  
  
 Контакт глазной 17  
 Концентрация 38  
 Конфабуляции 40, 150  
 Корковая атрофия 143  
 Корсаковский синдром 125, 149, 185  
 Кофеин 87  
 Коэффициент интеллектуального развития (IQ) 66–68, 216–217  
 Краснухи синдром 223  
 Кратковременная память 38–40  
 Крейцфельда — Якоба болезнь 145  
 Критическое отношение к своему состоянию 41–42  
 Ксантины 87  
 Кушинга синдром 122  
  
 Лабильное настроение 289  
 Лактация и лекарственные препараты 252–253  
 Ламотригин 76  
 Латерализация функций головного мозга 160  
 L-ДОФА 77, 86, 138, 159  
 Лейкоэнцефалит подострый склерозирующий 220  
 Лекарственные препараты, применение их во время беременности и в период лактации 252–253  
 «Ленивого младенца» синдром 253  
 Леннокса — Гасто синдром 129  
 Лечебный план 102–105, 111, 114–115, 117–118  
 Лечение психического заболевания, ассоциированного с соматическим 121–122  
 Лимбическая система 79  
 Литий 88–89; в период беременности 253  
 Личностное расстройство 46, 49, 58–64; ананкастическое 63; демонстративное 62, 210; диссоциальное 60–61, 275; зависимое 63–64; обсессивное 63; параноидное 59; пограничное 60; шизоидное 59–60, 159, 163; эксплозивное 61  
 Лобной доли синдром 151  
 Лоразепам 83  
 Лофепрамин 84, 270  
 LSD 192  
 Лютеинизирующий гормон 251  
  
 «Магический гриб» 158, 192  
 Мак-Натона правило 282  
 Манерность 156  
 Манерные позы 290  
 Маниакально-депрессивный психоз с быстрыми циклами 97  
 Маниакально-депрессивный психоз см. Биполярное аффективное расстройство  
 Маниакальное состояние 91, 138, 178–181, 261; нейрхимия 178; диагноз 179; дифференциальный диагноз 180; лечение 180–181

- Мапротилин 84  
 «Массовая истерия» 208  
 Мастэктомия 269  
 «Материнская меланхолия» 248–250  
 Медицинские сестры, психиатрические 71, 164  
 Медицинское заключение для суда 283  
 Международная классификация болезней (МКБ-10) 51  
 Межприпадочный (интериктальный) психоз 131  
 Меклобамид 86  
 Менопауза 253–254  
 Метадон 190  
 Метилфенидат 87, 231  
 Механизмы психологической защиты 56–58  
 Миансерин 86  
 Миоклонические судороги 145  
 Миоклонический припадок 129  
 МКБ-10 51  
 Младенческие судороги 129  
 Моделирование 92  
 Молчание «по злему умыслу» 282  
 Монголизм *см.* Дауна синдром  
 Моноаминовая теория 172, 178  
 Моноаминоксидазы ингибиторы 85–86  
 Мутизм 30, 289; избирательный 30, 289  
 Мышечный релаксант 83  
 Мышление 30–32; абстрактное 41; нарушенное 137;  
     замедленное 155; ускоренное 179; шизофрени-  
     ческое расстройство мышления 31, 155  
 Мюнхгаузена синдром 207; по доверенности 207–  
     208, 234
- Навыки, которые следует приобрести 12–13  
 Навязчивая идея 181  
 Надпочечников гипопункция 123  
 Наказание 92  
 Напор речевой 30, 338  
 Направляющие вопросы 20  
 Нарколепсия 85, 87  
 Наркотическая и лекарственная зависимость 189–  
     193; амфетамины 191–192; анальгетики неопи-  
     атные 193; барбитураты 190–191; бензодиазепи-  
     на производные 191; галлюциногены 192;  
     каннабис 192; кокаин 192; опиаты 189–190;  
     растворители (вдыхание паров) 193; зависимость  
     у лиц позднего возраста 262  
 Настроение: методы исследования 68–69; выявле-  
     ние расстройств его 32–33  
 Невербальные признаки 17, 266  
 Неврозы 46–48  
 Невротизация 175  
 Негативизм 156, 289  
 Негативная триада 96
- Негативное регулирование бета-адреноцепторов 172  
 Негативные симптомы (шизофрении) 155–156  
 Недержание мочи и кала 142  
 Недостаточность витамина В<sub>12</sub> 125  
 Незащищающая привязанность 228  
 Нейролептики 78–80, 81, 154, 162; побочные эф-  
     фекты 81  
 Нейросифилис 145  
 Нейрофармакология 74  
 Неологизмы 31, 155, 157  
 Неонатальные судорожные припадки 129  
 Неотложные случаи, связанные с психическим со-  
     стоянием пациента 273  
 Неприязнь к себе 173  
 Непроизвольные движения 30  
 Нервные болезни 127  
 Неспособность к обучению *см.* Умственная отста-  
     лость  
 «Неудачное путешествие» 192  
 Нефрогенный несахарный диабет 88  
 Нигилистические бредовые идеи 173  
 Нигилистический бред 211, 288  
 «Никогда не виденное» (*jamais-vu*) 128  
 Никотиновая кислота 125  
 Новая кора (неокортекс) 79  
 Норадrenalин 82  
 Норadrenergические нейроны 165–166  
 Ньюкаслская шкала 264, 266
- Обмена веществ расстройства 123–124  
 Обоснование диагноза 109–118; описательное 109  
 Образ тела 195, 198, 211  
 Обратимые деменции 145, 146, 148, 259  
 Обратимые ингибиторы моноаминоксидазы 86  
 Обсессивно-компульсивное расстройство 198–199  
 Обсессии (навязчивости) 289  
 Обусловливание 91–92  
 Общие расстройства развития 231  
 Ожирение 198  
 Озабоченность чрезмерная 33  
 Окисью углерода отравление 125  
 Оксазепам 83  
 Оксипертин 78  
 Окулогирные кризы 81  
 Оперантное обусловливание 92  
 Опиаты, зависимость от них 189–190  
 Оплакивание 272  
 Опросник Бека для выявления депрессии 68  
 Опросник «Тревожные состояния и черты тревож-  
     ности» 68  
 Оргазмическая дисфункция 240  
 Органические психосиндромы 135–153; 256–260

- Ориентировка 37, 266  
 Орфенадрин 78  
 Остановка мыслей 199  
 Острая дистоническая реакция 81  
 Острая дистония 290  
 Острая стадия шизофрении 162  
 Острая шизофреноподобное расстройство 156, 184  
 Острый органический психосиндром *см.* Делирий  
 Отмены симптомы 83, 182, 183, 189, 191  
 Отнятие мыслей 154–155  
 Отражение чувств пациента 20  
 Отреагирование 75  
 Отрицание болезни 201, 202  
 Отрицание (механизм психологической защиты) 57, 102, 272, 273  
 Отсроченная реакция горя 273  
 Отставание в освоении навыков чтения 233–234  
 «Отставание в учебе» 216  
 Оценка больным своего состояния 41–42  
 Очаговые органические психосиндромы 149–152; корсаковский 149–150; энцефалопатия Вернике 149–150; при поражении долей головного мозга: височных 151, лобных 151, теменных 151–152
- Палимпсест (алкогольная амнезия) 185  
 Память: долговременная 40; кратковременная 38–40; на более отдаленные события 40; методы исследования 68; нарушения 91, 137, 141–142, 149–150  
 Панические атаки 167  
 Паническое расстройство 167  
 Параноидная шизофрения 156  
 Парафилии 245–246  
 Парацитовидных желез заболевание 123  
 Паркинсона болезнь 127  
 Паркинсонизм 77, 81, 145  
 Пароксетин 84  
 Парциальные эпилептические припадки 128; вторичная генерализация 128  
 Пассивности (воздействия) бред (бредовые идеи) 154, 157, 290  
 Патологическое поведение, связанное с болезнью 49, 200–214; дифференциальный диагноз 210–211; медицинская тактика 211–214  
 Патомимическое расстройство 201, 207  
 Педофилия 245  
 Первичная выгода 202, 209  
 Первичная профилактика психических расстройств 13  
 Первичный бред 34, 155  
 перевозбуждение нервной системы, влияние его на позитивные симптомы шизофрении 154
- Передачи мыслей бред 157, 290  
 Переедание 197  
 Переходные заявления 22  
 Периферическая нейропатия 184  
 Персеверация 32  
 Печеночная недостаточность 124  
 Пика болезнь 141, 144, 259  
 Пимозид 78  
 Поведение нарушенное 273–275  
 «Погружение» 95  
 Подбадривание 95  
 Поддерживающая психотерапия 188  
 Поддерживающее лечение 79  
 Поддерживающие (продлевающие) заболевание факторы 53  
 Подкрепление 92; дифференцированное 204  
 Подострый делирий 140, 257  
 Подострый органический психосиндром 140  
 Подострый склерозирующий лейкоэнцефалит 220  
 Подростковый период 225  
 Поздний возраст, основные психические расстройства 255–264  
 Поздняя дискинезия 81, 290  
 Позирование (застывание в позах) 156, 290  
 Позитивные симптомы (шизофрении) 154–155  
 Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) 70  
 Половая дисфория 236–237  
 Половая идентификация 236  
 Половая роль 236  
 Положения: о лечении 284; об обследовании 284  
 Помрачение сознания 38, 134, 140, 274  
 Порфирия 124  
 Послеродовой период, связанные с ним расстройства 248–252  
 Послеродовой психоз 90, 251–252  
 Пословицы 41  
 Постконтузионный синдром 153  
 Посттравматическая эпилепсия 152–153  
 Посттравматический психоз 153  
 Посттравматическое стрессовое расстройство 94, 168  
 Почечная недостаточность 124  
 Предменструальное напряжение 246–247  
 Предрасполагающие факторы 55  
 Предупреждение ответной реакции 199  
 «Прекрасное равнодушие» (*belle indifference*) 209  
 Преморбидные личностные особенности, анамнез 26  
 Прерывание беременности 247, 248  
 Приблизительные ответы 147, 290  
 Привычки 290–291  
 Привязанность 227–228  
 Принудительная госпитализация 285



- Припадок эпилептический: большой (*grand mal*) 128; малый («*petit mal*») 128; атипичный малый 129
- Приступы плача 173
- Притупление аффекта 291
- Провоцирующие факторы 53
- Прогестерон 251
- Прогностические факторы: генетические 106; относящиеся к раннему детству 106; преморбидные особенности личности 106; уровень достижений до начала заболевания 107; степень зрелости 106–107; дефекты в преморбидном периоде 107; провоцирующие факторы 107; психиатрический анамнез 107; соблюдение режима и схемы лечения 108; тип начала расстройства 108; характер расстройства 108
- Прогрессивные матрицы Равена 66
- Проекция (механизм психологической защиты) 57
- Пролактин: при послеродовом психозе 251; после эпилептического припадка 132
- Протиаден 84
- Противосудорожные средства 75–77, 138, 140
- Профессиональный маршрут 24
- Профилактика психических расстройств 13
- Проциклидин 78
- Прояснение 20
- Псевдогаллюцинации 37, 272
- Псевдодеменция 146, 257, 259, 261
- Псевдоэпилептические припадки 130
- Психическое состояние, исследование его (общие сведения) 28–44
- Психоз 47–49; органический 46, 47, 49; функциональный 46, 47, 49
- Психометрическое тестирование 66, 148; при умственной отсталости 222
- Психомоторная активность 30
- Психомоторная заторможенность 99, 153, 176
- «Психопатическая личность» 60
- Психосоматические заболевания 120
- Психостимуляторы 87
- Психотерапия 97–103; аналитическая 100–103; групповая 103; индивидуальная 97; инсайт-ориентированная 99; поддерживающая 98; семейная 103, 196
- Психофармакология 74
- Пушковые волосы 194
- ПЭТ 70
- Радиоактивное излучение 220
- Развитие ребенка до двух лет, основные этапы 222
- Развод родителей 169
- Раздражительность 33
- Рассеянный склероз 127, 145
- Расстройство чувства владения собственными мыслями 154, 157
- Растворители, вдыхание их паров 193
- Растерянность 291
- «Реактивная депрессия» 33
- «Реакция на сыр» (при приеме ингибиторов МАО) 86
- Регистрация (запоминание) 38, 137, 149
- Резерпин 78
- Резидуальная шизофрения 157
- Релаксация 93
- Репродуктивная функция, связанные с ней расстройства 246–254
- Ретенция 137
- Ретроградная эякуляция 239
- Речевой напор 30, 338
- Речь, расстройства развития ее 233
- Речь, 30–32; связность 30–31; содержание 30; темп 30; форма 30
- Ритуалы 289
- Родители больного ребенка, беседа с ними 225–226
- Садомазохизм 245
- Салаамова эпилепсия 129
- Самообвинения идеи 173
- Самоотравление 62, 184, 276–279
- Самоубийство 176, 184, 189, 197, 261, 273, 276–279; оценка риска 277–279
- Сахарный диабет 123
- Сверхценные идеи 34, 206
- Седация 140, 274–275
- Сексуальные злоупотребления в отношении детей 169, 228, 234
- Сексуальные расстройства 236–246; первичные 238; вторичные 238; этиология 241; диагностика 242, 243; лечение 242, 244; у мужчин 238–239; у женщин 240–241
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина 84–85
- Семейная терапия 103
- Семейное терапевтическое вмешательство 97
- Сенильная деменция типа Альцгеймера *см.* Альцгеймера болезнь 143, 258–259
- «Сенситивная личность» 59
- Сертралин 270
- Симптоматическая шизофрения 131, 157–158, 192
- Симптоматическое маниакальное состояние 192
- Симулятивные расстройства 201, 207–210
- Симуляция 201, 208
- Синестезия 192
- Синонимы, тест на заучивание их 68
- Сифилис 222
- Сканирование 70

- Скачка идей 31  
 Словарный тест Mill Hill 66  
 Сложные парциальные припадки 128  
 Смешанные ингибиторы обратного захвата моноаминов 84  
 Сновидения, интерпретация их 102, 103  
 Снотворные средства 83  
 Содержание мыслей 33–35; речи 30  
 Сознания уровень 29  
 Соматизация 58, 115, 121, 201, 202–204; эпидемиология 203; этиология 203–204; медицинская тактика 211–214; острая 201, 203; подострая 201, 203; хроническая 201, 203, 204  
 Соматизированное расстройство 116, 201, 203, 205  
 Соматическое заболевание, психиатрические аспекты 120–134  
 Соматоформное болевое расстройство 116, 201, 205–206  
 Сообщение плохих известий близким больного 267–269  
 Социальная депривация в раннем возрасте 231  
 Социальное отчуждение (при атипичной реакции горя) 273  
 Социальные навыки, обучение им 95  
 Социальные фобии 167  
 Социальный работник 73; в психиатрической службе 71  
 Специалисты по психотерапии занятостью 71  
 Специфические расстройства развития 233–234  
 Специфическое расстройство навыков чтения 233–234  
 СПИД 125–126, 189; оказание помощи 126; хронический органический психосиндром при данном заболевании 125–126; острый органический психосиндром 126; аффективные расстройства 126  
 СПИД-дементный комплекс 125, 126  
 Спонтанная гипогликемия 123  
 Способность участвовать в судебном разбирательстве 281–282  
 Спутанности состояние 91, 135, 257  
 Статус малых эпилептических припадков 129, 131  
 Стереотипии 291  
 Стереотипные позы 290  
 Стерилизация 253  
 Стигматизация 126, 204  
 Страх ожирения 193  
 Ступор 30, 90, 156, 291  
 Стэнфорда — Бине фразы 39  
 Суд по вопросам психического здоровья 284  
 Суицидальные мысли 34, 173, 176  
 Сульпирид 78  
 Сумеречное состояние 291  
 Темазепам 83  
 Теменные доли головного мозга, поражение их 151  
 Терапия занятостью 162  
 Тета-волны 69  
 Тиамин 125  
 Тики 291  
 Тиоридазин 78, 79  
 Тирамин 86  
 Токсоплазмоз 222  
 Толерантность 182, 183, 190  
 Торможения утрата 288  
 Торпор 291  
 «Травка» 192  
 Тразодон 80, 86  
 Транилципромин 85  
 Транквилизаторы большие 78  
 Трансвестизм 245  
 Транссексуализм 237  
 Тревога, связанная с разлукой в детском возрасте 233  
 Тревожные мысли 166  
 Тревожные состояния 165–171, 182, 184; эпидемиология 165; нейрохимия 165; вегетативные симптомы 166; симптомы перевозбуждения 166; генетические факторы 169; лечение 80, 101, 169–170; течение и прогноз 171  
 Тремор 291  
 Третичная выгода 202, 209  
 Третичная профилактика 13  
 Триазолам 83  
 Триптофан 86  
 Трисомия 21 (синдром Дауна) 217, 220  
 Трифлуоперазин 78  
 Трициклические антидепрессанты 84, 199; при беременности 252  
 Туберозный склероз 55  
 Тяжелая утрата 174, 272  
 Уголовная ответственность 282–283  
 «Уже виденное» (déjà-vu) 128  
 Уклонение от школы 233  
 Умиравший больной 270–272  
 «Умственная жвачка» 33–34  
 Умственная отсталость 28–43, 216–224, 262; эпидемиология 216; клинические признаки 217; диагностические критерии 218; этиология 219; дифференциальный диагноз 220; исследования 221; лечение 222; степень: незначительно выраженная 218, умеренно выраженная 218, выраженная 217, 218–219, глубокая 219; психометрические методы 222; течение 224  
 Умышленное причинение себе вреда 184  
 Утверждение болезни 201, 202

- Фебрильные судорожные припадки 129  
 Фенелзин 85  
 Фенилкетонурия 55, 220  
 Фенитоин 75  
 Фенобарбитал 75  
 Фенотиазина производные 78, 138; при беременности 253  
 Фенфлурамин 87  
 Феохромоцитома 168  
 Фетишизм 245  
 Флувоксамин 84  
 Флуоксетин 84, 270  
 Флупентиксол 78, 80, 162  
 Флуфеназин 80, 162  
 Флуспирилен 78, 80  
 Фобии 167, 291  
 Фобические тревожные состояния 85  
 Фолиевой кислоты дефицит 125  
 Фотонно-эмиссионная томография (ФЭТ) 70  
 Фрагильной X-хромосомы синдром 220  
 Фразы Стэнфорда — Бине 39  
 Фуга 128, 291
- Характерные черты (личности) 58  
 Хлорметиазол 139, 188  
 Хлорпромазин 78, 275  
 Хромосомный анализ 222  
 Хроническая (резидуальная) шизофрения 177  
 Хронический органический психосиндром *см.* Деменция  
 Хронический панкреатит 184  
 Хроническое бредовое расстройство позднего возраста 260  
 Хроническое соматоформное болевое расстройство 205–206
- Циклодол 78, 138  
 Циклотимия 175, 180  
 Ципротерона ацетат 246  
 Цирроз печени 183–184  
 Цитомегалии вирус 222  
 Цифровой ряд 38–39
- Черепно-мозговая травма 152–153; последствия ее: хронический органический психосиндром 152; депрессивные состояния 153; личностное расстройство 153; посттравматическая эпилепсия 152; психоз 173; тяжесть повреждения мозга 152
- Шейпинг (метод модификации поведения) 232  
 Шизоаффективное расстройство 158  
 Шизофрении симптомы: первого типа 154–155; второго типа 155–156
- Шизофреническое расстройство мышления 31, 155  
 Шизофрения 154–164; эпидемиология 154; классификация 156; клинические признаки 154–156; диагностические критерии 157; дифференциальный диагноз 157–158; нейрохимия 158–159; этиология 159–161; исследования 162; течение 161; прогноз 163; лечение 162–163; модель 163–164; в позднем возрасте 260
- Шихана синдром 123  
 Школа, проблемы с посещением ее 269  
 Шперрунг 32, 292
- Эйфория 33  
 Эксгибиционизм 246  
 Экспозиция 94  
 Экстирпация матки 241, 253  
 Электролитного баланса нарушение 124  
 Электросудорожная терапия (ЭСТ) 89–91, 177, 252  
 Электроэнцефалограмма 69, 131, 139  
 Эмоциональная уплощенность 155  
 Эндокринные расстройства 122–123  
 Энкопрез 232  
 Энурез 87, 95–96, 232  
 Энцефалопатия Вернике 125, 149–150  
 Энцефалопатия, обусловленная диализом (диализная энцефалопатия) 124  
 Эозинофильной миалгии синдром 86  
 Эпидемиология 12  
 Эпилепсия 75–77, 85, 127–132, 183, 191; определение 127; эпидемиология 127–128; этиология 130; в детском возрасте 129; лечение 77; ведение больных 131; психиатрические аспекты 131; изменения личности 131; галлюцинаторно-параноидный синдром 131; психозы 131; «эпилептическое сумеречное состояние» 131  
 Эпилептические припадки, определение 127; пролактин 132; парциальные припадки 128; сложные парциальные припадки 128  
 Эпилептический статус 129  
 Эректильная дисфункция 239  
 ЭСТ 89–91, 177, 252  
 Этиология 52–64; оформление соответствующего раздела в обосновании диагноза 110–111  
 Этосуксимид 76  
 Эхо-мысли 155, 292  
 ЭЭГ 69, 131, 139  
 Эякуляция: задержанная 239; преждевременная 239; ретроградная 239
- Яичек гипертрофия 220  
 Ятрогении 202, 204

Учебное пособие

**ГОЛДБЕРГ Дэвид, БЕНДЖАМИН Сидней, КРИД Фрэнсис**  
**ПСИХИАТРИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Научный редактор **Владимир Полтавец**

Литературный редактор *Алла Леви*

Художественное оформление *Виктор Харик*

Компьютерная верстка *Наталья Алексеева*

Сдано в набор 28.12.98. Подписано в печать 29.10.99. Формат 84×108/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Times. Печать офсетная. Усл. печ. л. 31,3. Усл. кр.-отт. 31,9. Уч.-изд. л. 26,4. Тираж 1000 экз.

Международный Благотворительный Фонд «Издательство Сфера»  
Украина, 04107, г. Киев, Делегатский пер., 3

## ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

### Анамнез настоящего состояния

Длительность данного состояния; развитие симптомов в хронологическом порядке, связанная с ними несостоятельность; проверка по системам. Проведенное лечение.

### Семейный анамнез

Родители, сibsы, перечисленные по порядку; возраст (для умерших — год смерти и возраст на тот момент), специальность, соматическое и психическое здоровье, взаимоотношения.

### Анамнез жизни

*Опыт детских лет:* стабильность; разлуки.

*Учеба:* срок обучения в школе и типы учебных заведений; дальнейшее образование, сдача экзаменов.

*Половое развитие:* первые месячные, информированность; менопауза.

*Брак(и):* возраст вступления, конфликты, разводы и иные проблемы; сексуальные и другие отношения; супруг(а), возраст, специальность, состояние здоровья.

*Дети:* перечень имен, возраст, состояние здоровья, проблемы.

*Профессиональный маршрут:* количество мест работы к настоящему времени; предприятие (учреждение), где работал дольше всего; проблемы; ситуация с трудоустройством на данный момент; сведения о выполняемой работе (при наличии ее).

*Социальные условия жизни в настоящее время:* обеспеченность жильем; члены семьи, взаимоотношения с ними; финансовые трудности; друзья.

*(Судебный анамнез:* неприятности с полицией; обвинения, осуждения — в хронологическом порядке).

*Медицинский анамнез:* перенесенные в прошлом соматические и психические заболевания.

### Личностные особенности в преморбидном периоде

Интересы, настроение, дружеские отношения; отношение к алкоголю, другим психоактивным веществам.

## ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

### Внешний вид и поведение

Описание; уровень сознания; реакция на врача; двигательная сфера: быстрота и количество движений, позы, непроизвольные движения.

### Речь

Темп, количественная оценка, последовательность и связность.

### Настроение

Субъективная оценка; данные наблюдений о настроении — уровень, колебания, адекватность ситуации; активность вегетативной нервной системы.

### Содержание мыслей

Наличие суицидальных мыслей, чрезмерной озабоченности; размышления («умственная жвачка»); патологическая убежденность.

### Сфера восприятия

Иллюзии, галлюцинации, деперсонализация.

### Ориентировка

Во времени (час, день недели, дата); в месте; в собственной личности.

### Внимание и концентрация

Перечисление дней недели в обратном порядке, месяцев года в обратном порядке; вычитание по 7 из 100 (или по 3 из 20).

### Регистрация информации и кратковременная память

Цифровой ряд.

Фразы Стэнфорда — Бине:

*При сниженном интеллекте* — «Вчера мы прокатились на машине по дороге, проходящей через мост»;

*При умеренно выраженном снижении интеллекта* — «Самолет приземлился точно на приготовленной для него посадочной площадке»;

*При среднем интеллекте* — «Красноголовые дятлы подняли ужасный шум, когда пытались прогнать мальчишек от своего гнезда»;

*При высоком интеллекте* — «В конце этой недели газеты опубликовали подробный отчет об экспериментах, проведенных выдающимся исследователем».

Имя, адрес и цветок: немедленно, через 2 минуты, через 5 минут.

### Память на события ближайшего времени

События последних нескольких дней: например, длительность пребывания в больнице, содержание телевизионных передач, новости.

### Память на события отдаленного времени

События прошлого, имеющие личный характер, например воспоминания школьных лет, дата вступления в брак. Названия пяти городов, пяти фруктов, фамилии премьер-министров.

### Интеллектуальные способности

Счет; вопросы о различии и сходстве между забором и стеной, о направлении ветра; чтение и письмо.

### Абстрактное мышление

Пословицы.

### Критическое отношение к своему состоянию

Считает ли, что болен? Характер, причина болезни; мнение о лечении.

### Реакция врача на больного

## КАРТА-ПАМЯТКА

В этой карте приводятся скрининговые тесты для выявления **нарушений, связанных с употреблением алкогольных напитков, и расстройств настроения**; кроме того, она в любой момент напомнит вам об основных вопросах, которые необходимо выяснить для оценки **суицидального риска**.

Здесь вы найдете сокращенную **Ньюкаслскую шкалу** для оценки поражений головного мозга у пациентов позднего возраста, а четкая схема, которой следует руководствоваться при сборе **психиатрического анамнеза** и исследовании **психического состояния**, поможет охватить все наиболее важные пункты, не упуская ничего существенного.

В дальнейшем вы на собственном опыте убедитесь, каким хорошим подспорьем окажутся представленные здесь материалы в процессе практической работы — как в отделениях общего профиля, так и в кабинете неотложной помощи.

## ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

### 1. Последний случай самоотравления (или самоповреждения).

*Объективные аспекты.* Каким лекарственным препаратом были приняты? Сколько? Когда? Где? Присутствовал ли при этом кто-либо? Кто информировал больного об этих препаратах? Предпринимались ли какие-то меры предосторожности против обнаружения?

*Субъективные аспекты.* Какую цель преследовал больной при самоотравлении (по его словам); что ему известно о принятых препаратах; как он воспринимает тот факт, что остался в живых?

### 2. Заболевания, связанные с повышенным риском самоубийства.

Не указывают ли данные анамнеза и исследования психического состояния на наличие у пациента:

- депрессивного состояния;
- алкоголизма или зависимости от других психоактивных веществ;
- шизофрении;
- деменции;
- эпилепсии;
- диссоциального личностного расстройства;
- хронического соматического заболевания, сопровождающегося болями?

Что в настоящее время говорит больной о суицидальных мыслях и намерениях?

### 3. Демографические и социальные данные

Возраст, пол, социальное и семейное положение, род занятий.

Социальная изоляция.

Безработица.

Тяжелая утрата.

**ПОМНИТЕ:** наиболее значимый прогностический признак самоубийства – случай самоотравления.

## CAGE

(вопросы для выявления злоупотребления алкоголем)

1. Вы когда-либо чувствовали, что следовало бы сократить употребление алкоголя?
2. Докучают ли Вам окружающие, критикуя за пьянство?
3. Случалось ли Вам когда-либо испытывать чувство вины в связи с пьянством?
4. Приходилось ли Вам начинать утро с «глотка спиртного», чтобы успокоить нервы или опохмелиться?

Если получены положительные ответы на любые ДВА (или более) из этих вопросов, целесообразно собрать соответствующий «алкогольный анамнез».

## СОКРАЩЕННАЯ НЬЮКАСЛСКАЯ ШКАЛА

	Балл
1. Возраст (ближайший год)	0/1
2. Время (ближайший час)	0/1
3. Адрес для воспроизведения в конце теста (попросите больного сразу же повторить названный вами адрес, чтобы убедиться, что он расслышал его правильно; если потребуются, повторите его несколько раз, пока больной не воспроизведет его правильно): Улица Константиновская, 51	
4. Год	0/1
5. Название учреждения, в котором вы находитесь	0/1
6. Узнавание людей (если поблизости никого нет, пропустите этот пункт и при подсчете количества баллов исходите из девяти вопросов)	0/1
7. Дата рождения (достаточно, чтобы больной назвал месяц и число)	0/1
8. Годы начала и окончания второй мировой войны	0/1
9. Фамилия главы государства	0/1
10. Счет в обратном порядке от 20 до 1	0/1

Показатель, составляющий восемь и менее баллов из десяти (или семь и меньше из девяти), указывает на органическое поражение головного мозга.

## ДВЕ КРАТКИХ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ НАСТРОЕНИЯ

### T. Тревога

1. Не чувствуете ли вы себя **взвинченным и нетерпеливым**?
2. Свойственно ли вам постоянно **беспокоиться** о чем-то?
3. **Раздражительны** ли вы?
4. **Трудно** ли вам **расслабиться**?

(Если на любой из этих вопросов получен утвердительный ответ — продолжайте.)

5. Вы плохо спите?
6. У вас бывают головные боли, боли в шее или ощущение напряженности в голове?
7. Бывают ли у вас головокружение, дрожание, потливость, понос, учащенный пульс, звон в ушах и т.п. (вегетативные признаки тревоги)?
8. Вы беспокоитесь о своем здоровье?
9. Трудно ли вам заснуть?

### D. Депрессия

1. Ощущаете ли вы **снижение активности, энергичности**?
2. **Не утрачены** ли прежние **интересы**?
3. Не отмечается ли **потеря уверенности в себе**?
4. Бывает ли у вас **чувство безнадежности**?

(Если на любой из этих вопросов получен утвердительный ответ — продолжайте.)

5. Трудно ли вам **концентрировать внимание**?
6. Вы не похудели в последнее время? (Потеря массы тела вследствие плохого аппетита.)
7. Вы стали раньше **пробуждаться по утрам**?
8. Не казалось ли вам, что вы стали более **медлительным**?
9. Вы не замечали, что по утрам обычно чувствуете себя хуже, чем к вечеру?

Каждый положительный ответ соответствует одному баллу.

Суммируйте число баллов по каждой группе вопросов. О наличии тревожного состояния обычно свидетельствуют по меньшей мере четыре положительных ответа на вопросы группы «Т», о депрессивном — столько же по группе «Д».

**ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ  
НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА?  
КАК НАУЧИТЬСЯ ВЫЯВЛЯТЬ ИХ И ЧЕМ ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ  
В КАЖДОМ КОНКРЕТНОМ СЛУЧАЕ?**

Вы держите в руках книгу, на страницах которой найдете ответы на эти и многие другие вопросы.

«Психиатрия в медицинской практике» — весьма ценное пособие для студентов медицинских вузов и врачей общего профиля (в особенности начинающих). Перед вами — второе издание, тщательно пересмотренное и расширенное, с тем чтобы осветить наиболее актуальные в наши дни темы и новые методы лечения. В книге приводятся:

- методические указания к проведению медицинского интервью;
- основные сведения о Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), которая используется здесь при изложении всего материала;
- диагностические критерии наиболее распространенных синдромов психических заболеваний;
- информация о результатах современных исследований в области нейробиологии и эпидемиологии психических расстройств;
- всестороннее рассмотрение психологических аспектов СПИДа, описание посттравматических стрессовых расстройств и анализ аномального поведения, связанного с болезнью;
- очень полезная карманная карта-памятка, где в сжатой форме сконцентрирована самая необходимая информация.

В пособии раскрываются взаимосвязи между соматическими заболеваниями и психическими расстройствами, а также между различными типами психических расстройств.

Благодаря простому и выразительному языку, обилию ярких, запоминающихся примеров книга читается с живым интересом.

Ее авторы — Дэвид Голдберг, профессор психиатрии и заместитель директора по научно-исследовательской работе и развитию Лондонского института психиатрии, Сидней Бенджамин, старший лектор по психиатрии в Манчестерском университете, и Фрэнсис Крид, руководитель школы психиатрии и поведенческих наук при Манчестерском университете.