

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Учебное пособие

**Санкт-Петербург
2020**

д.м.н., доцент Северин Вячеславович Гречаный,
к.м.н., доцент Алексей Борисович Ильичев,
к.м.н. Вера Владимировна Поздняк,
к.м.н. Андрей Гелиевич Кошавцев,
к.м.н. Валерий Витальевич Шишков
Юлия Валерьевна Хуторянская

Учебное пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 «Стоматология». Изложены основные симптомы и синдромы общей психопатологии. Рассмотрены наиболее важные аспекты частных нозологических форм. Приведены клинические примеры основных нарушений. Дополнительные главы посвящены инструментальным исследованиям и методам экспериментально-психологического обследования в психиатрии. Даны вопросы для самоконтроля.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальности 31.05.03 «Стоматология».

Рецензенты:

Профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, д.м.н., профессор Е.В. Снедков

Профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России д.м.н., профессор А.Б. Пальчик

Утверждено учебно-методическим советом Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

© СПбГПМУ, 2020

ВВЕДЕНИЕ

Психиатрия (от греч. *psyche* – душа и *iatreo* – лечу) – область медицины, изучающая психические заболевания с целью их диагностики, лечения и профилактики. Разделяется на общую психопатологию и частную психиатрию.

Общая психопатология изучает общие закономерности типовых психопатологических процессов и состояний, их возникновение, развитие, клиническое проявление. Ее важной стороной является семиология – учение о симптомах (признаках) и синдромах психических расстройств.

Симптом – клинически наблюдаемый признак психического нарушения. Различают позитивные (продуктивные) симптомы – патологическую психическую деятельность, отсутствующую в норме (галлюцинации, бред) и негативные симптомы – снижение или выпадение тех или иных сторон психической деятельности (амнезия, апатия, абулия).

Синдром – система патогенетически взаимосвязанных симптомов. В структуре психического заболевания синдромы приобретают относительно специфические клинические особенности и динамику (постепенное развитие апатоабулического синдрома при шизофрении).

По степени тяжести выделяют непсихотический и психотический уровни психического нарушения. Психотический уровень (психоз) характеризуется нарушением способности индивида правильно рефлексировать действительность и действовать в ней (бред, галлюцинации, синдромы помрачения сознания). При патологии непсихотического уровня сохраняется относительно правильное понимание действительности, нет существенного изменения поведения (навязчивости, астенический синдром).

Частная психиатрия изучает нозологические формы психических заболеваний. По этиологии выделяют следующие группы нозологических форм:

- Эндогенные психические заболевания (шизофрения, аффективные расстройства, шизоаффективный психоз) – обусловлены преимущественно внутренними (эндогенными) факторами. Прямой связи с развитием органического мозгового процесса нет.

- Эндогенно-органические психические заболевания (эпилепсия, атрофические процессы головного мозга, сосудистые заболевания головного мозга) – обусловлены преимущественно эндогенными факторами, при этом клинические проявления и течение определяются развитием органического мозгового процесса, то есть, необратимым повреждением и функций, и структуры головного мозга как субстрата психической деятельности.

- Экзогенно-органические психические заболевания – обусловлены преимущественно внешними факторами (черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации). Клинические проявления и течение определяются стадийным развитием органического мозгового процесса.

- Экзогенные психические расстройства – основную роль играют немозговые биологические факторы, (инфекции, интоксикации, соматические за-

болевания), вызывающие функциональные нарушения головного мозга наряду с другими нарушениями организма и не приводящие к органическому мозговому процессу.

- Психогенные психические заболевания (неврозы, реактивные психозы) – обусловлены действием психических травм – значимых для данной личности неблагоприятных событий и потрясений.

- Патология психического развития: отсутствует начало, течение и исход (умственная отсталость, задержки и искажения психического развития, расстройства личности).

Типы течения психических заболеваний (см. также приложение).

Непрерывно-прогредиентное (процессуальное) – хроническое течение с последовательным развитием симптоматики и неуклонным углублением психического дефекта. Возможно быстрое прогрессирование с развитием выраженного дефекта (злокачественное течение) и медленное (нарушения развиваются постепенно и не достигают выраженной степени). В случаях наиболее легких изменений говорят о латентных формах болезни.

Приступообразно-прогредиентное – происходит углубление психического дефекта от приступа к приступу.

Фазный тип – приступы не приводят к развитию психического дефекта.

Рекуррентное (ремиттирующее) – после первого приступа наступают изменения личности, в дальнейшем отмечаются фазы.

Психиатрический диагноз включает в себя название болезни (патологического состояния), его тип течения, если возможно – этиологию. Указывают ведущий синдром или синдромы (основные на настоящее время).

Диагноз формулируют в соответствии с рубриками Международной классификации болезней, с указанием шифра нозологической формы. Для психических расстройств и расстройств поведения в МКБ-10 предусмотрен класс F.

Методы исследования в психиатрии.

Основным методом оценки психического статуса больного, выявления психопатологических симптомов и синдромов, постановки диагноза является клиничко-психопатологический метод. Его наиболее важная часть – клиническая беседа с больным. Также он включает в себя клиническое наблюдение за состоянием больного в динамике. Анализируются речевые высказывания пациента, его поведение, экспрессивные акты (мимика, жесты).

Дополнительными методами являются экспериментально-психологическое, неврологическое, лабораторное и инструментальное обследование, выявление сопутствующих соматических нарушений.

1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ

Основные принципы оказания психиатрической помощи в РФ.

Дифференцированность – организация помощи различным контингентам (общая, детско-подростковая, гериатрическая, пограничная психиатрическая помощь, судебно-психиатрическая экспертиза, наркологическая служба).

Преемственность – взаимодействие психиатрических учреждений различного уровня (стационарного, полустационарного, амбулаторного).

Ступенчатость – оказание психиатрической помощи в различных медицинских учреждениях: психиатрических кабинетах поликлиник, психоневрологических диспансерах, психиатрических больницах.

Стационарная психиатрическая помощь.

Осуществляется в условиях специализированных психиатрических больниц. На стационарное психиатрическое лечение больные поступают по направлению скорой психиатрической помощи, психоневрологического диспансера, врачей-психиатров соматических стационаров. Отделения психиатрической больницы разделяются на мужские и женские. Целесообразна специализация отделений: общего профиля, подростковые, гериатрические, для особо беспокойных, соматически ослабленных, выздоравливающих и др.

В отделениях существует четыре вида наблюдения:

1. Ограничительное наблюдение. Предназначено для больных с агрессивными и суицидными тенденциями. Пациенты находятся в палате, в которой организовано отдельное круглосуточное наблюдение персоналом.

2. Дифференцированное наблюдение – для пациентов, не представляющих опасности для себя и окружающих. Они могут свободно передвигаться по отделению, но за пределы выходят в сопровождении персонала.

3. Свободный выход (режим «открытых дверей») – для больных, находящихся в достаточно стабильном психическом состоянии.

4. Режим частичной госпитализации («домашний отпуск»). Больные отпускаются домой на несколько дней в сопровождении родственников. На этот период выдаются лекарства и инструкция по их приему. По возвращении оценивается психическое состояние и принимается решение о дальнейшем режиме.

Амбулаторная психиатрическая помощь.

Осуществляется психиатрическими кабинетами либо сетью психоневрологических диспансеров, работающих по территориальному принципу и предоставляющих следующие виды психиатрической помощи:

Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях (консультативно-лечебная помощь) – оказывается в добровольном порядке, по просьбе или с согласия обратившегося (в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя).

Диспансерное наблюдение может устанавливаться для лица, страдающего хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Предполагает актив-

ное наблюдение путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание необходимой медицинской и социальной помощи (см. приложение 1.1). Решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров. Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния.

Полустационарная психиатрическая помощь.

Оказывается в дневных стационарах – полустационарных отделениях, работающих в утреннее и дневное время. Предполагает регулярное посещение пациентов, необходимое обследование и психиатрическую помощь.

Для больных, имеющих выраженную степень психических нарушений, но не имеющих показаний для неотложной госпитализации в психиатрическую больницу, в дневном стационаре может быть организован ночной стационар с возможностью круглосуточного пребывания.

Правовые основы оказания психиатрической помощи в РФ.

2 июля 1992 г. был введен в действие Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Закон направлен на защиту прав и интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь; защиту лиц, страдающих психическими расстройствами от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза; защиту общества от возможных опасных действий больных; защиту врачей и других медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической помощи; психиатрическое освидетельствование лица без его согласия; случаи оказания психиатрической помощи без согласия пациента; недобровольная госпитализация; принудительные меры медицинского характера.

Психиатрическое освидетельствование, также как и госпитализация в психиатрический стационар, проводится добровольно. Для несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет – по просьбе или с согласия родителей или иного законного представителя. Для лиц, признанных недееспособными, – по просьбе или с согласия законного представителя. При поступлении в стационар больной (или его законный представитель) подписывает информированное добровольное согласие на госпитализацию и медицинское вмешательство (лечение).

Психиатрическое освидетельствование или госпитализация в психиатрический стационар может происходить без согласия лица или его законного представителя, если психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Лица, помещенные в психиатрический стационар в недобровольном порядке, подлежат обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает

решение об обоснованности госпитализации. Если госпитализация признается необоснованной, и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке. Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в ней.

Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами РФ.

Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

Показания к экстренной госпитализации больных в психиатрический стационар:

- Расстройства сознания.
- Депрессивные состояния с суицидными мыслями и поступками.
- Маниакальные состояния с нарушением поведения, агрессивностью.
- Бредовые и галлюцинаторно-бредовые состояния, приводящие к поведению, опасному для пациента и (или) окружающих (например, императивные галлюцинации, бред ревности).
- Эпилептический статус.

Принципы работы с отказом психиатрического пациента от еды.

Следует помнить, что отказ от еды психиатрического пациента чаще всего связан с его психопатологическими переживаниями. Следует использовать:

- Беседу.
- Терапию психического нарушения, являющегося причиной отказа. В ряде случаев стимулируют аппетит (Инсулин 10-20 ЕД п/к и 40% р-р глюкозы в/в через 1-2 ч.).
- При неэффективности приведенных мер либо опасности для жизни и здоровья пациента необходимо зондовое кормление (назогастральный зонд).

Принципы купирования психомоторного возбуждения у психиатрического пациента.

Психомоторное возбуждение у психически больного является самостоятельным психопатологическим симптомом (например, кататоническое возбуждение) либо проявлением другого психопатологического симптома (например, императивных галлюцинаций). Следует использовать:

- Беседу.
- Психофармакологическую терапию. В качестве препаратов «первой линии» применяются Феназепам 1-2 мг в/м, либо Галоперидол до 5-10 мг в/м, либо Диазепам 10 мг в/в медленно. При отсутствии эффекта, в качестве «второй

линии», применяют Хлорпромазин 25-100 мг в/м либо Клопиксол-Акуфаз 50-150 мг в/м. Последний имеет длительный период действия (2-3 суток), поэтому следует избегать его назначения пациентам с неизвестной реакцией на нейролептики, а также с наличием в анамнезе выраженных побочных эффектов.

- Меры физического стеснения и изоляции. Наиболее часто применяется мягкое ограничение рук пациента на время не более 2 часов. Согласно «Закону о психиатрической помощи...», эти меры применяются только когда иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного, непосредственно опасные для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинских работников.

2. НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ

Ощущение – отражение отдельных качеств предметов окружающего мира и состояний организма. Возникает непосредственно в ответ на стимул. Анатомо-физиологической основой являются рецепторы различных типов, проводящие пути и центральные анализаторы. Разновидности см. в приложении 2.1.

Нарушения интенсивности ощущений.

Гиперестезия – усиление интенсивности одного или нескольких видов ощущений. Обычно сопровождается отрицательной эмоциональной реакцией:

- *«Звуки оглушают, раздражают».*
- *«Свет режет глаза».*
- *«Одежда давит».*

Характерна для экзогенных и органических психических нарушений (астенических состояний, интоксикаций, наркотического опьянения, алкогольного абстинентного синдрома, начальной стадии делирия).

Гипоестезия – снижение остроты и яркости одного или нескольких ощущений. Встречается при астеническом синдроме, оглушении сознания.

Анестезия – утрата чувствительности. Наблюдается при органических поражениях головного мозга (утрата поверхностной чувствительности при прогрессивном параличе), истерическом неврозе (демонстративный характер анестезии – ее локализация не соответствует зонам иннервации – потеря чувствительности дистальных отделов конечностей по типу «носков и перчаток»).

Качественные нарушения ощущений – необычные ощущения.

Парестезии – неприятные ощущения щекотания, покалывания, пульсации, жжения, похолодания. Возникают без раздражения извне, локализуются на поверхности кожи, связаны с зонами периферической иннервации и не перемещаются. Наблюдаются при поражении периферических чувствительных нервных путей, при органических заболеваниях головного мозга

- *«Покалывает в руке».*
- *«По спине мурашки бегают».*

Сенестопатии – патологические телесные ощущения, не связанные с нарушениями в соматической сфере. Встречаются при эндогенной депрессии, шизофрении, эпилепсии, органических заболеваний головного мозга.

Для сенестопатий характерны следующие свойства:

- Неопределенность ощущений. Ощущения необычные, странные. Пациенты отмечают, что прежде не испытывали подобных ощущений.
- Диффузность. Ощущения не связаны с зонами периферической иннервации, возникают как на коже, так и внутри тела, могут перемещаться.
- Субъективная тягостность. Мучительный характер, особая глубина и качественно иной характер страдания, тягостный эмоциональный тон.

В высказываниях больных аффективными и органическими заболеваниями преобладают смысловые категории тяжести, давления, жжения (при депрессии наиболее характерна локализация в области груди, туловища):

- *«По позвоночнику давит, как волны пошли».*
- *«Боли в ушах как будто что-то там вырывают».*
- *«Как будто сердце изнутри сжимает».*
- *«Шпаренье в груди, как горчичник запек».*

При шизофрении сенестопатии чаще описываются словами, обозначающими не ощущения, а признаки предметов (Давтян Е.Н., Давтян С.Э., 2010):

- *«Шевеление мозга, мозг покачивается».*
- *«Распирание и как бы надувание в голове».*

Синестезии – взаимодействие органов чувств. Ощущения одного вида сопровождаются качествами, свойственными ощущению другого вида.

- *Пациент «слышит ладонями», чувствует, что «пахнет светом», звучание музыки вызывает у него цветовые зрительные ощущения.*

3. НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

Восприятие – форма познавательной активности, в результате которой формируется целостный образ предмета.

Тесно связано с актами ощущения и мышлением: анализ ощущений, сопоставление с прошлым опытом, появление представлений – обобщенных образов предметов, их выражение в языковых понятиях.

Нарушения восприятия разделяются на четыре группы.

Агнозия – нарушение узнавания (распознавания) объектов и явлений на фоне ясного сознания и нормальной работы органов чувств. Характерны для органических поражений головного мозга (черепно-мозговые травмы, опухоли, энцефалиты) с поражением корковых зон тех или иных анализаторов.

Искажения восприятия характерны для экзогенных расстройств, экзогенно-органических поражений (инфекции, интоксикации, наркотическое опьянение), встречаются при эпилепсии (парциальные эпилептические припадки).

Выделяют психосенсорные и оптико-вестибулярные расстройства.

Психосенсорные расстройства – искаженное восприятие физических параметров окружающих предметов и собственного тела – их размера, формы, пропорций, цвета, положения в пространстве, количества и др.

Метаморфопсия (от греч. meta – за чем-либо, morphe – форма, orsis – зрение) – искаженное зрительное восприятие окружающих предметов.

Аутометаморфопсия или расстройство схемы тела – искаженное восприятие собственного тела (формы, размеров, положения частей). Возникают, как правило, при закрытых глазах, под контролем зрения исчезают. Так, голова кажется увеличившейся в размерах или отделенной от туловища, руки и ноги – удлиненными, искривленными, собственное тело – увеличенным или уменьшенным в размерах, очень тяжелым или легким как перышко, жидким и т.п.

Оптико-вестибулярные расстройства – искаженное восприятие устойчивости и местоположения окружающих предметов: шатается пол, искривляются и падают стены, прогибается потолок, удаляются предметы.

Изменения интенсивности восприятия.

Синдром сенсорной гиперпатии – повышение интенсивности восприятия. Все воспринимается слишком ярко, резко, отчетливо. Наблюдается при гиперергической астении, острых экзогенных расстройствах.

Синдром деперсонализации-дереализации (синдром сенсорной гипопатии) – субъективное чувство нарушения восприятия собственных психических процессов, телесных ощущений, окружающего мира. С.С. Мнухин обозначал деперсонализацию как «кажущееся нарушение восприятия».

Деперсонализация не имеет нозологической специфичности, наблюдается при эндогенных (шизофрения, эндогенная депрессия), экзогенных и экзогенно-органических расстройствах, эпилепсии, неврозах.

Выделяют три клинических формы деперсонализации:

1) Аутопсихическая – чувство нарушения восприятия собственных психических процессов (мыслей, эмоций, воспоминаний), своего я:

- *«Такое ощущение, что не могу думать».*
- *«Памяти словно нет...».*
- *«Я уже не я, как бы взгляд со стороны».*

При эндогенной депрессии аутопсихическая деперсонализация принимает форму «болезненной психической анестезии» (anaesthesia psychica dolorosa) – тягостного переживания полной утраты чувств:

- *«Исчезли все эмоции».*
- *«Полнейшее безразличие наступило».*

2) Соматопсихическая – чувство нарушения восприятия собственного тела (переживание утраты телесных ощущений, витальных и физиологических функций (голода, сна), омертвения тела, его искусственности):

- *«Чувство, что руки, ноги, голова – не мои».*
- *«Я как неживой, одеревеневший».*
- *«Отсутствует чувство сна».*

3) Аллопсихическая – чувство нарушения восприятия окружающего мира (утрата чувства его реальности, переживание его безжизненности, неясности, тусклости, расплывчатости его звуков, красок):

- *«Воспринимаю окружающее как в телевизоре».*
- *«Вижу как сквозь толщу воды».*
- *«Как будто перестала различать цвета».*

Дереализация – анестетическая деперсонализация при глубоких эндогенных депрессиях, шизоаффективных психозах. Впечатления окружающего представляются бледными и как будто ненастоящими, нереальными, измененными, неестественными, в ряде случаев как будто поддельными:

- *«Мир как нереальный...».*
- *«Мир словно покрыла серая пелена».*
- *«Такое ощущение, будто я нахожусь на другой планете».*

Обманы восприятия.

Иллюзии – ошибочное восприятие действительно существующих объектов. Мнимый объект воспринимается *вместо* реального.

Иллюзиям способствуют эмоциональное напряжение (тревога, страх), нарушения органов чувств, и внешние условия (темнота, туман, шум).

- Аффективные иллюзии связаны с выраженным страхом, тревогой. В основном это зрительные и слуховые обманы. Так, предмет в темном углу комнаты кажется человеком, в оттопыренном кармане угадывается силуэт ножа.

- Вербальные иллюзии – в речи окружающих слышатся угрозы, обвинения, оскорбления, насмешки. Могут сочетаться с бредом.

- Парейдолические иллюзии – ложные изображения подвижных сцен, животных, фантастических существ, возникающие при рассматривании сложных предметов (рисунка обоев, складок штор). В узорах ковра видят сказочных животных, причудливые растения. Оживают персонажи на картинах. В пятнах света на потолке появляются странные орнаменты, чьи-то лица. Характерны для делирия, онейроида, наркотического опьянения, состояний экстаза.

Галлюцинации – восприятия, возникающие в отсутствии реальных объектов, воздействующих на органы чувств. Общие признаки – отсутствие реального раздражителя и убежденность в действительном существовании образа.

По органам чувств галлюцинации делятся на следующие виды:

- Зрительные – видения различных предметов, людей, животных, мистических существ, собственного двойника и др.

- Слуховые. Чаще всего наблюдаются вербальные галлюцинации – слова, фразы, разговоры, «голоса». Содержанием вербальных галлюцинаций могут быть угрозы, оскорбления, обвинения, убеждения, советы и др. «Голоса» могут комментировать действия больного (*«Встал... пошел... открыл холодильник... хочет одеться...»*). Опасным вариантом являются императивные галлюцинации – приказы делать что-либо (например, не есть, ударить кого-либо, выброситься из окна) или запреты (разговаривать, отвечать на вопросы).

- **Обонятельные** – восприятие запахов, чаще всего, неприятных (гнили, крови, кала, гари). Запахи могут исходить от внешних предметов (из вентиляции, от пищи), от самого больного или его внутренних органов.
- **Вкусовые** – как правило, неприятные, знакомые либо неизвестные, необычные («металлический привкус», вкус «цианистого калия», «горечь»).
- **Тактильные** – восприятие присутствия на коже, в коже или под кожей предметов или живых существ: паутины, жидкостей, насекомых.
- **Висцеральные** – восприятие присутствия внутри тела живых существ, инородных тел, дополнительных внутренних органов.

Различают **истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации**. Первые воспринимаются как реально существующие, обладают внешней проекцией, ярко чувственно окрашены. Больные убеждены, что окружающие также воспринимают эти образы. Вторые не имеют характера объективной действительности, отличаются необычностью восприятия, интрапроекцией, а также в ряде случаев ощущением сделанности – насильственного появления образов.

Псевдогаллюцинации преимущественно характерны для шизофрении, а истинные – для экзогенных психозов, органических поражений, эпилепсии.

Дифференциально-диагностические критерии разграничения истинных и ложных галлюцинаций см. в приложении 3.1. Клинические приемы выявления галлюцинаций при алкогольном делирии см. в приложении 3.2.

Галлюциноз – синдром, в клинической картине которого преобладают обильные галлюцинации, обычно одного вида (чаще слуховые, реже зрительные, тактильные, обонятельные). Развивается на фоне ясного сознания. Галлюцинирование сопровождается выраженной тревогой, страхом, психомоторным возбуждением, особенно при остром галлюцинозе. В отличие от галлюцинозно-бредового синдрома, развернутый бред отсутствует.

4. НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Мышление – высшая форма познания реальности, установление внутренних связей между предметами и явлениями. Позволяет выйти за пределы восприятия, оперировать тем, что в данный момент не воспринимается, предвидеть последствия происходящего. Его свойства и операции см. в приложении 4.1.

Нарушения темпа мышления.

Ускорение мышления – легкое возникновение и быстрое течение мыслей, воспоминаний. Характерно для маниакальных состояний. Суждения поверхностные и непоследовательные, ассоциации случайные и поверхностные (например, по созвучию). Характерна «скачка идей» – непрерывная смена одной незаконченной мысли другой. Речь ускоренная, нередко в виде монолога.

Замедление мышления – заторможенное течение мыслей, замедленный переход от одной мысли к другой, уменьшение количества идей. Трудно подобрать слова, характерна олигофазия, паузы в ответах. Пациенты ощущают затруднение мышления, невозможность думать, отсутствие мыслей.

- *«Мысль стопорится будто».*
- *«Мысленно как бы топчусь на месте».*
- *«Пустовато в голове».*

Замедленное мышление наиболее характерно для депрессивных состояний.

Обстоятельное мышление – склонность к детализации, излишне подробное описание всех мелочей, частных моментов. Речь чрезмерно подробная.

При органических заболеваниях головного мозга в основе обстоятельности лежит невозможность разделить главное и второстепенное. Выраженная обстоятельность при эпилепсии называют *вязкостью мышления*.

- На вопрос как проехать к ней домой, больная ответила: *«...Опустите пяточок, встаньте на лесенку, она свезет вас вниз, встаньте на перрончик, подойдет вагончик, откроются дверцы...»*. На вопрос, до какой станции надо ехать, сказала: *«Я же объясняю...»* и вновь начала повторять все сначала.

Персеверация (от лат. persevezo – упорно держаться, продолжаться) – многократные повторы какой-либо мысли, слова, фразы или действия, вне зависимости от изменения контекста, в силу их «застывания» в мышлении. Ответив на первый вопрос, на последующие больной повторяет тот же ответ. Характерна для органических поражений головного мозга, атрофических процессов.

Нарушения логической структуры и целенаправленности мышления.

Аутистическое мышление не зависит от логических законов, полностью игнорирует действительность и не направлено на внешний мир. Действительность подменяется внутренним миром представлений и фантазий, с уверенностью в их реальности. Содержание противоречит действительности:

- *«Я – Лора, чистая как Лотос».*
- *«Должна передать новое знание».*
- *«Чувствую себя французом».*

Аутистическое мышление определяет аутистическую трансформацию собственного я – утрату прежних качеств и появление новых. Новое я имеет положительное значение. Воспринимают себя «просветителем», «философом», «поэтом» и др. Нередко появляется новое имя. Несоответствие представлений действительности не замечают. Появляется эйфориеподобное настроение:

- *«Стала внутренне обновленной».*
- *«Своим присутствием здесь помогаю».*
- *«Просыпающиеся качества гениального изобретателя».*

Аутистическое мышление является частью аутизма – ухода из внешней реальности в мир внутренних представлений. Больные отгорожены, теряют эмоциональный контакт с окружающими и потребность в этом контакте.

Аутистическое мышление наблюдается при шизофрении, раннем детском аутизме, шизоидном расстройстве личности и акцентуации.

Атактическое (разорванное) мышление характеризуется распадом логической структуры речи при сохранении ее грамматической формы. Один из специфических симптомов шизофрении. Речь недоступна для понимания:

- *«Когда руки сомкнуты, они вместе, а когда разомкнуты, то выходят кубы».*

Выраженная разорванность мышления при шизофрении, проявляющаяся монологом непонятной речи, называется шизофазией:

- *«Наш брак есть таинство воплощения двух или трех по ходу развития человечества и децентрализации Земли. Горечь, которую мы испытываем, есть не что иное, как сконцентрированная блудная частица крови совместно с газом окружающей атмосферы. Третий муж был корень, палач, сын Чапая... в первую брачную ночь тетя родила Наташу Волкову... сына... за 85 рублей».*

Бессвязное (инкогерентное) мышление – отсутствие логических связей между представлениями, ощущениями, восприятиями. Характерно для состояний помраченного сознания (амении, астенической спутанности) при острых и затяжных экзогенных психозах. Наблюдается распад и смысловой, и грамматической структуры речи (в отличие от разорванного мышления).

Речь представляет собой случайное воспроизведение не связанных между собой эпизодов жизни, хаотичный набор обрывков фраз, слов, слогов:

- *«Как Вас зовут? Сын... Как Ваше имя? Сын Коля... Как же так? Имя мое Михаил... Какой сегодня день? Все для Шурочки... А кто я? Вы, правда, нет, тогда Шурочка...».*

Паралогическое мышление – сочетание обычно несочетаемых мыслей. Исходные положения переходят в неправильные, нелогичные выводы. Мышление внешне структурировано, но ход мысли нарушен («кривая логика»). Характерно для шизофрении.

- *Больной не ест борщ, так как борщ может быть флотским, и если он его съест, ему будет грозить опасность быть выброшенным за борт и оказаться на дне морском.*

В рамках паралогического мышления возможны внешне неадекватные и нелогичные, иногда опасные действия – *парагномены*.

Резонерское мышление – нецеленаправленное рассуждательство. Характерно для шизофрении. Мысль не может прийти к логическому завершению. Речь многословная, витиеватая, изобилует множеством вводных слов, наукообразных оборотов. Четкий и ясный ответ на вопрос больной дать не в состоянии:

- *«Да, большинство приспособилось к паутине обязанностей, внезапное разрушение которой чувствительно ударит по интересам многих.... Точнее – безделье, бездеятельность, причем, кипучая.... Действенность лозунга в том, что он употребляется к месту, ко времени, если он – та самая ложка к тому самому обеду, которая стоит дорого: всех блюд обеда вместе взятых. Его смысл люди должны видеть в каждодневной жизни».*

Символическое мышление – использование в рассуждениях и в речи символов, понятных лишь самому больному. Характерно для шизофрении. Символические построения оторваны от реальности, нередко вычурны:

- *«Внушенные мысли – это красные рыбки на рассвете».*

- *«Если диктор в телевизоре приложил руку ко рту – я должна молчать».*

Происходящие события, слова и действия людей, предметы, буквы, цифры могут приобретать иной символический смысл.

- *Пациент выразил в символической форме жизненный путь человека десятью существительными русского языка, оканчивающимися на «-мя», выстроив их в следующей последовательности: «Семя – вымя – племя – имя – знамя – бремя – стремя – пламя – темя – время».*

Неологизмы – патологические словообразования. Характерны для шизофрении и выражают глубокое нарушение мышления. Неологизмы не имеют смысла, либо их смысл понятен только больному:

- *«Строгий флечик».*

Неологизмы могут образовываться путем слияния слов или их частей, подмены, перестановки и повторения слогов:

- *«Тягофон»* (соединение слов «тянуть» и «телефон»).

В ряде случаев неологизмы полностью определяют язык больного и делают его совершенно недоступным для понимания:

- *«Плазмоутян собралось много, а фуестр плюнул чернилами».*

Патологическая продукция мышления (патологические идеи).

Навязчивые явления – возникают произвольно, вопреки воле и желанию больного, при критическом отношении к ним.

Навязчивости отвлекают на себя внимание, мешают ходу мыслей, деятельности. Сопровождаются эмоциональным напряжением. Содержание оценивается как «ненужное», «лишнее». Характерен элемент борьбы – стремление преодолеть навязчивости, однако эти попытки не удаются, так как приводят к усилению эмоционального напряжения. В отличие от психических автоматизмов, отсутствует ощущение непринадлежности себе возникающих явлений и постороннего влияния.

Выделяют отвлеченные навязчивости – с эмоционально неокрашенным содержанием, и образные – с эмоционально тягостным содержанием (приложение 4.2).

Навязчивые явления встречаются при неврозе навязчивых состояний, психастеническом расстройстве личности и акцентуации.

Сверхценные идеи – основаны на реальных ситуациях, но неадекватно отражают реальность в силу их особой эмоциональной насыщенности и значимости для больного. Сверхценная идея преобладает в сознании, стойкая, воспринимается пациентом как единственно верная. Поведение направлено на ее реализацию. Все другие интересы уходят на второй план. В отличие от навязчивых идей, сверхценные не осознаются больным как болезненные и ложные. В отличие от бреда, сверхценные идеи основаны на реальных ситуациях, не имеют дальнейшего развития, со временем могут редуцироваться.

Сверхценные идеи характерны для расстройств личности, малопрогрессивной шизофрении и органических заболеваний головного мозга.

Бред (бредовые идеи) – ложные умозаключения, формирующиеся на болезненной основе, овладевающие сознанием и не поддающиеся коррекции.

По содержанию идей выделяют три группы бреда: персекуторный бред (бред преследования), бред величия и депрессивный бред (см. приложение 4.3).

Персекуторный бред чаще всего встречается при шизофрении, наблюдается также в структуре инволюционного параноида, органических бредовых психозов, реактивного параноида, эпилептических психозов. Бред величия характерен для маниакальных и маниоформных состояний при биполярном аффективном расстройстве, органических аффективных психозах, эпилепсии, а также для парафренного синдрома при шизофрении. Депрессивный бред наблюдается при депрессиях психотического уровня при биполярном аффективном расстройстве, органических аффективных психозах, инволюционной меланхолии.

Синдромы с бредом.

Паранойяльный синдром. Характеризуется бредовыми идеями преследования, отношения, ревности, реформаторства, изобретательства. Идеи представляют собой паралогическое толкование реальных фактов. Отсутствуют обманы восприятия, психические автоматизмы. Наблюдается при шизофрении, органических заболеваниях, алкоголизме (алкогольный бред ревности), инволюционных психозах.

Параноидный (галлюцинаторно-параноидный) синдром – персекуторный бред в сочетании с галлюцинациями, психическими автоматизмами, аффективными нарушениями (напряжением, тревогой, в острых случаях – с растерянностью, депрессивным или экспансивным аффектом). Наблюдается при шизофрении, органических, эпилептических, реактивных, алкогольных психозах.

Для шизофрении характерен особый вариант параноидного синдрома – *синдром психического автоматизма* (синдром Кандинского-Клерамбо):

- Психические автоматизмы – переживание непринадлежности себе собственных психических и телесных процессов в сочетании с чувством их «сделанности», постороннего влияния, насилия (см. приложение 4.4).

- Бред преследования и воздействия – убеждение, что все переживания в рамках психических автоматизмов связаны с воздействием на больного каких-либо сил (известные или неизвестные люди, тайные организации, инопланетяне, потусторонние силы и др.; воздействуют гипнозом, особыми лучами, внедренными в тело радиоэлектронными «жучками» и т.п.).

- Псевдогаллюцинации с чувством «сделанности».

- «*Не могу сам думать, слабость мыслей, и думаю чужими мыслями*».

- «*Было чувство открытости, беззащитности, мысли читали*».

- «*Действуют на меня магнетическими лучами, выжигают волосы*».

- «*Говорят моим языком*».

- «*Можно посылать голоса прямо в голову. Голоса из передатчиков*».

Первичным смыслом высказываний больных с синдромом психического автоматизма является понятие «насилие».

Парафренный синдром – нелепо-фантастическое сочетание бреда величия с бредом преследования. Идеи величия масштабны, оторваны от реальности («царь всей Земли», «владелец несметных богатств», «мессия», способен влиять на социальные процессы в мире). Наблюдаются галлюцинации, психические автоматизмы.

Парафренный синдром характерен для шизофрении, встречается при органических заболеваниях (прогрессивный паралич, черепно-мозговые травмы).

Для параноидной формы шизофрении характерна последовательная смена бредовых синдромов: паранойяльный – параноидный (как правило, синдром психического автоматизма) – парафренный синдром.

Синдром Капгра (бред двойников) – ложные бредовые узнавания окружающих людей. Характерен для шизофрении. При симптоме положительного двойника в незнакомых людях узнает загримированных знакомых, родственников или известных лиц. Симптом отрицательного двойника – родственники и знакомые представляются больному чужими – как правило, загримированными преследователями. Симптом Фреголи – преследователь постоянно меняет лица, последовательно гримируется под разных людей. Бред интерметаморфозы – непрерывные изменения и превращения окружающего, предметов, людей.

Синдром Котара (нигилистический бред) – фантастические нелепые идеи отрицания собственного существования или существования внешнего мира. Встречается при инволюционной депрессии, тревожно-меланхолических депрессиях, шизофрении, функциональных психозах позднего возраста.

Выделяют три клинических формы: нигилистический бред (ипохондрический бред отрицания): «Нет желудка, сгнил кишечник, нет мозга». «Сердце остановилось»; бред мучительного бессмертия (меланхолическая форма) – больные считают, что они будут мучиться вечно: «Великая грешница..., будут терзать собаки, львы, тигры..., эти мучения будут продолжаться вечно»; бред отрицания окружающего (бред гибели мира) – больные отрицают существование окружающих людей и событий, абстрактных категорий (время, числа): «Солнце погасло», «Вообще мир не существует, никаких планет, ничего нет. ... Я тоже не существую, вас тоже нет. ... Даже слов таких нет».

Бред гибели мира может сочетаться с депрессивным бредом виновности и злого могущества. Больной утверждает, что из-за него погибло все население мира, животные, растения, города разрушены, вся жизнь остановилась и т.п.

5. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Эмоции – непосредственные реакции на внутреннее состояние организма и внешние воздействия, отражающие субъективное отношение индивида к ним. Эмоции побуждают к активной деятельности, тесно связаны с волевой сферой.

Настроение – устойчивое эмоциональное состояние.

Нарушения эмоций.

Нарушения интенсивности (выраженности) эмоций.

Патологический аффект – кратковременная реакция на внезапную и сильную психическую травму (например, конфликт). Наблюдается при эпилепсии, органических поражениях головного мозга (после черепно-мозговых травм, энцефалитов), возбудимом (эпилептоидном) расстройстве личности.

Происходит сужение сознания на психотравмирующих переживаниях с аффективным разрядом в виде психомоторного возбуждения, нередко с агрессией. За ним следует общая расслабленность, безразличие, часто глубокий сон. Период с нарушенным сознанием амнезируется.

При *физиологическом аффекте*, в отличие от патологического, нет сужения сознания и последующей амнезии, субъект действует осознанно.

Аффективно-шоковые реакции. Возникают под влиянием внезапной и крайне интенсивной психической травмы (экстремальные ситуации, угроза жизни). Сопровождаются аффективным сужением сознания и амнезией.

Проявляются в двух формах: *реактивное возбуждение* – хаотическое нецеленаправленное возбуждение по типу «двигательной бури» и *реактивный ступор* – обездвиженность с отсутствием речи и реакций на окружающее.

Эмоциональная гиперестезия (сенситивность) – повышенная эмоциональная чувствительность, обостренность реакций. Эмоции адекватные по характеру, но чрезмерно сильные – вспышки гнева, раздражения, реакции смеха, умиления, плача. Характерна для астенических состояний, некоторых акцентуаций и расстройств личности (сенситивного, астено-невротического).

Эмоциональная гипостезия – вялость эмоций, холодность, черствость. Встречается при шизоидном расстройстве личности, астении.

Апатия (греч. *apathēia* – бесчувственность) – равнодушие и безучастность к себе и окружающим. Сопровождается бездеятельностью, отсутствием желаний и побуждений, бедностью мимики. Постепенно нарастающая апатия относится к облигатным симптомам шизофрении (в структуре апатобулического синдрома). При глубокой астении, лобных органических поражениях апатия сочетается с аспонтанностью и адинамией.

Эмоциональная тупость – уплощение и оскудение эмоций с отсутствием способности реагировать на внешние события. Характерна для шизофрении. Отмечается безразличие, равнодушие, черствость, душевная холодность, бессердечие. Нарастает безразличие к близким, происходящим событиям, к тому, что составляло основу интересов. Больные не проявляют беспокойства при непосредственной угрозе жизни (пожар, голод), могут поедать несъедобное.

Эмоциональное огрубление – постепенная утрата наиболее тонких эмоций (такт, уважение, деликатность). В поведении отмечаются расторможенность, циничность, бесцеремонность, несоблюдение элементарных правил приличия. Характерно для органических поражений головного мозга.

Нарушения устойчивости эмоций.

Эмоциональная лабильность (слабодушие, «недержание аффекта») – быстрые переходы от одной эмоции к другой, легкая изменчивость настроения по незначительным причинам, аффективные вспышки. Характерна для сосудистых поражений головного мозга, астенических состояний.

Эксплозивность (взрывчатость) – чрезмерная эмоциональная возбудимость с бурными вспышками гнева, ярости, часто с агрессией или аутоагрессией. Встречается при травматических поражениях головного мозга, эпилепсии.

Тугоподвижность эмоций (эмоциональная вязкость) – затруднения переключения с одной эмоциональной реакции на другую, длительное «застывание» одной эмоции. Характерна для эпилепсии.

Нарушения адекватности эмоций.

Неадекватность эмоций (паратимия) – качественное несоответствие эмоции и вызвавшей ее ситуации. Встречается при шизофрении:

– *Больная с улыбкой сообщает, что ее беспокоит страх за дочь.*

Амбивалентность эмоций – их двойственность, одновременное сосуществование разных эмоций. Относится к облигатным симптомам шизофрении.

Нарушения настроения.

Гипертимия – патологическое повышение настроения.

Эйфория (греч. eu – хорошо и phero – нести, переносить) – благодушное настроение с оттенком беспечности, безмятежности, полного благополучия. Наблюдается при органических поражениях, алкогольном и наркотическом опьянении.

Мóрия – повышенное настроение с дурашливостью, беспечностью, склонностью к плоским шуткам, расторможенностью биологических влечений. Встречается при поражении лобных отделов головного мозга.

Экстаз – кратковременное состояние наивысшего блаженства с оттенком напряжения, иногда сужением сознания. Характерен для эпилепсии (ауры, психические эквиваленты припадков), встречается при органических поражениях головного мозга, прогрессивном параличе, наркотических опьянениях.

Гипотимия – патологическое снижение настроения.

Тревога – чувство растущей опасности, предчувствие плохого исхода, ожидание катастрофы. Сопровождается вегетативными и соматическими реакциями (тахикардия, колебания артериального давления, потливость или озноб, желудочно-кишечные расстройства, тремор рук, дрожь), напряженностью, двигательным беспокойством, суетливостью, снижением концентрации внимания, нарушением сна. Наблюдается при многих психопатологических состояниях.

Страх – переживание опасности, непосредственно угрожающей субъекту. Сопровождается разнообразными соматовегетативными реакциями.

Синдромы с нарушением настроения.

Маниакальный синдром (манія) характеризуется маниакальной триадой:

- повышение настроения,
- ускорение мышления (наиболее типична «скачка идей»),
- ускорение речевой и двигательной активности.

Повышение настроения носит витальный характер – ничем не омрачаемое состояние подъема, прилива сил.

Типичной является «солнечная» мания – солнечно-радостное настроение. К атипичным относятся *гневливая* – сочетание повышенного настроения с раздражительностью, гневливостью, а также *непродуктивная* – повышение настроения без выраженного ускорения мышления и двигательной активности.

«Солнечная» мания характерна для маниакальной фазы биполярного аффективного расстройства и циклотимии. Также маниакальный синдром встречается при симптоматических, органических психозах, эпилепсии, прогрессирующем параличе, приступообразной шизофрении, шизоаффективном психозе.

Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой:

- снижение настроения,
- замедление мышления,
- замедление речевой и двигательной активности.

Снижение настроения носит витальный характер («витальная тоска») – сопровождается тягостными ощущениями «душевной боли», тяжести, жжения. Ощущения чаще всего локализуются в груди («предсердечная тоска»), реже в области живота, головы, шеи:

– *«Камень на сердце».*

Характерны депрессивные идеи (самоуничужения, самообвинения, ипохондрические), суицидные мысли и попытки:

- *«Я конченный, дрянной человек».*
- *«Я виновата перед людьми. Я оскорбляю их своим присутствием».*
- *«Пропавший человек, один только выход остался...».*

Возможны расширенные суициды – вместе с собой убивают ближайших родственников (детей, супругов, родителей), так как считают, что они, по вине больных, также обречены на тяжелые страдания либо несут «зло» обществу:

- *«Дети, живя с такой матерью, находятся под постоянной угрозой расплаты за мои ошибки».*
- *«Детей воспитал такими же преступниками, как и я сам».*

При выраженной депрессии двигательная заторможенность может достигать степени депрессивного ступора – полного оцепенения.

На фоне непереносимой тоски или тревоги депрессивная заторможенность может внезапно прерываться *меланхолическими раптусами* (от лат. raptus – захватывание, резкое движение) – кратковременными приступами неистового двигательного возбуждения с криком, плачем, самоповреждениями, суицидными попытками.

6. НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ (ПРОИЗВОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ)

Воля – способность к сознательной, организованной, целеустремленной деятельности, присущая только человеку. Деятельность проявляется в трех формах:

- Произвольная деятельность – направленная на достижение осознанной цели. Осуществляется с помощью волевого акта – целенаправленной психической активности, требующей сосредоточения активного внимания. Этапы волевого акта см. в приложении 6.1.
- Автоматизированная – не требует сосредоточения внимания. Возникает путем сознательного научения, затем производится автономно.
- Инстинктивная – для удовлетворения биологических потребностей.

Количественные нарушения волевой сферы.

Гипербулия – усиление деятельности. Цель постоянно меняется, действия редко доводятся до конца (низкая продуктивность). Характерна для маниакальных состояний, психомоторного возбуждения.

Гипобулия – снижение, заторможенность произвольной деятельности. Наблюдается при депрессии, астенических состояниях, шизофрении.

Абулия – отсутствие побуждений к деятельности. Наблюдаются адинамия, отсутствие деятельности по своей инициативе (аспонаттность), пассивность. Постепенно нарастающая абулия является одним из облигатных симптомов шизофрении. Сочетание апатии и абулии в рамках шизофренического дефекта формирует апатоабулический синдром. Аспонтанность также встречается при органических поражениях лобных долей головного мозга.

Парабулия – качественное нарушение произвольной деятельности, с неадекватностью, вычурностью, необъяснимостью движений и действий.

Встречаются парамимия (неадекватность мимики), парaprаксия (неадекватность движений), амбитендентность (одновременное присутствие противоположных побуждений, ни одно из которых не может возобладать; например, несколько раз протягивает руку для приветствия и отдергивает ее), импульсивные действия (элементарные кратковременные действия нелепого, разрушительного или агрессивного характера, возникающие без внутренней борьбы).

Синдромы с нарушением волевой сферы.

Кататонический синдром (греч. katateino – стягивать, напрягать) характеризуется мышечным напряжением, проявляющимся двигательными и речевыми нарушениями. Двигательная активность больного становится стереотипной и немотивированной, бесцельной.

Кататоническое возбуждение – стереотипное и бессмысленное. К проявлениям кататонического возбуждения относятся:

Импульсивные действия – совершает внезапные и непредсказуемые поступки (внезапно вскрикивает, неожиданно ударяет кого-либо, плюет и т.п.).

Стереотипные действия – однообразное поведение, чаще всего нелепое и вычурное (ходьба от препятствия к препятствию, бег, действия с предметами). *Вербигерация* – проговаривание или выкрикивание не связанных по смыслу слов, неологизмов, звукосочетаний, «нанизывание» слогов. *Эхолалия* – бесцельное повторение речи окружающих. *Эхопраксия* – повторение действий окружающих. *Парамимия* (гримасничание) – неадекватная, вычурная мимика. *Парапраксия* – вычурность, манерность, карикатурность жестов, движений и действий. *Автоматическая подчиняемость* – безусловное автоматическое выполнение больным всех требований, какими бы они ни были.

Кататонический ступор – обездвиженность с отсутствием речи и повышением мышечного тонуса. К проявлениям кататонического ступора относятся:

Мутизм – полное или частичное отсутствие речи при сохранении способности говорить и понимать чужую речь. *Негативизм* – выраженное повышение тонуса мышц с бессмысленным сопротивлением ситуации. Пассивный негативизм – сопротивление осмотру. Активный – противоположные действия (при попытку разогнуть руку еще больше ее сгибает). *Восковая гибкость* (каталепсия) – менее выраженный тонус мышц с отсутствием сопротивления, но длительным удерживанием позы, приданной извне. *Симптом воздушной подушки Дюпре* – в положении лежа голова приподнята над подушкой. *Симптом хоботка* – губы плотно сжаты и вытянуты хоботком. *Эмбриональная поза* – лежит в напряженной эмбриональной позе. *Симптом Бумке* – зрачки не реагируют на болевые и эмоциональные раздражители. *Симптом последнего слова Клейста* – больной с мутизмом пытается ответить на вопрос, когда собеседник уходит. *Симптом Саарма* – может ответить на вопрос, адресованный другому.

Кататонический ступор сопровождается специфическими вегетативными и соматическими нарушениями: сухость кожи, акроцианоз, повышенное слюноотделение, потливость, себорей, сужение зрачков, снижение артериального давления, снижение массы тела. Больные не могут проглотить слюну.

Гебефренический синдром (от греч. hebe – юность) – дурашливое возбуждение, нелепое и немотивированное. Включает в себя:

- непродуктивную эйфорию;
- немотивированные действия;
- гримасничанье с манерностью.

Больные прыгают, кривляются, гримасничают, бессмысленно хохочут, неуместно грубо шутят, совершают импульсивные действия, нелепые выходки (забираются под кровать, катаются по полу, принимают вычурные позы). Мышление разорванное. Интонации и произношение манерные, тон речи экзальтированно-патетический. Бессмысленно повторяют слова, употребляют неологизмы. Расторможено половое и пищевое влечение. Настроение имеет характер своеобразной «холодной» эйфории. Grimасы заменяют улыбку, нелепый и беспричинный смех или хохот могут сменяться немотивированной злобностью и агрессивностью. Гебефренический синдром характерен для гебефренической и злокачественной юношеской шизофрении.

7. НАРУШЕНИЯ ВЛЕЧЕНИЙ

Влечения – побуждения к деятельности, возникающие независимо от сознания, направленные на удовлетворение инстинктивных потребностей. Физиологическая основа – врожденные биологические механизмы – инстинкты.

Импульсивные влечения – внезапно возникающие стремления к какому-либо действию, полностью овладевающие сознанием и подчиняющие себе поведение. Встречаются при расстройствах личности, эпилепсии, шизофрении.

Дромомания – стремление к бродяжничеству, перемене мест (у детей и подростков до нескольких дней, у взрослых – до нескольких недель).

Клептомания – влечение к бесцельным кражам, присвоению чужих вещей. Как правило, важен сам факт кражи, а не ценность украденного.

Пиромания – стремление к поджогам, манипуляциям с огнем.

Дипсомания – влечение к запойному пьянству. Длится до нескольких недель, затем самопроизвольно прекращается. Характерна частичная амнезия.

Нимфомания (у женщин), **сатириаз** (у мужчин) – неодолимая и беспорядочная сексуальная активность, не приносящая удовлетворения и не снижающая интенсивность влечения. Нередко вместо оргазма неприятные ощущения.

Копролалия – неодолимое стремление употреблять в речи нецензурные ругательства. Наблюдается при синдроме Жилия де ля Туретта (полиморфные гиперкинезы, вокализация, тики, импульсивная копролалия и эхолалия).

Нарушения пищевого влечения.

Булимия – повышение пищевого влечения с прожорливостью, неутолимый чувством голода.

Анорексия – снижение пищевого влечения, вплоть до отказа от пищи. Встречается при неврозах, депрессиях, шизофрении.

Нервная (психическая) анорексия проявляется стойким стремлением к похуданию. Причиной является не нарушение пищевого влечения, а сверхценная дисморфоманическая идея – болезненное убеждение в чрезмерной полноте. Характерен упорный отказ от еды, поведение, направленное на похудание. Прогрессирует потеря веса, развивается кахексия с аменореей, выраженной астенией, соматоэндокринными нарушениями. Имеется опасность летального исхода. Чувство голода на ранних этапах сохраняется, что обуславливает булимические срывы с вынужденной рвотой. Как самостоятельное расстройство встречается у девушек-подростков, как синдром – при истерическом неврозе, шизофрении. При шизофрении наблюдается *вомитомания* – стойкое влечение к рвоте.

Извращение пищевого влечения. *Полифагия* – поедание несъедобного (земли, песка, испражнений). Встречается при выраженной умственной отсталости, деменции, шизофрении; иногда в норме у беременных, у детей (поедание мела при потребности в кальции). *Парарексия* – пищевые пристрастия, обусловленные сверхценным или бредовым отношением к пище; чаще при шизофрении (смешивает все блюда – «все равно в желудке все перемешивается»).

Нарушения полового влечения.

Нарушения психосексуального развития.

Нарушения темпов и сроков психосексуального развития – задержка и преждевременное психосексуальное развитие.

Девиации психосексуального развития – нарушения полового самосознания (транссексуализм); нарушения стереотипа полоролевого поведения (его трансформация, гиперролевое поведение, садизм, мазохизм, садомазохизм); нарушения психосексуальных ориентаций (эксгибиционизм, вуайеризм, фетишизм, мастурбация, зоофилия, некрофилия, педофилия, геронтофилия и др.).

Конституционально-эндогенные формы сексуальных нарушений – различные нарушения при акцентуациях характера и расстройствах личности, шизофрении, эпилепсии, аффективных расстройствах, умственной отсталости.

Психогенные формы сексуальных нарушений. У мужчин несостоятельностью эрекции (импотенция), преждевременная эякуляция, отсутствие эякуляции. У женщин – вагинизм (спастические сокращения мышц влагалища и тазового дна при коитусе), диспареуния (психогенные боли в половых органах при коитусе), фригидность, аноргазмия.

Нарушения инстинкта самосохранения.

Повышение инстинкта самосохранения проявляется боязнью нового, перемен, незнакомых людей и объектов, приверженностью к привычному и неизменному порядку. Встречается при раннем детском аутизме, невропатии, у шизоидных, психастенических и конформных личностей, при шизофрении и атонической умственной отсталости.

Аутоагрессивность – агрессия, направленной на самого себя, прямыми действиями против себя (увечья, травмы, какой-либо ущерб).

Легкая степень аутоагрессии – *патологические привычки*: трихотилломания – выдергивание волос, онихофагия – обкусывание ногтей, аутомутиляция – обкусывание губ, пальцев. Более тяжелое проявление – *аутодеструктивные действия* – нанесение себе повреждений.

Наиболее тяжелое нарушение – *самоубийство* (суицид, лат. suis – себя, caedo – убивать). Встречаются депрессивное самоубийство (в связи с депрессивными идеями), бредовое (при бреде преследования, воздействия, перерождения через смерть), галлюцинаторное (при императивных галлюцинациях или обманах, убеждающих в безвыходности ситуации), импульсивное (внезапное, немотивированное, при кататоническом синдроме), эпилептиформное (при эпилептиформном возбуждении).

При истерическом неврозе наблюдаются *демонстративные суициды*. Их цель – привлечение внимания к своей личности, демонстрация окружающим своих страданий (совершают порезы вен на предплечьях, принимают не смертельные дозы лекарств, делают «тайные признания друзьям», пишут «прощальные записки», через которые окружающие должны обратить на них внимание).

Агрессивность – упрямство, конфликтность, прямая агрессия. Встречается при расстройствах личности, психопатоподобных состояниях органического генеза, шизофрении, эпилепсии.

8. НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ

Внимание – избирательная направленность психики, выражающаяся в ее сосредоточенности на определенных объектах или деятельности.

Пассивное (непроизвольное) внимание связано с ориентировочным рефлексом. Оно привлекается новым, сильным или интересным раздражителем.

Активное (произвольное) внимание связано с целенаправленным волевым актом. Его разновидностью является селективное внимание – выделение одного объекта из ряда подобных (речь собеседника из окружающих звуков). При ослаблении активного внимания пассивное усиливается.

При астенических состояниях (неврастения, органические заболевания головного мозга) наблюдается **повышенная истощаемость и отвлекаемость** в связи со снижением устойчивости и концентрации активного внимания:

- *Начинает читать, но через несколько минут утомляется и незаметно для себя отвлекается на какой-либо посторонний стимул.*

При астении органического генеза может **сужаться объем** активного внимания – способность удерживать несколько представлений одновременно:

- *Идет за каким-либо предметом, но, если по дороге отвлекается на другой стимул, забывает, за чем шел.*

При маниакальных состояниях и психомоторном возбуждении наблюдается **повышенная отвлекаемость** (снижение устойчивости). Внимание не удерживается на одном объекте и постоянно привлекается другими стимулами.

При депрессии, тревожных состояниях, патологических идеях наблюдается **чрезмерная концентрация** внимания (фиксация) на тягостных переживаниях и идеях (на витальной «душевной боли», переживаниях самоуничтожения, виновности, страдания при депрессии, на ситуациях преследования при персекуторном бреде).

Для эпилепсии характерна **тугоподвижность** внимания – затруднение переключения. Больные «застревают» на одном представлении, эмоциональном переживании, виде деятельности и не могут быстро переключиться на другое.

Апрозексия – полная невозможность сосредоточения внимания. Невозможно привлечь внимание больного или вызвать его интерес к чему-либо. Нарушены и активное, и пассивное внимание. Встречается при нарушении сознания (аментивной спутанности), органических поражениях лобных отделов, атонической форме умственной отсталости, ранней детской шизофрении.

9. НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ

Память – отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении и последующем воспроизведении (или узнавании) того, что ранее было воспринято, пережито или сделано.

Конкретно-образная (механическая) память – прямое запоминание объектов и впечатлений без их переработки. Абстрактно-логическая (смысловая) – запоминание с участием мыслительной и интеллектуальной активности.

По виду запоминаемых образов различают образную, логическую, моторную, эмоциональную память.

По временной организации память разделяют на оперативную (запоминание на время работы с материалом, на минуты), кратковременную (запоминание текущих событий, на часы и дни) и долговременную (на месяцы и годы).

Количественные нарушения памяти.

Гипермнезия – патологическое усиление памяти. Характеризуется легкостью воспроизведения прошлого опыта, большим количеством ярких образных воспоминаний. Наблюдается при маниакальных состояниях, начальных этапах алкогольного и наркотического опьянения, реже при инфекционных психозах.

Гипертрофия механической памяти на фоне недоразвития смысловой может наблюдаться при умственной отсталости (запоминает не обдумывая).

Гипомнезия – ослабление памяти. Чаще всего нарушается одна из функций памяти (запоминание, хранение, воспроизведение). Встречается при астении, атеросклерозе, после черепно-мозговых травм, инфекций, интоксикаций.

Анэфория – затруднение воспроизведения хорошо известной информации. Воспоминание обычно происходит при напоминании или отвлечении.

Амнезия – отсутствие воспоминаний, выпадение памяти.

Ретроградная амнезия – отсутствие памяти на события, непосредственно предшествовавшие началу заболевания, выключению сознания. Возникает после черепно-мозговых травм, острых инфекций, интоксикаций.

Антероградная амнезия – отсутствие памяти на события, происходившие после окончания болезни, например, после восстановления сознания.

Фиксационная амнезия – нарушение запоминания текущих событий. Жизнь воспринимается одномоментно, без связи с прошлым и понимания последовательности событий. Основной симптом корсаковского синдрома.

Аффектогенная амнезия – забывание событий, вызвавших сильное потрясение, волнение, происходящее по механизму вытеснения.

Качественные нарушения памяти (парамнезии).

Конфабуляции – патологическая продукция, которую больной принимает за воспоминания о реальных событиях. Носят неправдоподобный и часто нелепый характер. Замещающие конфабуляции заполняют пробелы в памяти и встречаются на фоне амнезии при органических заболеваниях головного мозга, сенильных, сосудистых психозах. При парафреническом бреде наблюдаются фантастические конфабуляции (о встречах с выдающимися людьми, богатстве и т.п.).

Псевдореминисценции – неправильное воспроизведение (смещение) во времени событий, происходивших в действительности. Чаще всего заполняют пробелы в памяти. События далекого прошлого вспоминаются как недавние и наоборот. В отличие от конфабуляций, характерно обыденное содержание воспоминаний. Этиология аналогична замещающим конфабуляциям.

Криптомнезия – неспособность идентифицировать источник воспоминания. В воспоминаниях больной не различает действительно происходившие события и то, что увидел по телевизору, во сне, прочитал в книге, услышал от

окружающих, и рассматривает их как происходившие с ним. Либо воспринимает происходившие с ним события как увиденные во сне, прочитанные, случившиеся с другим человеком. Встречается при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, сенильных психозах.

Феномены «уже виденного» (*déjà vu*), «уже слышанного», «уже пережитого» и др. Новая обстановка и события воспринимаются как уже пережитые ранее, с ощущением, что все это уже происходило в точности так же, как происходит в настоящее время. Часто сопровождается ощущением знания, что произойдет в следующий момент. Обычно сохраняется понимание, что переживание не соответствует действительности.

Феномены «никогда не виденного» (*jamais vu*), «никогда не слышанного», «никогда не пережитого» и др. Знакомая обстановка и привычные ситуации воспринимаются как впервые увиденные, прежде не переживавшиеся.

Данные феномены возникают внезапно, длятся несколько секунд, затем так же внезапно прекращаются. Часто они являются аурой или психическими эквивалентами припадков. Помимо этого, встречаются при астении, органических поражениях. Явления *déjà vu* иногда встречаются у здоровых.

Синдромы с нарушениями памяти.

Амнестический синдром проявляется прогрессирующей гипомнезией. Память постепенно опустошается в соответствии с законом Рибо: вначале стираются недавние события, постепенно исчезают более давние. Дольше сохраняется эмоциональная и моторная память, навыки, приобретенные в детстве и молодости. Наблюдается при атрофических процессах головного мозга (прежде всего, старческом слабоумии), прогрессирующем параличе, органических поражениях. В исходе формируется амнестическая деменция.

Корсаковский синдром включает в себя:

- фиксационную амнезию;
- амнестическую дезориентировку;
- конфабуляции и псевдореминисценции;
- ретроградную и антероградную амнезию.

Впервые описан С.С. Корсаковым в 1887 г. у больных алкоголизмом (полиневритический или корсаковский психоз). Встречается при различных органических заболеваниях головного мозга.

Больные не могут запомнить, где они находятся, кто их окружает, какой сегодня день. Не помнят, с кем беседовали сегодня. Знания и навыки, имевшиеся до начала заболевания, сохраняются в памяти и воспроизводятся. Пробелы в памяти заполняются замещающими конфабуляциями и псевдореминисценциями. Критика отсутствует, однако нарушения памяти в слабой степени осознают:

- *Пациент находится на отделении несколько недель, однако на вопрос, как долго находится в больнице, отвечает, что несколько дней. Затрудняется сказать, почему попал в больницу. На вопрос, как зовут его врача, объясняет, что он здесь недавно, и еще не запомнил. На просьбу назвать число говорит, что не следит за числами.*

Психоорганический синдром – состояние общей психической несостоятельности, специфичное для органических заболеваний головного мозга.

Характеризуется триадой симптомов Вальтер-Бюэля:

- снижение памяти;
- ухудшение понимания (снижение уровня мышления);
- эмоциональная лабильность.

В зависимости от наличия другой психопатологической симптоматики, выделяют астенический, эксплозивный, эйфорический и апатический варианты психоорганического синдрома.

Психоорганический синдром чаще всего является резидуальным состоянием – последствием органических поражений головного мозга – черепно-мозговых травм, интоксикаций, энцефалитов, радиационных поражений и др.

10. НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Интеллект – способность создавать ассоциации высокого уровня, совокупность умственных функций (абстракция, образование понятий, суждений и умозаключений), делающих возможным познание, анализ опыта и знания для адаптации к действительности и решению новых задач.

Основу интеллекта составляет мышление.

Другими предпосылками интеллекта являются: точность восприятия, внимание, память, речь, моторика, познавательная активность.

Задержка психического развития возникает вследствие психофизического инфантилизма, слаборожденности, затяжных астений (при истошающих заболеваниях раннего детства), нарушениях развития речи, у слабовидящих и глухих, при семейно-педагогической запущенности. Отстает развитие предпосылок интеллекта (внимания, памяти, активности, восприятия). Способность к обучению не нарушена. В отличие от умственной отсталости, сохраняется способность мышления к абстрагированию.

При своевременной медико-педагогической помощи (обучение с раннего школьного возраста в специальной школе) задержка может преодолеваться (к среднему и старшему школьному возрасту догоняют сверстников в интеллектуальном развитии).

Умственная отсталость (олигофрения) – наследственное, врожденное или рано приобретенное недоразвитие интеллекта вследствие повреждения зачатка или мозга до родов или в первые три года жизни.

Страдают высшие психические функции – способность к абстрагированию, смысловая память, активное внимание. Эмоции мало дифференцированные, без тонких нюансов. В волевой сфере признаки импульсивности. Страдает тонкая ручная моторика, мимика и пантомимика. Элементарные психические процессы остаются относительно сохранными – механическая память, простые эмоции, инстинктивные потребности.

Выделяют три степени недоразвития интеллекта:

- Дебильность – легкая степень. Коэффициент умственного развития (IQ) равен 69-50. Мышление конкретное. Улавливают причинно-следственную сторону событий, но не способны к абстрагированию (например, не понимают переносного смысла пословиц). Речь простая. Усваивают конкретные знания, способны к обучению в специальной школе, несложному физическому труду. Моторика развита хорошо, за исключением высших операций (плохой почерк). Эмоции лишены тонких нюансов. Типична эйфория, дружелюбность. Способны к самостоятельной жизни, но в сложных ситуациях требуется помощь.

- Имбецильность – средняя степень. IQ=49-30. С детства почти не обучаемы, можно развить лишь простейшие навыки самообслуживания (мыть руки перед едой, самому одеваться) и простейшие трудовые действия (одна-две механических операции, типа отрезания заготовки или переключивания детали). Развитие навыков происходит с большой задержкой. Чтение, письмо недоступны. Словарный запас ограничен несколькими десяткам слов. Эмоциональные реакции элементарные – чувство привязанности и антипатии. Нуждаются в постоянном надзоре и опеке.

- Идиотия – глубокая степень. IQ менее 30. Речь ограничена отдельными звуками, лишь при легкой степени могут употреблять несколько слов. Обращенную к ним речь не понимают. Отсутствуют навыки самообслуживания. Неподвижны либо впадают в бессмысленное стереотипное возбуждение (раскачиваются всем телом, размахивают руками, хлопают в ладоши). Эмоциональные реакции элементарные – возбуждение и крик в ответ на удовольствие и неудовольствие. Легко возникает немотивированная агрессия и аутоагрессия (кусают себя, наносят удары). Чувствительность, в том числе болевая, снижена. Расторможены и извращены биологические влечения (могут упорно онанировать, поедать несъедобное). Нередко отмечаются грубые пороки развития.

В МКБ-10 выделяют умственную отсталость легкой степени (IQ находится в пределах 50-69), умеренную (35-49), тяжелую (20-34) и глубокую (<20).

Клинико-физиологическая классификация умственной отсталости С.С. Мнухина - Д.Н. Исаева. Выделяют четыре формы умственной отсталости:

- Стеническая форма характеризуется равномерным недоразвитием интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых функций.

- При астенической форме отмечается неплохой запас понятий и представлений, удовлетворительная память, хорошая житейско-бытовая ориентировка. Однако внимание неустойчивое и истощаемое. Это затрудняет освоение навыков (чтения, письма, счета), пространственных представлений.

- Для атонической формы характерны плохая способность к психическому напряжению, нарушение целенаправленной активности. Больные бездеятельные или находятся в состоянии хаотической двигательной активности. Не могут сосредоточиться. Эмоции недифференцированные, инстинкты слабые.

- Больные с дисфорической формой отличаются нецеленаправленным хаотическим поведением, затяжными эмоциональными реакциями дистимического и дисфорического типов.

Деменция – приобретенное слабоумие. Развивается у лиц со сформированным интеллектом и характеризуется утратой навыков. Является прогрессирующим расстройством (старческая, атеросклеротическая и др.) либо стационарным состоянием (после черепно-мозговых травм, энцефалитов).

Различают два клинических варианта деменции:

- Лакунарная (парциальная) – с неравномерным поражением психических функций. На ранних этапах нарушаются предпосылки интеллекта (чаще память), нет морально-этического снижения, сохраняется критика. На поздних стадиях деменция становится тотальной. Встречается при атеросклерозе, опухолях головного мозга, болезни Альцгеймера.

- Тотальная – с начала болезни равномерно страдают все психические функции: ухудшается внимание, мышление, память, снижаются мотивации, огрубляются эмоции. Утрачиваются все навыки, в том числе навыки поведения в обществе. Разрушаются индивидуальные морально-этические качества личности. Отсутствует критика. Тотальной являются старческая (сенильная) деменция, деменция при прогрессивном параличе.

11. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Сознание – высшая, человеческая форма психического воспроизведения действительности, совокупность и сосредоточение всех психических функций. Сознание дает возможность целостного знания о мире. Оно тесно связано с речью и является идеальной стороной целеполагающей деятельности.

Сознание характеризуется степенью ясности, физиологической основой которой являются различные уровни бодрствования коры головного мозга под воздействием активирующих систем ретикулярной формации ствола и задних отделов гипоталамуса. Различают следующие уровни бодрствования:

- Бодрственное внимание – обычное рабочее состояние оптимального возбуждения коры головного мозга.

- Аффективное сознание – излишняя стимуляция, обеспечивающая яркость и живость восприятий действительности в ущерб осознанию взаимосвязей между текущим и прошлым опытом.

- Пассивное (ослабленное) внимание – плохо осознаются взаимосвязи между текущим и прошлым опытом, последний превалирует в форме фантазий.

- Сонливость – сознание заполняется воспоминаниями, грезами.

- «Быстрый» сон – переживание исключительно прошлого опыта, в виде сновидений.

- «Медленный» сон – разлитое торможение, прекращается осознание и текущего, и прошлого опыта.

Разновидности сознания: предметное сознание (познание предметной действительности), самосознание (система знаний о самом себе и своих отношениях с окружающими), социальное сознание (знание общественных отношений).

Классификацию нарушений сознания см. в приложении 11.1.

Общими признаками нарушения сознания, по К. Ясперсу, являются:

1. Отрешенность от окружающего мира в связи с нарушением сферы чувственного познания (ощущений и восприятия) – затруднение, неотчетливость, фрагментарность восприятия.
2. Нарушение мышления – различная степень его бессвязности.
3. Дезориентировка – во времени, месте, ситуации, окружающих лицах, собственной личности.
4. Последующая амнезия – расстройство запоминания происходящего.

Обеднение сознания (оглушение) – снижение всех сторон психической активности вплоть до полного исключения сознания. Является специфическим нарушением экзогенного и экзогенно-органического генеза.

Выделяют четыре степени оглушения:

1. Обнубиляция («вуаль на сознании») – больной вял, заторможен, безучастен к окружающему. Внимание привлекается не сразу и быстро истощается. Окружающее воспринимается как в тумане. Затруднены мыслительные операции (счет в уме). Не сразу понимает обращенную к нему речь. Отвечает и действует невпопад. Речь замедленная. У детей снижен интерес к игрушкам. Затруднено и замедлено запоминание. По выходе воспоминания неполные.

2. Сомноленция – больной напоминает спящего, реагирует только на сильные раздражители (толчок, громкий звук, яркий свет). Сохраняются дифференцированные реакции на боль (отдергивает руку при уколе). Выполняет только отдельные простые инструкции («сядь», «открой рот», «выпей воды»). Спонтанная речь отсутствует, возможны простые ответы («да», «нет»). Взгляд устремлен в пространство и фиксируется на объекте лишь на короткое время. Подолгу не меняет позу. Характерна полная амнезия по выходе.

3. Сопор – невозможность речевого контакта. Сохранены недифференцированные реакции на болевые раздражители (на укол – общее мышечное напряжение), зрачковый, корнеальный, глоточный рефлексы. Сухожильные и периостальные рефлексы ослаблены. Появляются патологические рефлексы (орального автоматизма, Оппенгейма, Бабинского).

4. Кома – полное исключение сознания с отсутствием реакции на раздражители. Реакция зрачков на свет угнетена или отсутствует. Наблюдается мышечная атония, мидриаз, нарушение тазовых функций, арефлексия, отсутствие патологических рефлексов. Возможна децеребрационная ригидность.

Синдромы помрачения сознания.

Делириозный синдром (делирий) – расстройство сознания с наплывом ярких истинных галлюцинаций (преимущественно зрительных), иллюзий, ложной ориентировкой, тревогой, страхом, психомоторным возбуждением.

В *предделириозной* стадии больные становятся беспокойными, тревожными, эмоционально лабильными. Появляется гиперестезия (вздрагивают от звуков, закрывают глаза от света), наплывы ярких образных представлений, воспоминаний картин прошлого. Выражен гриппический синдром – засыпание нарушено, сон поверхностный, с яркими устрашающими сновидениями.

На *гипнагогической* стадии усиливается беспокойство, говорливость. Возникают устрашающие зрительные иллюзии (чаще всего парейдолические) – в рисунке обоев видят цветы, необычных животных, в пятнах света и тени на потолке разворачиваются подвижные сцены и т.п. При закрытых глазах при засыпании возникают гипнагогические галлюцинации – видят быстро сменяющиеся картины обыденной жизни, животных, людей.

На *развернутой* стадии появляются яркие истинные галлюцинации (чаще всего зрительные, могут быть слуховые, тактильные), часто устрашающие или неприятные (человек с ножом, крысы, мухи, паутина, колючая проволока). Образы принимаются за реальные. Поведение, эмоции, мимика соответствуют содержанию галлюцинаций: возбуждены, вскакивают с постели, куда-то бегут, спасаются, что-то ловят на полу, с кем-то разговаривают, от чего-то отмахиваются, что-то стряхивают с себя. Могут нападать на окружающих, пытаться выпрыгнуть из окна. Появляется дезориентировка, отрывочные бредовые идеи (например, физического уничтожения), связанные с обманами восприятия.

При неблагоприятном течении (отеке мозга), примерно у 20% больных, развивается *тяжелый делирий*. Больные полностью отрешены от реальности, не реагируют на раздражители, не вступают в контакт. При профессиональной форме автоматизировано совершают профессиональные движения (как будто стирает, печатает на машинке, иногда выкрикивает профессиональные фразы). При мусситирующем (бормочущем) делирии наблюдается возбуждение в пределах постели (гиперкинезы, хватание, «обирание»), что-то тихо невнятно бормочет. В случае дальнейшего ухудшения присоединяются судорожные припадки, коматозное состояние. Высокая опасность летального исхода.

Делирий длится в среднем от двух до пяти дней. Окончание критическое, после длительного (8-12 ч.) глубокого сна. Амнезия по выходе частичная – лучше помнит галлюцинаторные переживания, чем реальные события.

Делириозное помрачение наблюдается при различных интоксикациях, инфекциях, острых соматических заболеваниях, алкоголизме, наркоманиях.

Онейроидный синдром – сновидное, грезоподобное помрачение сознания. Характеризуется наплывом грез – ярких сценподобных фантастических переживаний, а также фантастически-бредовым толкованием окружающего.

На начальных стадиях может быть двойная ориентировка (считает, что одновременно находится дома и в больнице, в палате и космическом корабле).

При развернутом онейроиде больной отрешен от реальности, погружен в мир ярких образных представлений и грез. Картины последовательные, сценopodobные. Чувствует себя зрителем или участником фантастических событий (космических путешествий, исторических сражений, сказочных эпизодов). В отличие от делирия, больной внешне неподвижен, с безразличным либо зачарованным выражением лица (как зритель, созерцающий внутренние образы).

Амнезия фрагментарная, в большей степени на реальные события.

Онейроидный синдром встречается при шизофрении с острым течением приступов, атипичных аффективных психозах, а также при инфекционных, интоксикационных, эпилептических психозах.

Сумеречное помрачение сознания – кратковременное (до нескольких минут) сужение сознания на ограниченном круге переживаний, при котором поведение обусловлено не всей обстановкой, а лишь отдельными ее деталями. Характерно внезапное возникновение и прекращение и полная амнезия.

Простой вариант сумеречного помрачения проявляется нецеленаправленным психомоторным возбуждением с импульсивными и автоматическими действиями, бессвязной речью. Мимика не соответствует происходящим событиям, бессмысленная либо отражает гнев.

Сложные варианты могут сопровождаться наплывом истинных галлюцинаций (часто устрашающих), острым образным бредом, дисфорическим аффектом. Характерны, агрессивные и разрушительные действия. Может развиваться неистовое возбуждение с импульсивной агрессивностью (разрушают все вокруг, нападают).

Амбулаторные автоматизмы проявляются кратковременными эпизодами непроизвольного, автоматизированного, но внешне упорядоченного поведения. Включают в себя различные неосознаваемые автоматизированные действия, «фуги», «трансы», снохождение (сомнамбулизм), сноговорение.

Фуги – кратковременные эпизоды элементарных действий (например, бросаются куда-то бежать). Трансы – более длительные, чем фуги: упорядоченные действия с учетом обстановки, внешне правильные, но неосознаваемые (вышла из дома, пошла на вокзал, уехала в другое место, пришла в себя, не помнила, как туда попала). При сноговорении произносят слова, фразы. При снохождении встают во сне, ходят, совершают простые действия, на окружающее не реагируют, на вопросы не отвечают. Глаза чаще всего закрыты как во сне.

Сумеречные состояния встречаются при эпилепсии, органических поражениях головного мозга (ЧМТ, инфекции, опухоли, нейросифилис и др.).

Аментивное помрачение сознания (амения) характеризуется бессвязностью мышления, выраженной растерянностью (аффектом недоумения), грубой дезориентировкой всех видов (в том числе в собственной личности), полной амнезией.

Речь бессвязная, с хаотичным набором отдельных слов, слогов, фраз. На вопросы не отвечают либо бессмысленно повторяют их. Характерно нецеленаправленное двигательное возбуждение в пределах постели.

Аментивное помрачение сознания встречается при тяжелых соматических заболеваниях, мозговых и общих инфекциях, реже при интоксикациях. Длится от нескольких часов до нескольких недель. Возможно затяжное течение заболевания с развитием психоорганического синдрома.

Астеническая спутанность – легкий вариант аменции. В основе лежит крайняя степень нервно-психической истощаемости. Глубина нарушения сознания колеблется (ундулирует) от аменции с растерянностью и бессвязностью до почти ясного сознания. На короткое время возможно установить контакт, больной способен осмыслить ситуацию, но быстро наступает психическое истощение с бессвязностью мышления. По выходе наблюдается фрагментарная амнезия.

12. ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – эндогенное психическое заболевание, характеризующееся хроническим прогрессирующим течением, сочетанием специфических основных и дополнительных симптомов и изменениями личности.

Первоначально клинические формы шизофрении были описаны как самостоятельные заболевания: раннее слабоумие (Morel В., 1852), гебефрения (Hecker Н., 1871), кататония (Kahlbaum К., 1890), хронический прогрессирующий бредовой психоз (Magnan V., 1891).

Эмиль Крепелин (1896) указал на сходство течения и исхода и объединил их в одно заболевание – «dementia praecox» («раннее слабоумие»). Эуген Блейлер (1911) описал схизис как основное расстройство (греч. schizo – раскалывать, расщеплять, разделять и phren – ум, разум), с чем связано современное название заболевания.

Шизофрения встречается в среднем у 1% населения, начинается, как правило, в молодом возрасте (20-25 лет). У детей и подростков встречается реже – 1,66 на 1000 детей в возрасте от рождения до 14-лет, преобладают лица мужского пола.

Клинические проявления.

Выделяют основные и дополнительные симптомы шизофрении, обуславливающие ту или иную клиническую форму.

Основные (облигатные) симптомы являются клиническим выражением схизиса. К ним относятся аутизм, эмоциональные нарушения, амбивалентность и нарушения структуры мышления. Их наличие обязательно для шизофрении.

- Аутизм – потеря контакта с действительностью с погружением во внутренний мир переживаний. Наблюдается аутистическая отгороженность (отстраненность от окружающего), аутистическое мышление (алогичное, игнорирующее действительность), аутистическое восприятие (в соответствии со своим внутренним миром), аутистическая трансформация личности (новое представление о себе).

- *Пациентка говорит, что она «вероятно наследница английского трона», так как традиции английских монархов близки ей, и она «чувствует внутреннее духовное родство с Елизаветой второй». В соответствии с новым статусом перестала ходить на работу и заниматься домашними делами, стала нуждаться в помощи родственников и знакомых в быту. Рассказывает об этом спокойно, не осознавая тяжести своего положения.*

- Эмоциональные нарушения. Характерны неадекватность (парадоксальность) и амбивалентность эмоций. Например, равнодушие к страданиям родственников сочетается с неожиданно щепетильным отношением к незнакомому или к неживому объекту. Отвержение и враждебность к матери и одновременно подчиняемость и покорность ей.

Прогрессирует обеднение эмоций от апатии до эмоциональной тупости. Нивелировка эмоций, равнодушие к происходящему, холодность превращаются

в утрату привязанности и сострадания к близким, исчезновение жизненных планов, заинтересованности в учебе, работе, потребности в общении с друзьями и противоположным полом, равнодушие к тому, что ранее было важным. Никакие события не способны вызвать эмоциональный отклик. Отмечается безразличное выражение лица, «пустой» взгляд, голос без модуляции.

- Амбивалентность – двойственность в произвольной деятельности (вычурные движения, жесты, мимика, непредсказуемость поведения), эмоциях, мышлении.

Снижение побуждения к деятельности прогрессирует от гипобулии к абулии. Больные перестают работать, учиться, забрасывают любимые увлечения. При сохранности познавательных и интеллектуальных функций снижается энергичность и настойчивость в деятельности (симптом «редукции энергетического потенциала»). Больные становятся пассивными, подвластными обстоятельствам и воли окружающих (симптом «дрейфа»), не могут выстроить собственную линию поведения. В исходной стадии заболевания отмечается беспомощность в повседневной жизни, несостоятельность в быту. Больные становятся неухоженными, неряшливыми.

- Нарушения логической структуры и целенаправленности мышления. При паралогическом мышлении появляются неожиданные умозаключения («Я не сдал экзамен по физике, потому что цветок стоял на подоконнике»). При символическом используются знаки, понятные только больному (фраза больного: «Числа парафин» означает: «Какое сегодня число?»). При резонерстве отмечается бесплодное рассуждательство, мудрствование. Встречаются неологизмы – новые, неизвестные слова («Скасетто – прибор для чтения мыслей в голове»). Наиболее ярким выражением схизиса является разорванность (атаксия) мышления – в высказывании объединяются несочетаемые образы или понятия («Я поехал на доме просвещения»; «Ущипнуть столом»). Речь сохраняет грамматическую правильность, но теряет смысл.

Неуклонно нарастая, облигатные симптомы обуславливают специфическое изменение личности – дефект. Его типичный вариант – апатоабулический.

Основные клинические формы.

Простая форма. В клинической картине преобладают базисные симптомы: прогрессирующее оскудение эмоций, непродуктивность, утрата интересов, нарастающая отгороженность. Продуктивные симптомы рудиментарные: бредовая настроенность, единичные галлюцинации, кататонические включения. Типичный возраст начала – юношеский. Течение чаще всего злокачественное с быстрым развитием апатоабулического дефекта. Однако возможно малопрогредиентное течение с медленным нарастанием и меньшей выраженностью негативной симптоматики.

Параноидная форма – наиболее частая. Характерно развитие и последовательная смена бредовых синдромов: паранойяльного, галлюцинаторно-параноидного (наиболее типичен синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо) и парафренного. Течение может быть непрерывным (с

обострениями продуктивной симптоматики и ремиссиями с проявлением основных симптомов) либо приступообразным (с острыми приступами и более качественными ремиссиями). В первом случае дефект нарастает быстрее, в его структуре преобладает разорванность мышления. Во втором случае дефект нарастает медленнее, прогноз лучше.

Кататоническая форма. На фоне эмоционально-волевых нарушений отмечаются обострения с кататоническим синдромом (состояния ступора и возбуждения). В исходе развивается дефект с рудиментарной кататонической симптоматикой.

Гебефреническая форма (hebe – в древнегреческой мифологии богиня юности). Дурашливый фон настроения сочетается с эмоциональным снижением, абулией, разорванностью мышления. Продуктивные симптомы (приступы психоза) возникают остро, отличаются полиморфизмом и незавершенностью (бредовые идеи воздействия, псевдогаллюцинации, рудиментарные проявления психического автоматизма, кататонические нарушения, общесоматические симптомы). Течение злокачественное. Быстро развивается дефект личности.

Течение.

Шизофрения характеризуется прогредивным (процессуальным) течением (лат. *progrediog* – идти вперед) – с неуклонным нарастанием основных симптомов.

Прогредивное течение приводит к развитию *психического дефекта* (лат. *defectus* – отпадение, убывание, недостаток). Дефект проявляется устойчивыми основными симптомами (например, апатоабулическое состояние), которые обуславливают стойкую социальную дезадаптацию и не поддаются терапии в течение двух лет.

Выделяют три основных типа течения шизофрении.

- При *непрерывно-прогрессивном течении* ремиссии отсутствуют. На первый план выходят основные симптомы. По скорости их нарастания различают злокачественное, прогрессивное и малопрогредивное течение.

Малопрогредивный вариант наиболее благоприятный. Основная симптоматика невыраженная, дополнительные симптомы менее тяжелые (деперсонализация, неврозоподобные, психопатоподобные нарушения), прогноз относительно хороший. Поэтому заболевание с этим типом течения выделено в МКБ-10 в отдельную рубрику – *шизотипическое расстройство* (F21).

- *Приступообразно-прогрессивный тип.* Эмоционально-волевые изменения нарастают после острых приступов. Последние проявляются эмоционально насыщенными галлюцинациями, бредом, психическими автоматизмами.

- При *рекуррентном* течении возникают острые приступы с яркой полиморфной симптоматикой (аффективно-бредовые, онейроидно-кататонические). Ремиссии относительно качественные, изменения личности и проявления дефекта слабые, поэтому данный тип считается благоприятным. Периодичность течения и отсутствие грубого дефекта сближает эти формы с аффективными расстройствами.

К шизофрении с рекуррентным типом течения примыкает *шизоаффективное расстройство*. Оно характеризуется периодическим развитием острых приступов, в структуре которых присутствует и аффективная, и шизофреническая продуктивная симптоматика.

Терапия.

Применяется комплексная терапия, включающая в себя биологические методы (медикаментозные и нелекарственные), психосоциальную реабилитацию, психотерапию, клиничко-социальные мероприятия, психообразование.

На этапе купирующей терапии основной группой препаратов являются нейролептики. Предпочтительна монотерапия. Лечение первого эпизода болезни следует проводить атипичными антипсихотиками. При развитии побочных эффектов применяются корректоры (Тригексифенидил, Бипериден и др.).

Для поддерживающего (противорецидивного) лечения могут применяться препараты пролонгированного действия (Галоперидол-деканат, Клопиксол-депо), обеспечивающие терапевтическое действие в течение 2-4 недель после в/м введения).

13. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Аффективные расстройства – группа эндогенных психических заболеваний, основным проявлением которых являются первичные нарушения настроения - маниакальные и депрессивные состояния.

Распространенность аффективных расстройств составляет 0,45-0,49 на 1000. Среди всех больных с психозами они составляют от 5% до 25% (разброс показателей связан с разным подходом к диагностике). У детей эти заболевания практически не встречаются, у подростков наблюдаются значительно реже других психозов.

Течение определяет нозологическую разновидность заболевания.

- Биполярный тип – развиваются как депрессивные, так и маниакальные фазы, разделенные между собой фазами интермиссии.
- Монополярный депрессивный тип – наблюдаются только депрессивные фазы, разделенные между собой фазами интермиссии.
- Континуальный тип – течение с отсутствием интермиссий.

Заболевание с биполярным и континуальными типами носит современное название «Биполярное аффективное расстройство». В МКБ-10 оно кодируется как F31.

При монополярном депрессивном типе устанавливается диагноз «Рекуррентное депрессивное расстройство – F33.

Дебют заболевания (первая фаза), когда тип течения еще не определен, обозначается как «Депрессивный эпизод» – F32 или «Маниакальный эпизод» – F30.

Клиническая картина маниакальной фазы складывается из маниакальной триады, витальных и соматовегетативных нарушений (сон, аппетит, влечения).

Маниакальная триада включает в себя повышение настроения, ускорение мышления, повышение произвольной деятельности. Ускорение мышления проявляется симптомом «скачки идей» (*fuga idearum*) – чрезмерно быстрый и легкий переход от одной мысли к другой, поверхностные ассоциации (например, по созвучию), незавершенные фразы, трудная для понимания речь (маниакальная речевая спутанность). Больные постоянно в движении, поют, танцуют, одновременно затевают несколько разных дел. Соматовегетативные проявления включают периферическую симпатикотонию: расширение зрачков, тахикардия, сухость слизистых, запоры и др. Характерно нарушение ночного сна, повышение аппетита и полового влечения.

Типичной является «солнечная» мания – не омрачаемое повышение настроения, ощущаемое на психическом и физическом уровне (витальный компонент).

Атипичные варианты – спутанная (с крайне выраженным ускорением мышления, напоминающим спутанность сознания), непродуктивная (с отсутствием одного из компонентов триады), гневливая мания и др.

Клиническая картина депрессивной фазы – депрессивная триада, депрессивные идеи, суицидные тенденции, витальные и соматовегетативные проявления.

Депрессивная триада включает сниженное (тоскливое) настроение, замедление мышления, замедление речевой и двигательной активности.

Меланхолия характеризуется чувством подавленности, безысходности, невозможностью радоваться. Снижение настроения носит витальный характер (ощущается и на психическом, и на телесном уровне) – крайне мучительное чувство тяжелого «душевного страдания», «душевной боли», несравнимое с переживаниями житейского горя, скорби, печали и физической боли. Нестерпимое ощущение тяжести, сжимания, сдавления, чаще всего в области сердца («предсердечная тоска» – «камень на сердце»), а также в груди, эпигастрии, области шеи и др. Отмечается скорбное выражение лица, «складка Верагута» – скорбная складка на верхних веках.

Замедление мышления проявляется длительными паузами в беседе, односложными ответами, трудностью перехода от одной мысли к другой. Движения замедлены, больные с трудом передвигаются, для них характерна однообразная («согбенная») поза. Иногда заторможенность достигает степени депрессивного ступора.

Отмечаются суточные колебания настроения – симптомы депрессии более выражены в первую половину дня и несколько ослабевают во вторую половину.

Специфические витальные нарушения сна – ранние пробуждения.

Характерны идеи самообвинения (виновность перед окружающими), самоуничижения (несостоятельность, никчемность, бесперспективность существо-

вания), ипохондрические идеи (страдание). Их следствием являются суицидные мысли, намерения и действия, в том числе расширенные суициды.

Соматовегетативные нарушения – триада Протопопова (расширение зрачков, тахикардия, склонность к запорам), а также сухость кожи и слизистых, снижение тургора тканей, угнетение секреции слезных желез. Характерен симптом Осипова – сухость и обложенность языка белым налетом. Страдает libido, у женщин развивается аменорея. Аппетит отсутствует, отмечается значительная потеря в весе.

Наиболее типична тоскливая (меланхолическая) депрессия. Возможно сочетание тоски с тревогой, деперсонализацией, анергией и другими нарушениями.

Лечение аффективных расстройств.

При маниакальном состоянии показана монотерапия нормотимическим препаратом (при солнечной мании – солями лития или вальпроатами, при гневливой мании или смешанном состоянии – вальпроатами или Карбамазепином) либо атипичными антипсихотиками (Кветиапин, Арипипразол, Оланзапин и др.). При недостаточном эффекте (через 3-4 недели лечения), присоединяют антипсихотик – атипичный или Галоперидол.

При легких и умеренных депрессивных состояниях в рамках биполярного аффективного расстройства назначают нормотимики (Ламотриджин, вальпроаты) или Кветиапин, при тяжелых – комбинацию нормотимика и антидепрессанта или атипичного антипсихотика и антидепрессанта.

При депрессиях в рамках рекуррентного депрессивного расстройства назначают антидепрессанты. Выбор препарата осуществляют исходя из клинической типологии и глубины депрессии.

Для профилактики маниакальных и депрессивных используются препараты группы нормотимиков или атипичный антипсихотик (Кветиапин, Оланзапин, Арипипразол). Среди нормотимиков, соли лития и вальпроаты показаны при преобладании в течение заболевания маниакальных фаз, Ламотриджин и Карбамазепин – при преобладании депрессивных фаз.

14. ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

К экзогенным относятся психические расстройства психотического и непсихотического уровня, возникающие при инфекциях, интоксикациях, соматических заболеваниях (соматогенные).

Астенический синдром – состояние психической и физической слабости, связанной с истощением функциональных возможностей нервной системы.

Соматическая болезнь истощает физиологические механизмы высшей нервной деятельности, нарушая соотношение основных нервных процессов, их силу и уравновешенность, что клинически проявляется астеническим синдромом.

На начальной (гиперстенической) стадии страдает процесс внутреннего условного торможения (эволюционно наиболее молодой). В клинической картине наблюдаются симптомы повышенной возбудимости. На второй стадии процесс возбуждения ослабляется – реактивность все еще повышена, но быстро истощается. В клинике наблюдается раздражительная слабость. На третьей стадии реактивность коры снижается, преобладает тормозимость. В клинической картине преобладают симптомы снижения активности.

Клинические проявления астенического синдрома постепенно редуцируются по мере соматического выздоровления.

Экзогенные (симптоматические) психозы.

Возникают в связи с инфекцией, интоксикацией или соматическим заболеванием. В патогенезе имеет значение воздействие на головной мозг (прежде всего, таламогипоталамическую систему) токсикоза, общего истощения, нарушения гемодинамики и обмена.

Согласно концепции экзогенного типа реакций **К. Бонгёффера** (1908, 1917), на различные экзогенные факторы головной мозг отвечает ограниченным числом этиологически неспецифичных реакций. Иными словами, при различных инфекциях, интоксикациях, соматических заболеваниях клинические проявления экзогенных психозов сходные.

К реакциям экзогенного типа К. Бонгёффер относил:

- делирий;
- эпилептиформное возбуждение со страхом;
- сумеречное состояние;
- острый галлюциноз;
- аменцию (варианты с преобладанием бессвязности, сочетанием с галлюцинациями и с кататоническими нарушениями).

В структуре экзогенных психозов выделяют три периода:

1. Продромальный период. Наиболее характерны астенические явления по типу раздражительной слабости (головная боль, чувство разбитости, повышенная утомляемость, расстройство внимания, ощущение ослабления памяти, непереносимость внешних раздражителей) и эмоциональная гиперестезия (плаксивость, капризность, повышенная эмоциональная возбудимость, легкая истощаемость аффекта, чувство внутреннего беспокойства). Наблюдаются изменения настроения (пугливость, страх, дистимия, благодушие, эйфория, экзальтация), нарушения сна (затруднение засыпания, беспокойный сон, сноговорение, кошмарные сновидения, ночные страхи, бессонница, сонливость), нарушение произвольной деятельности (снижение активности и работоспособности, двигательная расторможенность). Возможны идеаторные нарушения (подозрительность, ипохондричность), нарушения восприятия (иллюзии, гипнагогические галлюцинации, психосенсорные расстройства, расстройства схемы тела).

2. Клинические проявления острого психотического периода зависят от степени тяжести основного заболевания (инфекции, интоксикации, соматического заболевания). В случае острого начала и выраженных проявлений психо-

за возникают различные степени оглушения и типичные синдромы экзогенного типа К. Бонгёффера.

3. Период остаточных явлений. Наиболее характерны астенический, амнестический и корсаковский синдромы. Исход экзогенного психоза варьирует от полного выздоровления (в типичном случае) до формирования органического поражения головного мозга со стойким психоорганическим синдромом.

15. ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Психические нарушения возникают на фоне деструктивных поражений головного мозга, сочетаются с неврологической и общесоматической симптоматикой.

Наиболее часто психические нарушения встречаются при:

- Экзогенно-органических заболеваниях: черепно-мозговые травмы (ЧМТ); инфекционные поражения мозга (нейроинфекции, сифилис мозга, прогрессивный паралич, СПИД, прионные заболевания и др.), интоксикационные поражения, радиационные поражения;
- Эндогенно-органических заболеваниях: первичные дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга (сенильная деменция, болезнь Альцгеймера, Пика и др.), опухоли головного мозга, сосудистые заболевания головного мозга.

Психические расстройства при черепно-мозговой травме.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) представляет собой механическое повреждение черепа и внутричерепного содержимого (паренхима головного мозга, мозговые оболочки, сосуды, черепные нервы). Различают легкую (сотрясение и легкий ушиб мозга), среднетяжелую (ушиб мозга средней степени тяжести) и тяжелую ЧМТ (тяжелый ушиб и сдавление мозга).

Выделяют начальный, острый, подострый (период реконвалесценции) и отдаленный (резидуальный) периоды ЧМТ.

- Для начального периода типично обеднение сознания. При легкой и среднетяжелой травме отмечается оглушенность (обнубиляция, сомноленция), при тяжелой – состояния выключенного сознания (сопор, кома).
- В остром периоде отмечается астения, нарушения памяти. Могут возникать травматические психозы (помрачения сознания, галлюциноз, корсаковский синдром), пароксизмальные нарушения.
- Подострый период характеризуется астеническими и соматовегетативными проявлениями (головокружение, тошнота, потливость, тахикардия) и неврологическими нарушениями (нистагм, тремор, нарушения координации движений). Возможны расстройства настроения, амнестические нарушения.
- Клинические проявления отдаленного периода зависят от тяжести травмы. Более легким вариантом является посттравматическая церебрастения (утомляемость, истощаемость внимания, трудность запоминания, непереносимость психического напряжения, раздражительная слабость, головные боли,

нарушения сна). Могут развиваться неврозоподобные нарушения, психопатоподобные изменения личности. В более тяжелых случаях формируется стойкий психоорганический синдром. В тяжелых – посттравматическая деменция, корсаковский синдром, эпилептиформные припадки. Психозы отдаленного периода отличаются преобладанием нарушений восприятия (психосенсорные расстройства, однотипные истинные галлюцинации), парамнезий (конфабуляции), аффективных нарушений (эйфория, тревога).

Психические расстройства при мозговых инфекциях.

Связаны с воспалительным процессом мозга и его оболочек (энцефалит, менингит, арахноидит), как при специфических нейротропных инфекциях (эпидемический, клещевой, комариный энцефалит, бешенство), так и при общих инфекциях (грипп, корь, ревматизм, эпидемический паротит, ветряная оспа и др.). Психические нарушения выступают на фоне интоксикации, гипертермии, общемозговых и очаговых симптомов.

В остром периоде отмечаются различные нарушения сознания: оглушение, делирий, аменция, онейроид. Их проявления нарастают в вечернее и ночное время. При затяжном течении может отмечаться галлюциноз.

В постинфекционном периоде в зависимости от степени тяжести наблюдаются церебрастенический, психоорганический, корсаковский синдром, деменция.

Психические расстройства при ВИЧ-инфекции (СПИД).

Механизм, посредством которого ВИЧ-инфекция ЦНС приводит к слабоумию, является многофакторным. Иммуногистохимические исследования показывают, что вирус располагается в базальных ганглиях, подкорковых областях и лобной коре. Патологические изменения при вскрытии также преимущественно субкортикальные, включая глубокие серые (базальные ганглии, таламус) и ряд областей белого вещества. На КТ выявляется диффузная атрофия коры, расширение желудочков. Т2-взвешенная МРТ регистрирует расширение желудочков, большие области гиперинтенсивного сигнала в подкорковом белом веществе обеих лобных долей.

Пациенты, которые не получают высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) и имеют низкое количество лимфоцитов CD4⁺, подвергаются особому риску. Ежегодная заболеваемость ВИЧ-деменцией до ВААРТ составляла 7%. С ВААРТ заболеваемость ВИЧ-деменцией начала снижаться, но потом снова расти.

С ВИЧ-инфекцией связано три психопатологических синдрома:

- бессимптомное нейрокогнитивное нарушение;
- ассоциированное с ВИЧ легкое нейрокогнитивное расстройство;
- ВИЧ-ассоциированное слабоумие.

При дебюте ВИЧ-ассоциированного слабоумия пациент может выполнять основные действия по уходу за собой, но не может работать или поддерживать более сложные аспекты повседневной жизни. Далее появляется фиксационная амнезия, больной не может поддерживать сложную беседу, демонстрирует зна-

чительную брадипсихию. Также наблюдаются трудности при ходьбе без посторонней помощи (без ходунка или поддержки опекуна), ходьба замедляется и сопровождается моторной неловкостью рук. Отмечается распад аналитико-синтетической функции мышления. На конечной стадии СПИД-деменции пациент находится в почти вегетативном состоянии, теряет речь. Диагностируются грубые парезы и параличи с недержанием мочи и кала.

Психические расстройства при сифилисе.

В основе клиники и патогенеза нейросифилиса лежат два процесса:

- менингоэнцефалит с инфильтрацией и утолщением мозговых оболочек, энцефалитические очаги, некроз коры с образованием глиозных рубцов;
- поражение артериол с разрастанием эндотелия, кровоизлияниями, размягчениями и разрастанием глии.

Классификация сифилиса мозга Эмиля Крепелина:

А. Сифилитическая неврастения (рассеянность, забывчивость, затруднение мышления, безучастность, уменьшение работоспособности).

В. Сифилитический псевдопаралич – к предыдущим симптомам присоединяется веселое настроение, неспособность к работе, обмороки, судорожные припадки, приходящие афазия и апраксия, параличи, расстройства ощущений, параличи глазных мышц, дизартрия, отсутствие реакции зрачков на свет, расстройство почерка, лимфоцитоз в спинальной жидкости, положительная реакция Вассермана в крови.

С. В виде инсульта (апоплексическая форма) – инсульт в молодом возрасте с гемиплегией, развитием слабоумия со слабостью воли, внушаемостью.

Д. Сифилитическая эпилепсия. Положительная реакция Вассермана. Присоединяются спутанность, зрачковые расстройства, изменения речи и почерка.

Е. Параноидные состояния – идеи преследования, ревности, величия со слуховыми галлюцинациями, яркая эмоциональная лабильность, зрачковые расстройства, параличи глазных мышц.

Ф. Наследственный сифилис – инфантилизм, триада Гетчинсона (интерстициальный диффузный кератит, глухота и зубы Гетчинсона – бочкообразная форма резцов с полулунной выемкой по режущему краю), вдавленное основание носа, выпуклый лоб. Отмечается нравственная дефектность, недоступность влиянию воспитания, слабость воли, склонность к воровству и обманам. Часто отмечаются зрачковые и глазные симптомы.

Прогрессивный паралич.

Представляет собой хронический прогрессирующий сифилитический лобно-височный менингоэнцефалит с последующей потерей корковых функций.

Заболевание начинается в 35-50 лет. У мужчин встречается в 2-5 раз чаще.

Через 8-15 лет после заражения появляется психопатологическая симптоматика, которая неизбежно и через короткий срок (2-3 года) приводит к слабоумию, физическому маразму и смерти.

На конечных стадиях заболевания описаны бляшки Фишера – небольшие демиелинизированные очаги в паренхиме головного мозга, преимущественно в лобной и теменной коре.

Проявляется рассеянностью, расстройствами памяти (больной не может охватить отношения во времени, указать год свадьбы, службы в армии, число лет, прошедших с тех пор, собственный возраст в то время), небрежностью, утомляемостью. Наблюдаются расстройства суждений, приводящие к нелепому поведению:

- *«Паралитик прыгает из высокого окна, чтобы достать окурков; другой на глазах у всех ворует какой-нибудь предмет и тщательно его прячет; больной может разорвать кучу новых мешков, чтобы починить какой-нибудь старый, рваный, а потом вдруг решает сделать его очень большим, до потолка» (Э. Блейлер).*

Характерны «спотыкания на слогах», пропуски, удвоения, перестановки, смещение слогов и букв в речи и письме, внезапные запинки, «смазанная речь». Эти расстройства ярко обнаруживаются при повторении трудных слов (электричество, экстерриториальность). Движения неуклюжие, неловкие, нескладные. Походка неуверенная, больной широко расставляет ноги. Язык дрожит, высовывается грубыми толчками. Мимика вялая. Характерны односторонние парезы, опускание одного угла рта, парез века, лицевые синергии, спастические явления в ногах, клонусы стоп, симптом Бабинского. На последних стадиях болезни появляются расстройства глотания, пролежни, прогрессирующее падение веса. Смерть происходит при явлениях сердечной недостаточности.

Первичные дегенеративные (атрофические) заболевания характеризуются нарастающей необратимой атрофией коры головного мозга, приводят к тотальной деменции. Клиническая картина зависит от локализации процесса.

Для *болезни Альцгеймера* характерна височно-теменная локализация атрофии. Болезнь начинается в пресенильном возрасте (45-65 лет). Длительность заболевания в среднем 8 лет. Женщины страдают в несколько раз чаще мужчин.

На начальной стадии нередко наблюдаются продуктивные нарушения – аффективные (субдепрессивные, нередко с тревогой, ипохондрическими переживаниями), бредовые (эпизодические или более стойкие идеи ущерба, воровства, реже – идеи отношения, преследования, ревности).

Основные клинические проявления развиваются постепенно, по типу парциальной афато-апракто-агностической деменции. Появляется типичная триада симптомов – апраксия (неспособность выполнять привычные действия – готовить пищу, одеваться и т.п.), афазия (нарушение произношения и понимания фраз, слов), агнозия (неузнавание хорошо знакомых предметов, людей). Пропадают навыки чтения, письма, счета. Нарастают нарушения памяти – забывчивость на ранних стадиях, нарушение запоминания новых знаний и текущих событий и воспроизведения прошлых сведений на стадии умеренной деменции и выраженным распадом памяти на стадии тяжелой деменции. Постепенно развивается бытовая беспомощность. Относительно долго сохраняются основные личностные особенности, чувство собственной измененности.

На заключительном этапе деменция становится тотальной. Больные не могут выполнять завершённые целенаправленные движения. Не узнают окружающих, себя в зеркале, не определяют пространственные отношения предметов.

В основе *старческого слабоумия* также лежит нарастающий атрофический процесс головного мозга, но менее локализованный, чем при болезни Альцгеймера.

Заболевание начинается в возрасте 65-85 лет и характеризуется, по сравнению с болезнью Альцгеймера, более глубоким распадом психики. С самого начала развиваются изменения личности – огрубление личности, снижение интересов, ригидность, эгоцентризм, стереотипизация личностных проявлений. Возможна расторможенность влечений (гиперсексуальность, прожорливость, склонность к бродяжничеству, собиранию хлама). Могут развиваться отрывочные маломасштабные бредовые идеи ущерба, мелкого притеснения.

На этапе умеренно выраженной деменции тотальная амнезия (по закону Рибо) сочетается с амнестической дезориентировкой со «сдвигом ситуации в прошлое», нередко с повышенной активностью, разговорчивостью, эйфорией.

На этапе выраженной деменции развивается грубая агнозия, конструктивная апраксия. Больные почти не способны к суждениям, умозаключениям, не могут решить простые задачи, становятся беспомощными. В конечной стадии наблюдается психический маразм.

Болезнь Пика (фронтотемпоральная деменция) начинается после 50 лет, встречается реже других атрофических заболеваний. Характерна избирательная атрофия лобных и височных долей.

На раннем этапе преобладают изменения личности, нарушения речи. Относительно сохранены память, ориентировка, автоматизированная деятельность (счет). На дальнейших этапах развивается тотальная деменция с оскудением всех видов психической деятельности (пассивность, бездеятельность, разрушение памяти). При преимущественной атрофии лобных долей наблюдается снижение речевой активности до ее полного отсутствия (аспонтанность речи). При поражении лобно-височной области снижение речевой активности сочетается с амнестической и сенсорной афазией. Наблюдается эхолалия. По мере распада речи нарастают речевые стереотипии («стоячие обороты», симптом граммофонной пластинки), которые на поздних этапах могут быть единственным проявлением речевой деятельности. В исходе развивается тотальный распад речи, действий, узнавания, состояние маразма, полная беспомощность.

Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга.

- Для начальной стадии характерны проявления астенического синдрома: утомляемость, рассеянность, истощаемость внимания, снижение работоспособности. Особенностью сосудистой астении являются выраженная эмоциональная и вегетативная лабильность, ипохондричность, бессонница. Нарушения внимания и памяти особенно заметны при утомлении. Другим проявлением начальной стадии является заострение преморбидных черт характера (недоверчивые становятся подозрительными, экономные – скупыми).

- Для второй стадии характерно формирование психоорганического синдрома. Больные торпидны, застревают на мелочах, снижается сообразительность. Отмечаются трудности запоминания (имен, дат). К нарушениям памяти имеется критика – пытаются с ними бороться, делают записи для памяти. Выражена эмоциональная лабильность – чрезмерно обидчивы, легко плачут при огорчении, тут же легко успокаиваются, умиляются и т.д. Характерна нивелировка индивидуальных особенностей личности. Преобладают эгоцентризм, сужение круга интересов, эмоциональная черствость, ворчливость, подозрительность.

- Третья стадия проявляется нарастающей деменцией, чаще парциальной. Преобладает нарушение памяти в виде прогрессирующей гипомнезии на текущие и прошлые события. Оно сочетается со снижением уровня суждений, замедленностью и ригидностью психических процессов, астеническими проявлениями. Наблюдаются периоды углубления и ослабления признаков деменции. В головном мозге обнаруживаются постинфарктные кисты или диффузная ишемическая деструкция области белого подкоркового вещества (субкортикальная лейкоэнцефалопатия).

16. ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия – нервно-психическое заболевание, проявляющееся повторными судорожными или бессудорожными пароксизмами, имеющее прогрессирующее течение и приводящее к нарастающим изменениям личности или специфическому эпилептическому слабоумию. Распространенность достигает 4-5 больных на 1000 населения.

Общая классификация припадков:

I. Судорожные

1. Большой припадок
2. Abortивный тонический
3. Abortивный клонический
4. Джексоновский моторный
5. Изолированная аура

II. Бессудорожные

1. Малый припадок – абсанс.
2. Эпилептический автоматизм:
 - а) психомоторный;
 - б) психосенсорный.
3. Психический эквивалент:
 - а) нарушения сознания (сумеречное и др.);
 - б) нарушения настроения (дисфория и др.).
4. Джексоновский сенсорный.

Изменения личности при эпилепсии.

Характерна вязкость (торпидность) психических процессов и эгоцентризм.

Мышление вязкое с ненужными подробностями в речи. С трудом меняют тему разговора, возвращаются к одному и тому же вопросу. «Застревают» те или иные эмоциональные состояния. Ущемление интересов, отступление от выработанного ими порядка вызывает раздражение, гнев или агрессию. Больные долго помнят нанесенные обиды, стараются отомстить при удобном случае.

Наблюдается утрированная аккуратность, педантичность, мелочность. Деятельность кропотливая, излишне тщательная. Любят чистоту и порядок, раздражаются, если кто-то трогает их вещи. К тем, от кого они зависят, подчеркнуто вежливы, льстивы, подобострастны. К остальным требовательны, жестоки, деспотичны. Заявляют о необходимости соблюдать правила, дисциплину, но в своих целях могут их нарушать. Ссылаясь на болезнь, стараются получить те или иные преимущества (например, индивидуальное послабление режима пребывания на отделении).

Постепенно развивается *эпилептическое (концентрическое) слабоумие*, выражающееся в сужении круга интересов на эгоцентрических аспектах текущей ситуации. Интересы постепенно упрощаются, становятся приземленными (быт, собственное здоровье). Снижается уровень суждений, уменьшается словарный запас. Исчезает способность отличать главное от второстепенного, появляется конкретное мышление. Утрируется мелочность, льстивость, больные нелепо используют уменьшительно-ласкательные суффиксы. Снижается память на все, что не значимо для больных. Мимика бедная.

Эпилептические психозы возникают у 2-5% больных эпилепсией.

Острые психозы разнообразные. Сумеречное помрачение сознания с психотической симптоматикой (возбуждением, бредом, галлюцинациями, агрессией). Пароксизмально возникающие психозы с внезапным началом, стереотипностью и малой продолжительностью, проявляющиеся фантастическими сноподобными состояниями либо отрывочным бредом преследования, слуховыми и зрительными галлюцинациями.

Хронические психозы проявляются дисфорической депрессией, бредовыми состояниями (персекуторными, воздействия, бытового содержания).

Задачей **терапии эпилепсии** является установление контроля над частотой припадков при как можно меньшей выраженности побочных эффектов.

Основными препаратами являются антиконвульсанты. Их назначают с наименьших доз и медленно повышают; изменения в терапии осуществляют осторожно и постепенно; дальнейшее лечение проводится непрерывно в течение многих лет; отмена препарата осуществляется после полного отсутствия пароксизмов в течение не менее 3 лет, осуществляются постепенно – в течение года; предпочтительна монотерапия; необходим непрерывный прием препарата в течение лечения.

Помимо противосудорожных, используют ноотропы (Энцефабол, Пикамилон, Глутаминовую кислоту), витамины группы В. Для смягчения изменений личности, дисфорических состояний, депрессии применяют Карбамазепин.

Одним из осложнений при эпилепсии является **эпилептический статус** – повторяющиеся припадки (чаще всего тонико-клонические) без восстановления сознания между ними. Представляет непосредственную угрозу для жизни.

Таблица 3. Купирование эпилептического статуса.

№ мероприятия	Средство	Путь введения	Доза
1	<ul style="list-style-type: none"> • Хлоралгидрат 2% р-р • Глюкоза 40% р-р • Оксалидин 2% р-р 	клизма в/в в/м	30-50 мл 20 мл 0,5 мл
2	<ul style="list-style-type: none"> • Амитал натрия 5% р-р • Сульфат магнезии 25% и Глюкоза 40% р-р 	в/м в/в в одном шприце	5 мл 5 мл 15 мл
3	<ul style="list-style-type: none"> • Седуксен 0,5% р-р и Маннитол 10% р-р 	в/в медленно в одном шприце	2 мл 5 мл/кг веса
4	<ul style="list-style-type: none"> • Оксипутират натрия 20% р-р • Сульфат магнезии 20% р-р 	в/в медленно в/м	0,5 мл/кг веса 5 мл
5	<ul style="list-style-type: none"> • Спинномозговая пункция 	Вывести	5-10 мл ликвора
6	<ul style="list-style-type: none"> • Гексенал 5% р-р 	в/м	0,5 мл/кг веса

Перечисленные мероприятия проводятся последовательно с промежутками в 15 минут до купирования статуса. Возможно применение по показаниям сердечных средств (кроме Камфоры). Если после всех мероприятий статус не прекратился – весь перечень повторить. При неудаче дать наркоз с управляемым дыханием.

17. НЕВРОЗЫ

Невроз – функциональное расстройство нервной системы, характеризующееся разнообразными соматовегетативными и эмоциональными нарушениями.

К неврозу предрасполагают интра- и перинатальные вредности, следствием которых являются явления минимальной мозговой дисфункции. Вместе с соматическими заболеваниями они образуют патологически измененную органическую почву.

Для невроза характерно:

- Обратимость симптомов, независимо от длительности их существования.
- Психогенная природа заболевания с содержательной и временной связью между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и конфликтной ситуацией.
- Наличие у пациента критики к своему состоянию.
- Преобладание эмоциональных и соматовегетативных расстройств.

В патогенез неврозов особое место занимает невротический конфликт, патогенное влияние которого обуславливается неспособностью больного разрешить его. Внешний конфликт определяется столкновением нарушенных отношений личности с требованиями окружающей среды. Внутриличностный конфликт, обусловлен противоречивыми желаниями, мотивами и позицией личности.

К **общим неврозам** относятся неврастения, невроз навязчивых состояний, истерический невроз. В их клинической картине преобладают эмоциональные расстройства – страх, тревога, раздражительность, эмоциональная лабильность и др. Разновидностями указанных неврозов являются ипохондрический невроз, фобический невроз, невротическая депрессия. Общие неврозы формируются, как правило, в молодом и зрелом возрасте.

Для **неврастении** характерны истощаемость психических процессов и специфические эмоциональные нарушения в виде дистимии. Больные быстро устают от любой нагрузки – как физической, так и интеллектуальной. Отмечается быстрая смена эмоций. Раздражительность, недовольство легко сменяются плаксивостью, раскаянием. Характерны нарушения засыпания, бессонница. Отмечается снижение аппетита. Легко возникают проявления вегетососудистой дистонии. Типичны головные боли в виде «стягивающего обруча» («каска неврастеника»).

Симптоматика возникает и усиливается под влиянием психотравмирующего фактора. Его патогенность зависит от неправильных личностных установок индивида, лишаящих его возможности продуктивно разрешить невротический конфликт.

Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство). Навязчивости возникают непроизвольно, воспринимается больным как лишние, мешающие. Больные пытаются избавиться от них усилием воли, но это чаще всего не получается. Различают три варианта невроза навязчивых состояний:

- Для обсессивного варианта характерны различные по содержанию переживания, отвечающие критериям чуждости и непроизвольности. Навязчивые воспоминания касаются неприятных ситуаций, сопровождаются переживанием дискомфорта, стыда. Навязчивые сомнения проявляются неуверенностью в завершенности различных действий (многократно проверяют, закрыты ли двери, выключен ли свет и т.п.). При навязчивых опасениях беспокоятся за выполнение предстоящих действий (публичного выступления, экзамена, управления автомобилем и т.п.). Содержанием навязчивых представлений (овладевающие представления) являются реально не существующие сцены гибели, аварии, катастрофы и т.п. Представления полностью охватывают сознание, переживаются мучительно. При навязчивом счете пересчитывают окна зданий, этажи, пуговицы одежды и т.п. Содержание счета эмоционально не окрашено, но его непроизвольность переживается тягостно.

- Фобический вариант невроза навязчивых состояний проявляется навязчивыми страхами (фобиями). Наиболее часто наблюдается нозофобия –

боязнь за свое здоровье: канцерофобия (страх онкологического заболевания), кардиофобия (страх заболевания сердца), танатофобия (страх смерти, от греч. *thanatos* – смерть), фобии инфекционного заболевания, мизофобия (боязнь загрязнения, от греч. *mysos* – неопрятность, загрязнение). Встречается агорафобия (страх открытого пространства, от греч. *agora* – рыночная площадь), клаустрофобия (страх замкнутого пространства, от лат. *claustra* – запор, засов, преграда, закрытое место), айхмофобия (страх острых предметов, от греч. *aichme* – острый), гипсофобия (страх высоты, от греч. *hypsos* – высота). Фобии часто сопровождаются защитными действиями – ритуалами, снижающими навязчивый страх. Например, для мизофобии типично навязчивое мытье рук. Могут быть символические ритуалы, при которых форма защитного действия не имеет прямого отношения к содержанию страха.

- При обсессивно-компульсивном варианте в клинической картине наблюдаются контрастные идеи, влечения, движения, действия. Их содержание противоречит нравственным установкам больного, что обуславливает их мучительность и тягостность (во время присутствия на похоронах у больного возникает мысль рассмеяться (хульная мысль); в общественном месте возникает непреодолимое желание совершить непристойный поступок). Навязчивые движения чаще всего проявляются тиками – произвольными движениями в различных группах мышц: лица (наморщивание лба, моргание), плечевого пояса (подергивание плечами), респираторными тиками (покашливание, хмыканье, шмыганье носом).

Истерический невроз в настоящее время носит название «Диссоциативное и конверсионное расстройство». Проявляется разнообразными нарушениями – соматовегетативными, двигательными, чувствительными, эмоциональными, возникающими в связи с психотравмирующими факторами. Предрасполагающими факторами формирования истерического невроза являются такие особенности личности, как эгоцентризм, демонстративность, повышенный уровень притязаний, жажда безусловного признания, эмоциональная незрелость. Характерен внутриличностный невротический конфликт между желаемым и реально достижимым.

Симптомы возникают по механизмам диссоциации (отщепления, вытеснения) и конверсии (превращения) и соответствуют принципу «условной желательности» – их наличие избавляет пациента от необходимости сталкиваться с психотравмирующим фактором.

Двигательные истерические нарушения проявляются истерическими припадками, параличами, парезами, астазией-абазией, афонией и др.

Истерическая анестезия не соответствует зонам чувствительной иннервации, проявляется по типу носков, перчаток. Встречается истерическая глухота, слепота.

Истерические соматовегетативные нарушения чаще всего проявляются своеобразными болями в животе и сердце, нарушением акта глотания и др. Характерно отсутствие органических поражений соответствующих органов.

При **системных (моносимптомных) неврозах** возникает нарушение в той или иной отдельной функциональной системе.

К системным неврозам относятся невротическое заикание, тики, страхи, расстройства сна и аппетита, энурез, энкопрез, патологические привычные действия (сосание пальца, раскачивание, выдергивание волос и др.), расстройства сна. Системные неврозы более характерны для детского и подросткового возраста. У взрослых диагностируют соматоформные расстройства.

Лечение неврозов.

Основным патогенетическим методом лечения невроза является психотерапия, направленная на работу с личностью пациента (отказ от дезадаптивных невротических установок, выработка эффективных способов преодоления конфликта).

Дополнительно в ряде случаев могут назначаться психофармакологические препараты. Для купирования тревоги и эмоционального напряжения применяют транквилизаторы (Диазепам, Феназепам). При нарушении сна применяют Нитразепам или «мягкие» нейролептики седативного действия (Тиоприд, Тералиджен, Тиоридазин, Хлорпротиксен). При невротической депрессии назначают антидепрессанты.

Для укрепления общего состояния больного, повышения устойчивости к психотравмам используются неспецифические методы воздействия: физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, режимные мероприятия и др.

18. СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Основным в клинической картине является наличие жалоб на соматические нарушения без реальной органической основы.

У предрасположенных лиц обнаруживается невропатическая конституция – потенциально патогенная психовегетативная организация личности (нарушение сосудистой иннервации, терморегуляции и потоотделения, трофические изменения, изменения обмена веществ и т.п.).

Предрасположенность к соматоформным расстройствам проявляется *психовегетативным синдромом* (Thiele W., 1934) (вегетативная дистония, астеновегетативный синдром и др.) – нарушением нормального функционирования одной или нескольких регулирующих систем (центральная и вегетативная нервная система, гормональная, иммунная и др.). Имеется наследственная предрасположенность.

Психовегетативному синдрому свойственна триада симптомов: 1) нарушение общего самочувствия (снижение настроения, подавленность, аффективная неустойчивость); 2) нарушение поведения (проблемы с питанием, сексуальные проблемы; утомляемость, непереносимость нагрузок, расстройство сна, метеозависимость, изменение болевого порога, склонность к аллергии); 3) нарушение функции органов (шум в ушах, тики, нарушение ощущений в висцеральных системах организма).

Среди соматоформных расстройств различают относительно локализованные нарушения функций сердечно-сосудистой (кардиалгический синдром), дыхательной (синдром нарушения ритма дыхания), пищеварительной системы (невротическая икота, спазм пищевода, рвоты, гастралгии, раздраженная кишка), сексуальные нарушения.

Соматизированное расстройство характеризуется множественными, повторно возникающими, часто видоизменяющимися соматическими симптомами. Неоднократные обследования не выявляют никаких серьезных органических изменений.

Соматизированные психические нарушения могут развиваться при различных психических расстройствах. Часто ставится диагноз другого психического или соматического заболевания. Заболевание начинается в возрасте до 30 лет. Соматические жалобы не прекращаются на протяжении нескольких лет. Наблюдаются жалобы на боли в различных органах, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, половой сферы, псевдоневрологические проявления.

Соматизированное расстройство реализует механизм адаптации психоэмоциональных расстройств (тревоги, депрессии). Самой существенной особенностью этих состояний является их психическая природа, из которой вытекают разнообразные соматические симптомы. «Соматические» (в действительности псевдосоматические) жалобы выступают на первый план, а собственно психические расстройства прячутся за ними, оставаясь незамеченными как врачом, так и пациентом.

Отсутствие соматической патологии способствует концентрации врача на соматических жалобах и всевозможных обследованиях, вызывает своеобразный конфликт между объективным и субъективным состоянием здоровья, а также заставляет пациентов еще больше фиксироваться на состоянии здоровья, что усугубляет дальнейшую соматизацию расстройства.

19. РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Возникают в связи с тяжелым эмоциональным потрясением (психической травмой).

Характерна триада К. Ясперса:

- Психоз развивается непосредственно после психической травмы.
- Содержание психической травмы отражается в переживаниях.
- Течение заболевания зависит от интенсивности воздействия психической травмы (в частности, полная редукция клинических проявлений после устранения воздействия психотравмирующего фактора).

Острые (шоковые) психозы.

Аффективно-шоковые реакции возникают в ситуации сильной и внезапно возникающей психической травмы с непосредственной угрозой для жизни (катастрофа, авария, пожар, террористический акт) или тяжелым потрясением

(неожиданное известие). Могут быть причиной паники, опасного поведения при катастрофе. Остро возникают тревога, страх, развивается аффективное сужение сознания с дезориентировкой, последующей амнезией.

Характерны две формы:

Реактивное возбуждение длится до 15-25 минут – хаотическое возбуждение с беспорядочными движениями, бессмысленными поступками, стремлением к бегству (во время пожара может выпрыгнуть из окна).

Реактивный ступор длится от нескольких часов до 2-3 дней – не способны двигаться, отвечать на вопросы, совершать действия, безучастны к происходящему, взгляд устремлен в пространство.

Помимо аффективно-шоковых реакций, выделяют острые психозы страха, острую психогенную речевую спутанность, патологический аффект, «реакцию короткого замыкания». Они развиваются, например, на фоне конфликтов.

Подострые психозы продолжаются недели и месяцы.

При *реактивной депрессии* наблюдается переживание тоски, беспомощности, двигательная заторможенность, суицидальная настроенность. Симптоматика тесно связана с психотравмирующей ситуацией (при потере близких они обвиняют себя в их смерти, в невнимательности к ним). Нарушен сон, снижен аппетит.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается после трагических событий (гибель семьи, потеря жилья, насилие). Отмечаются навязчивые воспоминания о перенесенном стрессе, расстройства сна (кошмарные сновидения), ощущение внутреннего оцепенения, отсутствие реакции на окружающее, ангедония. Характерно, что пациенты не считают себя больными, отказываются от предлагаемой помощи, болезненно воспринимают внимание со стороны окружающих, проявляют недоверие к врачам.

Реактивные параноиды проявляются идеями отношения, преследования, физического уничтожения, возникающими в связи с нахождением больного в психотравмирующей обстановке (угрожающей для жизни ситуации военного времени, длительной вынужденной поездке, тюремном заключении, пребывании в иноязычной среде). Бред часто сочетается с истинными вербальными галлюцинациями, отражающими психотравмирующую ситуацию. Больные могут проявлять агрессию, совершать неожиданные поступки (например, выпрыгнуть из поезда). При изъятии больного из психотравмирующей обстановки психоз быстро редуцируется.

Реактивный галлюциноз проявляется наплывом галлюцинаций, отражающих психотравму, чаще всего истинных слуховых, зрительных. Галлюцинации обычно усиливаются в вечернее и ночное время.

Истерические психозы возникают в ситуациях тюремного заключения, утраты (смерти родственников, разрыва отношений). К ним относятся:

- Истерическое сумеречное помрачение сознания (синдром Ганзера). Возникает остро, проявляется сужением сознания, дезориентировкой, демонстративностью поведения (плач, смех, эпизоды застывания и возбуждения). Характерны «мимо-ответы» (неправильные, но в рамках поставленного вопроса),

«мимодействия» (не может правильно совершить простые действия). Нередко возникают галлюцинации, отражающие психотравмирующую ситуацию. Полного выключения психических реакций (как при аффективно-шоковых психозах) не происходит. По выходе отмечается фрагментарная амнезия.

- При псевдодеменции отмечается менее глубокое, чем при синдроме Ганзера, сужение сознания. Наблюдается картина мнимой потери знаний и навыков. Пациенты беспомощны, демонстрируют, что не могут одеваться, есть, считать и т.п. Характерны ответы «не знаю», «не помню», а также «мимответы» и «мимодействия», связанные с психотравмирующей ситуацией и прямо противоположные правильным (надевает обувь на руки).

- Пуэрилизм проявляется детским поведением. Больные называют себя маленькими, просят взять их на руки, играют в куклы. Речь с детскими интонациями.

- Синдром регресса психики («одичания») проявляется более глубоким распадом психики. Больные ползают на четвереньках, перестают пользоваться речью, едят руками.

- Истерический ступор – обездвиженность, мутизм, повышение мышечного тонуса, сужение сознания на фоне эмоционального напряжения. Сохраняется выразительность мимики (угрюмость, страдание, отчаяние). Напоминание о психотравме вызывает выраженную вегетативную реакцию.

- Синдром бредоподобных фантазий характеризуется яркими идеями величия, богатства, особой значимости. Идеи изменчивые, зависят от внешних обстоятельств, связаны с психотравмой (замещают ее в фантастически-гиперболизированной форме).

Затяжные психозы.

Развиваются в результате неблагоприятного течения подострых. Могут быть различные клинические варианты:

- Длительно сохраняется тот же синдром (однотипный психоз).
- Смена и видоизменение синдромов (трансформирующийся тип) – депрессия с псевдодеменцией, бредоподобными фантазиями, ступором.

- Психоз приобретает вялопрогредиентное течение – чаще на фоне органических поражений головного мозга, астении. Нарастает психомоторная заторможенность, физическое истощение с трофическими и соматовегетативными нарушениями. Психотравма утрачивает актуальность, симптоматика острого периода становится рудиментарной.

Лечение реактивных психозов.

Аффективно-шоковые реакции чаще всего требуют не лекарственной терапии, а психологической поддержки и организации спасения.

Интенсивное психомоторное возбуждение, панику, тревогу, страх можно купировать внутривенным или внутримышечным введением транквилизаторов (Диазепам). При их неэффективности транквилизаторов применяют нейролептики (Галоперидол, Хлорпромазин, Хлорпротиксен).

Реактивную депрессию лечат седативными антидепрессантами (Пароксетин, Флувоксамин, Амитриптилин, Миансерин) и транквилизаторами (Диазепам), в сочетании с психотерапией (беседы, рациональная, когнитивная психотерапия).

При посттравматическом стрессовом расстройстве показаны транквилизаторы, антидепрессанты, мягкие нейролептики, в сочетании с психотерапевтическими беседами, направленными на преодоление нежелания больных принимать помощь.

Реактивный параноид купируется назначением нейролептиков. При тревоге, растерянности, психомоторном возбуждении показаны седативные препараты (Хлорпромазин, Хлорпротиксен, Клозапин), при подозрительности, недоверчивости, бреде преследования – с антипсихотическим действием (Галоперидол, Рисперидон).

При истерических психозах назначают небольшие дозы нейролептиков (Тиоридазин, Хлорпротиксен, Левомепромазин, Рисперидон, Сульпирид) в сочетании с директивной психотерапией (внушение в бодрствующем состоянии, гипноз).

20. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Представляют собой патологические варианты личности, которые отличаются дисгармонией психических проявлений, неадекватным реагированием как на обычные, так и на чрезвычайные раздражители, затрудняющие социальную адаптацию.

Характерна триада критериев П.Б. Ганнушкина - О.В. Кербикова:

- Тотальность патологических черт характера. Патологические черты определяют весь психический облик индивида.
- Их относительная стабильность. В течение жизни патологические черты не претерпевают каких-либо изменений.
- Их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию.

В происхождении *ядерных* (конституциональных) расстройств личности ведущую роль играет наследственный характер. Наследуются некоторые компоненты личности (темперамент, психомоторика, особенности влечений). Наряду с наследственностью, имеют значение экзогенно-органические поражения мозга во внутри- и внеутробном периодах развития (инфекции, интоксикации, травмы).

К *краевым* расстройствам личности относят патологическое развитие личности. Оно развивается под воздействием неблагоприятных средовых факторов (неправильного воспитания, социальных условий и др.)

В случае преобладания экзогенно-органического фактора говорят об *органических расстройствах личности*.

Клинические разновидности расстройств личности.

Гипертимное расстройство личности характеризуется преобладанием радостного настроения, общительности, стремлением к лидерству. Нередко обладают творческими способностями, добротой, отзывчивостью. Быстро откликаются на все новое, энергичны и предприимчивы. Отрицательными свойствами являются поверхностность, непостоянство интересов и привязанностей, склонность к развлечениям. С трудом удерживаются в рамках установленных правил поведения. Существует опасность злоупотребления алкоголем, психоактивными веществами. Характерно пикническое телосложение: склонность к полноте, округлые пропорции, мягкие черты лица, выразительная мимика.

Циклоидное расстройство личности – чередование гипертимных и гипотимных проявлений. Подъемы настроения субъективно воспринимаются как периоды здоровья и расцвета сил. Снижение настроения сопровождается снижением работоспособности, соматическими расстройствами.

Лабильное расстройство личности проявляется изменчивостью настроения, инфантильностью, склонностью к невротическим реакциям.

При *эксплозивном (эпилептоидном)* расстройстве личности наблюдается склонность к дисфориям, патологический эгоцентризм, застреваемость. Вспышки злобы и гнева возникают по незначительному поводу. Имеется высокая опасность серьезных правонарушений. В центре внимания находится собственная личность. Болезненно реагируют на ущемление своих интересов, склонны к скандалам. Вязкость проявляется мелочностью, придирчивостью к окружающим, часто третируют родных и близких («домашний тиран»). Встречается патология влечений – приступы неудержимого пьянства (дипсомания), азартность, акты жестокости, парафилии. Могут сочетаться страстная любовь и патологическая ревность.

Неустойчивое расстройство личности проявляется слабостью волевого контроля над своим поведением, отсутствием чувства долга. Несамостоятельны, легко попадают под чье-либо влияние. Интересы нестойкие. Склонны к пустому времяпрепровождению, лени, скуке. Легко подчиняются дурному влиянию, втягиваются в азартные игры, злоупотребление алкоголем, антисоциальное поведение – воровство, бродяжничество. Основной мотив поведения – получение удовольствия.

Истероидное расстройство личности отличается эгоцентризмом, желанием привлечь к себе внимание, отсутствием объективной оценки самого себя. Характерен высокий уровень притязаний, «стремление казаться больше, чем это на самом деле есть». Любят командовать, публично выступать, ревниво относятся к чужим успехам. С целью привлечь к себе внимание часто выдумывают о себе необыкновенные истории, в которых выступают в центральной роли. Могут прибегать к самооговорам, присваивая себе отрицательные поступки (например, участие в бандах), а также к оговорам, обвиняя в тех или иных поступках окружающих. С потребностью вернуть утраченное внимание определенных лиц связан суицидальный шантаж и демонстративные суицидные попытки.

Паранойяльное расстройство личности характеризуется образованием сверхценной идеи (изобретательства, реформаторства и т.п.), которая определяет все поведение. Крайне упорно отстаивают свои идеи, болезненно реагируют на несогласие. Внешнее сопротивление чаще всего усиливает аффективное сопровождение идей и борьбу. Разновидностью паранойяльных личностей являются фанатики, которые посвящают свою жизнь служению одной идее, одному делу. В зависимости от содержания идей, поведение может быть социально опасным.

Психастеническое расстройство личности – нерешительность, мнительность, склонность к возникновению страхов, тревожных опасений. Характерна боязнь всего нового, чрезмерное волнение за здоровье и благополучие близких и себя. Отмечается склонность к сомнениям, болезненная нерешительность. С тревожным и неуверенным отношением к окружающему связана аккуратность и приверженность к установленному порядку и режиму. Легко возникают различные навязчивые переживания. Возможны ипохондрические опасения.

Шизоидное (аутистическое) расстройство личности характеризуется отсутствием способности и стремления устанавливать контакты с окружающими. Замкнутые, оторванные от внешнего мира. Снижена потребность в общении. Выглядят странными и непонятными, отличаются причудливостью эмоций и поведения. Отмечается однообразие мимики, скудность и угловатость движений. При этом характерно богатство внутренней жизни (фантазирование). Успешно учатся, приобретают глубокие знания по частным вопросам. В дальнейшем могут успешно работать в какой-либо узкой области. Мышление шизоидов характеризуется отрешенностью от действительности, склонностью к формальным, далеким от реальной жизни построениям. Уже в дошкольном возрасте отсутствует свойственная детям эмоциональная живость. Могут рано начать читать, нередко дословно воспроизводя прочитанное. Поражают недетским интересом к вопросам истории, астрономии и т.п., изучают календари, составляют схемы, карты.

Сенситивные личности отличаются впечатлительностью, застенчивостью, избирательной привязчивостью. Из-за чрезвычайной ранимости и обидчивости они нередко становятся предметом насмешек. Рано формируется высокое чувство долга, ответственности, чрезмерные моральные требования к себе и другим. Характерно чувство собственной неполноценности, боязнь оценки.

Астеническое расстройство личности проявляется повышенной утомляемостью, раздражительностью, ипохондричностью. Трудно переносят психические нагрузки (умственное напряжение, эмоциональные переживания). Кратковременные аффективные реакции легко возникают и быстро угасают, сменяясь раскаянием.

Лечение расстройств личности направлено на купирование симптомов тревоги, дисфории, депрессии, коррекция патологических защитных механизмов и поведенческих реакций.

Лекарственная терапия проводится непродолжительными курсами, строго индивидуально, определяется клиническими признаками декомпенсации лич-

ностных расстройств и типом реакции. В связи с высокой вероятностью развития зависимости, транквилизаторы необходимо назначать с большой осторожностью.

Психотерапия направлена на гармонизацию поведения и достижение стабильной социальной адаптации индивида. Применяются методы групповой, семейной и индивидуальной психотерапии. Групповая терапия ориентирована на коррекцию дезадаптирующих патохарактерологических девиаций и аномального поведения пациента. К основным методам индивидуальной психотерапии относятся психодинамический метод, гештальт-терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия.

21. ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Наркозависимость представляет собой состояние периодической или хронической интоксикации наркотическим веществом (натуральным или синтетическим), следствием которой является формирование патологического влечения и тенденция к повышению дозы принимаемого вещества, возникновение психической и физической к нему зависимости. К веществам, вызывающим зависимость, относят те, которые оказывают положительный эмоциональный и тонизирующий эффект.

Психоактивное вещество (ПАВ) – любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменить настроение, физическое состояние, самоощущение, восприятие окружающего, поведение, либо давать другие, нежелательные психофизические эффекты, а при систематическом приеме вызывать психическую и физическую зависимость. ПАВ делятся на наркотические, токсические и лекарственные средства с психотропным эффектом («психотропные» вещества). Последние разрешены к применению Фармакологическим комитетом РФ.

Под *наркотическим* понимают вещество, которое оказывает специфическое действие на психические процессы – седативное, стимулирующее, галлюциногенное и др. (медицинский критерий). Использование этого вещества приобретает масштабы «эпидемии» (социальный критерий). Это вещество включено в «Список наркотических средств МЗ РФ» (юридический критерий).

ПАВ, не отнесенное к списку наркотиков, называется *токсическим*. К наркотикам оно формально не отнесено, т. к. невозможно запретить хранение и перевозку (алкоголь, табак, средства химии). Тем не менее, оно обладают всеми свойствами наркотиков. Часто последствия их употребления более тяжелые, чем наркотиков (токсическое поражение). Патогенетически наркомания и токсикомания часто схожи.

Распространенность употребления тех или иных наркотиков определяется социальными факторами, обычаями, религиозными воззрениями. В России непрерывный рост наркотизации отмечается с середины 80-х годов, пик пришелся на конец 90-х годов. Число подростков, больных наркоманией, с 1994 по 1997 годы увеличилось в три раза и достигло уровня «эпидемии».

Таблица 2. Группы психоактивных веществ.

Опиаты	Природные алкалоиды (Морфин, Кодеин, Омнопон и др.) Полусинтетические производные (Героин) Синтетические вещества (Промедол, Фентанил, Метадон)
Каннабиноиды	Препараты конопли (марихуана и ее аналоги, гашиш)
Кокаин	Кокаин
Стимуляторы ЦНС	Амфетамины (Эфедрон, Фенамин, Первитин и др.) Кофеин и др.
Галлюциногены	Псилоцибин, Месклин, ЛСД-25, Фенциклидин, Кетамин
Снотворные и седативные средства	Барбитураты (Барбитал, Нембутал, Циклобарбитал и др.) Бенздиазепины (Нитразепам, Диазепам, Хлордиазепоксид, Рогипнол и др.) уреиды (Бромурал) Пиперидины (Ноксирон) Оксибутират натрия, Мепробамат, Зопиклон и др.
Холинолитические средства	Тригексифенидил (Циклодол), Атропин, Димедрол, Астматол
Летучие ароматизированные вещества (ЛАВ)	Эфир, хлороформ, бензин, органические растворители (толуол, бензол, перхлорэтилен и др.) Средства бытовой химии на их основе (краски, клей, пятновыводители, аэрозоли)

Клиника наркотического опьянения складывается из психопатологических (изменение настроения, восприятия, мышления, сознания) и соматовегетативных проявлений (изменение зрачка, температуры тела, сухость слизистых, пото- и слюноотделение, повышение давления, изменение ритма сердца и др.).

Среди психопатологических проявлений центральное место занимает эйфория. Для эйфории при опиатном опьянении характерны ощущение покоя, блаженства, комфорта, сосредоточенность на внутренних ощущениях, ожидание наркотических эффектов (см. таблицу 3). При употреблении каннабиноидов отмечается неудержимое веселье, радость, сопутствующее изменение восприятия (метаморфозии, расстройства схемы тела), сужение сознания. При опьянении стимуляторами возникает ощущение общего подъема жизненного тонуса, повышенная общительность, говорливость, ускорение мышления, сенсорная гиперпатия. Для употребления кокаина характерно состояние «интеллектуального просветления». При опьянении ЛСД на первом плане расстройства восприятия (синестезии), при использовании холинолитических средств – нарушение сознания (делирий).

Таблица 3. Клиническая картина опиатного опьянения.

Фаза	Клинические проявления
1	а) ощущение поднимающейся теплой волны (от поясницы и живота вверх) через 10-30 секунд, сопровождается тактильным ощущением «воздушного покалывания» б) гиперемия лица, сужение зрачков, сухость во рту, зуд кончика носа, подбородка, лба в) ощущение «распираания от радости» в груди, голова становится легкой, появляется чувство прозрения, чувство, что «все вокруг ясное и блестящее» г) двигательная заторможенность, сосредоточенность на телесных ощущениях

2	а) возбуждение сменяется тихим покоем («нирвана»), сопровождающимся ощущением тяжести и тепла в руках и ногах б) исчезновение всех желаний (голод, жажда) и проблем («желание, чтобы только оставили в покое») в) грезоподобные фантазии (визуализированные представления) – «могу слышать любую музыку», могу «заказать» любую мечту г) полная сосредоточенность на внутренних ощущениях, невосприятие внешних раздражителей (только очень сильных)
3	поверхностный сон (2-3 часа)
4	плохое самочувствие, головная боль, беспокойство, тревожность, тошнота, головокружение, мелкий тремор рук, языка, век

Клиника наркомании определяется тремя ведущими синдромами – синдромом измененной реактивности, синдромом психической и физической зависимости.

На *донозологическом* этапе (аддиктивное поведение, наркотизм) отмечается «поисковый полинаркотизм» – употребление различных по механизму действия и эффектам наркотиков с целью «коллекционирования ощущений». В продроме заболевания отмечается предпочтение определенного вида наркотика. Появляется желание воспроизвести состояние опьянения, активный поиск наркотика и исчезновение защитных реакций. Регулярность приема наркотика – один из первых признаков наркомании. Это приводит к ослаблению действия и увеличению толерантности.

Синдром измененной реактивности включает в себя:

а) изменение формы потребления – перехода от эпизодического приема к периодическому и постоянному;

б) изменение толерантности – повышение переносимости наркотика. Наступает в различные сроки от начала заболевания в зависимости от вида наркомании (например, при морфинизме через 2-4 недели). На высоте развития болезни (2 стадия) толерантность возрастает в 5-10 раз (барбитураты), 8-12 раз (алкоголь), 100-200 раз (опиаты) – 2,0-2,5 г снотворных, 1,0-2,0 л. водки и 2,0-5,0 г морфина;

в) исчезновение защитных реакций, проявляющееся при алкоголизме в утрате защитного рвотного рефлекса: при опиизме – инициального зуда, при барбитуризмe и гашишизмe – профузного пота при передозировке, икоты, слюнотечения, чувства тошноты, рвоты, головокружения; д) изменения формы опьянения;

г) трансформацию опьянения - постепенное исчезновение седативного эффекта – снижается интенсивность эйфории, максимальная доза не вызывает начальной остроты ощущений, а превышение дозы приводит к отравлению с острой вегетативной декомпенсацией. В дальнейшем эйфорический или стимулирующий эффекты исчезают, наркотик действует лишь тонизирующе.

Синдром психической зависимости проявляется психическим (обсессивным) влечением – постоянные мысли о наркотике, подъем настроения в предвкушении приема, подавленность и неудовлетворенность в его отсутствии, достижение психологического комфорта лишь в состоянии опьянения. Перестра-

ивается психическая жизнь больного и его отношения с окружающими, меняется социальная ориентация. Ситуации оцениваются с точки зрения их способности к достижению или препятствию наркотизации. Возможно волнообразное течение психического влечения: исчезновение его после первой госпитализации, тяжелой интоксикации, передозировки и обострение при эмоциональном напряжении, конфликтных ситуациях, встречах с компанией наркоманов, разговорах на тему о наркотиках.

Синдром физической зависимости складывается из физического влечения и абстинентного синдрома.

Физическое (компульсивное) влечение выражается в неодолимом стремлении к приему наркотика. Оно превосходит и вытесняет другие витальные влечения – голод, жажду. Сексуальное влечение ослаблено и практически отсутствует. Компульсивное влечение становится определяющим мотивом поведения. В отличие от обсессивного влечения, оно сопровождается соматовегетативными проявлениями – гипергидрозом, сухостью во рту, тремором, мидриазом, гиперрефлексией.

Абстинентный синдром развивается в различные сроки после последнего приема наркотика. При опиомании и гашишизме – через 20-24 часа, при барбитуризме – к концу первых суток. Сроки от начала заболевания, через которые формируется абстинентный синдром, также различные: 5-8 недель – при опиомании, 6 месяцев – при барбитуризме, 12-18 месяцев – при гашишизме.

Таблица 4. Опиатный абстинентный синдром.

Фаза	Симптомы
1	возрастание неудовлетворенности, напряжение; непреодолимый поиск наркотика; мидриаз, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, «гусиная кожа», исчезновение сна и аппетита;
2	озноб, жар, приступы потливости, «гусиная кожа»; чувство неудобства в мышцах спины, ног, шеи, рук («желание потянуться», «как будто отсидел ногу»); двигательное беспокойство; боли в межчелюстных суставах и жевательных мышцах (усиливаются в начале еды и при мысли о еде); усиление симптомов первой фазы – пароксизмальное чихание до 50-100 раз, интенсивная зевота («сводит челюсти»);
3	мышечные боли – «сводит, тянет, крутит»; судороги периферических мышц (икроножные, ступни); повышенная потребность в движении (вначале боли исчезают, а потом вновь усиливаются – «не могу найти себе места»);
4	к симптомам 3-й фазы добавляются: диспепсия, боли в животе, кишечнике, 1-2-х кратная рвота, жидкий стул до 10-15 раз, сопровождается тенезмами; субфебрилитет, умеренное повышение АД, тахикардия, гипергликемия, повышение свертываемости крови; зуд вен («хочется зубами вырвать»); снижение веса тела (на 10-12 кг); отвращение к курению.

Абстинентный синдром в зависимости от вида наркомании относительно специфичен, что позволяет проводить дифференциальную диагностику.

Специфические симптомы при *опийной* абстиненции выражаются в болях в крупных мышцах спины, нижних конечностей, реже шеи («сводит», «тянет», «крутит»). Больные напряжены, настроение угрюмо-злобное с чувством безнадежности. Влечение к наркотику компульсивное, с целью получения препарата больные совершают тяжелейшие правонарушения.

Для *барбитуратовой* абстиненции характерны грубая атаксия, боли в крупных суставах (коленных, плечевых, локтевых) боли в желудке, сопровождающиеся рвотой и выраженное депрессивно-дисфорическое настроение с тревогой.

Абстинентный синдром при *гашишизме* отличается преобладанием сенестопатий (ощущения тяжести и сдавления в груди, сжатия в голове, жжения на коже и под кожей, неприятного покалывания, дергания, неопределенных неприятных ощущений во внутренних органах). Это сопровождается эмоциональной лабильностью, плаксивостью, капризностью, тревожным беспокойством.

Абстиненция при *кодеиномании* неспецифична, маловыраженная, проявляется обострением компульсивного влечения, нарушениями сна, потливостью, насморком, умеренными болями в нижних конечностях, а также общей подавленностью.

При некоторых *токсикоманиях*, например ЛАВ, абстиненция не развивается.

Систематическая наркотизация, вызывая вначале компенсаторное изменение реактивности организма к наркотику, приводит к качественному сдвигу гомеостаза. Для функционирования организма необходимо постоянное поступление наркотика.

Течение наркомании включает три стадии. Первая представляет адаптацию организма к постоянной наркотизации и клинически выражается синдромами измененной реактивности и психической зависимости (например, при опиомании она развивается после 3-5 инъекций героина, 10-15 морфина, 2-3 недели употребления настойки опия, 1 месяца употребления кодеина). Вторая (развернутая) характеризуется формированием физической зависимости с постоянной потребностью в наркотизации. Третья характеризуется нарастанием последствий наркотизации, появлением осложнений. На этой стадии отчетливо выступает нравственно-этическая деградация личности. Разрывают семейные отношения, бросают детей, прежних друзей, ведут паразитический образ жизни, совершают противоправные действия.

Часто наблюдаются осложнения за счет присоединения соматических, неврологических и психических нарушений. Они появляются обычно на 2-3 стадии, малоспецифичные и связаны, вероятно, с ненаркотическим действием наркотика. Отмечаются гепатит, цирроз печени, флебит, дистрофия миокарда, полиневриты, кариез, патологическое развитие личности, органическая деменция, острые и хронические психозы.

Таблица № 4. Стадии опиатной наркомании.

Стадии	Клинические проявления
1 стадия. Длительность: 2-3 мес. (героин) 3-4 мес. (опий) 1-2 года (опиофагия)	регулярное употребление с возрастанием дозы в 3-5 раз; дисхроноз; снижение аппетита (после инъекции усиливается аппетит к сладкому и жирному); снижен диурез, отмечается склонность к запорам, отсутствует кашель при простуде; кожный зуд при приеме наркотиков, постепенно исчезающий;
2 стадия. Развернутые клинические проявления – все 3 синдрома: СИР, СПЗ СФЗ («большой наркоманический» синдром)	исчезновение физиологического действия опиатов (диурез и кашель приходит в N, исчезает зуд, N сон, но зрачки всегда сужены); снижается интенсивность «прихода»; изменение 2 фазы опьянения (покой сменяется активностью); 3 фаза опьянения исчезает; наркотическое опьянение – единственное комфортное состояние; абстинентный синдром;
3 стадия. «Большой наркоманический» синдром; синдром последствий наркотизации	снижение толерантности на 1/3; изменение действия наркотика (стимулирующее); быстрое возникновение АС; слабая выраженность вазомоторных проявлений АС (истощение); последствия наркотизации: а) астения; б) изменение личности; в) соматическое истощение.

Зависимость от алкоголя (алкоголизм).

Представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание, связанное со злоупотреблением алкоголем, проявляющееся патологическим влечением и зависимостью от него. Исход характеризуется деградацией личности.

Алкогольное опьянение бывает простым, осложненным и патологическим.

- Простое опьянение. Для легкой степени характерна эйфория, разговорчивость, отвлекаемое внимание, гиперемия лица, тахикардия, повышение аппетита. Средняя степень характеризуется недовольством, раздражительностью, артериальной гипотензией, ознобом, рвотным рефлексом. Специфичные проявления – мозжечковая атаксия, дизартрия. Их выявление положено в основу клинической экспертизы опьянения. При тяжелой степени наблюдается нарушение сознания (от обнубиляции до комы), судороги, коллапс, нарушение тазовых функций.

- Осложненное опьянение. Встречается у больных с резидуально-органическими заболеваниями головного мозга, эндогенными психическими заболеваниями. Выделяют несколько разновидностей. Наиболее частые – сомнолентное, дисфорическое, депрессивное.

- Патологическое опьянение – кратковременный психоз длительностью от нескольких часов до полусуток, спровоцированный приемом алкоголя. Наступает и обрывается внезапно, заканчивается глубоким сном и последующей амнезией.

Клинические проявления чаще всего напоминают сумеречное помрачение сознания (*эпилептоидная форма*). Больной, находясь в компании друзей, перестает узнавать окружающих. Дезориентирован во времени. Сохраняется способность к целенаправленным действиям, которые определяются переживанием острой угрозы для жизни.

Другая форма патологического опьянения – *параноидная*. Поведение отражает бредовые и галлюцинаторные переживания (чаще устрашающего содержания). Двигательная активность относительно упорядоченная, со сложными и целенаправленными действиями.

Клинические проявления зависят от стадии заболевания.

Стержневыми симптомами алкоголизма на любой стадии являются патологическое влечение к алкоголю и зависимость от него.

Начальная стадия (измененной реактивности и психической зависимости). Наблюдается обсессивное патологическое влечение. Больной пытается бороться с тягой к спиртному, но в итоге уступает. Появляется сверхценное отношение к алкоголю. Алкоголь необходим как средство, повышающее настроение, способствующее обретению чувства уверенности в себе, снятию тревоги и напряжения.

К проявлениям измененной реактивности относятся рост толерантности, потеря количественного и ситуационного контроля над употреблением алкоголя, утрата защитного рвотного рефлекса, палимпсесты (выпадение из памяти отдельных событий опьянения, во время которых сохранялось ясное сознание).

Средняя стадия (физической зависимости) характеризуется компульсивным (непреодолимым) влечением к алкоголю. Толерантность к алкоголю стабильно высокая (увеличена до 10-12 раз по сравнению с имевшейся до начала заболевания). Больные не способны бороться с наступающим желанием выпить. Характерно злобно-тоскливое настроение в период опьянения.

Физическая зависимость от алкоголя проявляется абстинентным синдромом. Через 12-24 часа после приема алкоголя возникает крупноразмашистый тремор пальцев рук, мозжечковая атаксия, вегетативные расстройства (тахикардия, гипертензия, головокружение, приступы озноба и жара, сухость слизистых, гиперемия лица, гипергидроз лица и ладоней, рвота, диспепсия). Настроение подавленное, раздражительное, с подозрительностью. Отмечается бессонница или поверхностный сон с устрашающими сновидениями. Повторный прием алкоголя устраняет тягостные проявления абстинентного синдрома.

Развиваются стойкие соматические осложнения в виде хронических заболеваний печени, поджелудочной железы, почек. Отмечаются кардиомиопатии, нарушения репродуктивной функции, проявления токсической энцефалопатии в виде стойких нарушений памяти и внимания, конкретности и поверхностности ассоциаций.

Конечная стадия («алкогольной деградации личности»). Больные пренебрегают морально-этическими нормами, не способны работать, ведут паразитический образ жизни. Характерно снижение толерантности, опьянение возникает от малых доз алкоголя.

Алкогольные психозы возникают на средней и конечной стадиях. Выделяют острые (алкогольный делирий, острый галлюциноз, острый параноид, энцефалопатия Вернике) и хронические психозы (хронический галлюциноз, алкогольный бред ревности, корсаковский психоз).

Для *алкогольного делирия* («белой горячки») характерны истинные зрительные устрашающие галлюцинации. Чаще встречается зоотическая тематика (видят крыс, кошек, собак, мух, тараканов). В других случаях видят чертей, образы на тему смерти. Характерен отрывочный бред физического уничтожения (кажется, что в квартиру ломятся преступники, грабители). дезориентированы в месте и времени. На высоте наблюдается двигательное возбуждение (прячутся, убегают, обращаются в милицию). Длительность болезни несколько суток.

Алкогольный галлюциноз (острый и хронический) проявляется повторяющимися истинными вербальными галлюцинациями. Слышат «голоса» родственников, соседей, знакомых, которые доносятся из коридора, из-за стены. «Голоса» обсуждают больного, выносят обвинения, дают моральную оценку его поведения, иногда угрожают расправой. Типичным является контрастный галлюциноз – слышит несколько «голосов», часть из которых обвиняет, оскорбляет, угрожает больному, другие защищают, успокаивают. Хронический галлюциноз резистентный к терапии.

Острый алкогольный параноид проявляется бредовыми идеями отношения, преследования, неправильным толкованием поступков окружающих.

Энцефалопатия Вернике (острый верхний геморрагический полиоэнцефалит) проявляется тетрадой основных симптомов: офтальмоплегия, нистагм, атаксия, помрачение сознания (чаще по аментивному типу). Другие признаки – снижение температуры тела, тахикардия, выраженная слабость. Основной причиной развития является дефицит Тиамина (витамина В1).

При утяжелении состояния развивается оглушение, сопор или кома. Отмечаются различные неврологические нарушения. Наблюдаются полиневриты с парезами и менингеальными знаками. Развиваются трофические нарушения. Неблагоприятным признаком – повышение температуры тела до 40-41°C.

Алкогольный бред ревности развивается постепенно, имеет паранойяльную структуру и хроническое течение. Чаще встречается у мужчин. Больные следят за поведением супруги, пытаются найти доказательство измены. На этапе преследуемого преследователя могут проявлять агрессию в адрес супруги или мнимого любовника.

Для *корсаковского психоза* характерна фиксационная амнезия в сочетании с неврологическими нарушениями (полиневритом). Не могут запомнить текущую дату, имя врача, палату в отделении. Отмечаются псевдореминисценции и конфабуляции. Наблюдается полная или частичная сохранность некоторых профессиональных навыков. Критика к состоянию отсутствует (несмотря на выраженные нарушения памяти, пациент уверен, что может дойти до дома). Длительность заболевания составляет полгода и более.

Лечение зависимости от психоактивных веществ.

Проводится в стационарных условиях. Необходимым условием является полное воздержание от приема наркотика.

Купирование абстинентного синдрома зависит от вида наркомании.

При барбитуризме рекомендуют дачу наркотика на протяжении 7-10 дней с постепенным снижением дозы. При опиомании назначение наркотика зависит от состояния больного (ослабленный больной с интеркуррентным расстройством).

Для медикаментозного купирования патологического влечения к наркотику показаны «малые» и «средние» нейролептики (Тералиджен, Тиаприд, Перiciaзин, Сульпирид), транквилизаторы (Хлордиазепоксид, Диазепам, Феназепам). Соматовегетативные проявления героиновой абстиненции купируются Пирроксаном, Клофелином, Карбамазепином, Грандаксином. Для лечения алгического синдрома применяют Кеталорак, Трамал, Диклофенак, Баралгин. Диссомния лечится транквилизаторами (Нитразепам, Флунитразепам), нейролептиками (Клозапин, Хлорпромазин).

Гипотимия в острой фазе (3-5 суток) лечится трициклическими антидепрессантами, в постабстинентный период (с 14 суток) возможно использование серотониновых антидепрессантов.

Назначается капельное введение физиологического раствора, глюкозы, витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, хлористого кальция, глюконата кальция; вводят дробные дозы инсулина, сернокислую магнезию, лазикс, сердечные препараты. Назначают нейропептиды – Такус, Дельторан, Анар.

В состоянии ремиссии поддерживающее лечение включает психотерапию, седативное лечение отварами трав и назначение биостимуляторов. В клинической практике применяются также препараты, блокирующие действие наркотического вещества. Применяются препараты с кратковременным антагонистическим действием (Налорфин, Налоксон, Налтрексон).

Лечение зависимости от алкоголя.

Тяжелое алкогольное опьянение требует неотложной помощи. Прежде всего, проводятся реанимационные мероприятия – восстановление проходимости дыхательных путей. Проводится инфузия физиологическим раствором, 5% раствором глюкозы или полиионными смесями. Суточный объем жидкости 400-800 мл. С целью детоксикации внутривенно применяют 10-20 мл 30% Тиосульфата натрия. Применяют витамины (Тиамин, Пиридоксин, Аскорбиновую кислоту), гепатопротекторы. При необходимости вводят сердечные гликозиды. Данная схема используется также при терапии алкоголизма и алкогольных психозов.

Основной мишенью при лечении алкоголизма является патологическое влечение к алкоголю. Условно-рефлекторная терапия направлена на выработку рвотного рефлекса на вид, запах и вкус алкоголя. При сенсibiliзирующей терапии в организм вводят препарат-антагонист алкогольдегидрогеназы, что приводит к коллаптоидной реакции, тахикардии, тошноте, гиперемии лица, страху смерти и удушья при попадании в организм алкоголя.

Наиболее эффективным методом лечения алкогольной зависимости является психотерапия. Она включает в себя различные методики, направленные на коррекцию свойств и качеств индивида, обуславливающих уязвимость в отношении алкоголизации. Психотерапевтические методики обычно проводятся в рамках реабилитационных программ (например, программа «двенадцать шагов»).

22. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

К биологической терапии относятся психофармакологическая терапия и немедикаментозные методы.

Основными классами психотропных препаратов являются: нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики, ноотропы.

Нейролептики. Основным клиническим действием нейролептиков является антипсихотическое. Оно заключается в купировании таких проявлений психоза, как галлюцинации, бредовые идеи. Данный эффект связан с блокадой дофаминовых рецепторов мозга.

К нейролептикам с выраженным антипсихотическим действием относятся Галоперидол, Трифлуоперазин, Клопиксол и др. Их основным побочным действием является экстрапирамидный синдром, для снятия которого применяют антипаркинсонические средства (Тригексифенидил, Бипериден).

Седативный эффект нейролептиков проявляется в способности купировать психомоторное возбуждение. К седативным нейролептикам относятся Хлорпромазин, Левомепромазин, Тиоприд, Перициазин, Тиоридазин. Их побочным действием является артериальная гипотензия.

Противотревожным действием обладают Клозапин, Хлорпротиксен.

Активирующим эффектом обладают такие средства, как Сульпирид, Амисульпирид, Флупентиксол, Рисперидон, Оланзапин, Кветиапин.

При назначении нейролептиков придерживаются синдромального принципа. Антипсихотические нейролептики назначают при различных по этиологии галлюцинаторных, бредовых синдромах. Кроме того, эти препараты снижают степень прогрессивности течения шизофрении. Основным показанием для назначения активирующих нейролептиков является апатико-абулический синдром при шизофрении.

Для поддерживающего лечения используются нейролептики пролонгированного действия (Модитен депо, Галоперидол деканоат, Клопиксол депо, Флюанксол депо, Палиперидона пальмитат и др.), обеспечивающие терапевтическое действие в течение 2-4 недель после однократного введения.

Выделяют типичные (Галоперидол, Трифлуоперазин, Хлорпромазин и др.) и атипичные нейролептики (Клозапин (синтезирован первым в 1968 г.), Рисперидон, Оланзапин, Кветиапин, Арипипразол, Сертиндол, Зипразидон, Азенапин, Луразидон, Карипразин). Атипичные препараты в целом лучше переносятся за счет малой выраженности нейролептического синдрома.

К побочным эффектам нейролептиков относятся:

- Экстрапирамидные расстройства вследствие блокады дофаминовых рецепторов базальных ядер: паркинсоноподобные проявления (гипокинезия, тремор покоя, шаркающая походка, слюнотечение, повышение мышечного тонуса, ригидность мышц); акинезия (бедность активных движений); акатизия (постоянное двигательное беспокойство, суетливость, патологическая неусидчивость).

На фоне длительного приема нейролептиков (более 6 месяцев) может возникнуть поздняя дискинезия – стойкие гиперкинезы, в основном в области лица и головы (жевание, облизывание губ, моргание и т.п.).

- Антиадренергическое действие: нарушение сердечной проводимости (удлинение интервала PQ на ЭКГ), тахикардия, гипотензия, головокружения, гиперсаливация.

- Соматозндокринные эффекты (повышение концентрации пролактина, нарушения обмена, повышение массы тела).

- Злокачественный нейролептический синдром – редкое, но опасное осложнение. Возникает гипертермия, артериальная гипертензия, нарушение сознания, психомоторное возбуждение. Необходима немедленная отмена нейролептика, проведение реанимационных мероприятий.

Антидепрессанты. Основной эффект – тимоаналептический. Показанием для их использования являются различные по этиологии депрессивные состояния. Принцип назначения – синдромальный. В зависимости от клинической картины депрессии применяются антидепрессанты седативного, стимулирующего или сбалансированного действия. Побочными эффектами трициклических антидепрессантов (Амитриптилин, Имипрамин) являются: нарушение зрения, увеличение внутриглазного давления, сухость кожи и слизистых, сонливость, седация, повышение аппетита, снижение артериального давления рецепторов, аритмии. Тетрациклических (Мапротилин) – ортостатическая артериальная гипотензия, тахикардия, аритмии, нарушения либидо и потенции; гинекомастия, лейкопения, агранулоцитоз, эозинофилия, локальные или генерализованные отеки, дневная сонливость, сухость слизистых оболочек, усиление аппетита и увеличение массы тела, тремор, угнетение костномозгового кровотока. СИОЗС (Пароксетин, Сертралин, Циталопрам) – со стороны ЦНС: головная боль, головокружение, тревога, панические атаки, психомоторная заторможенность, усталость, апатия, дистония; со стороны половой системы: эректильная дисфункция, нарушения эякуляции, аноргазмия, снижение либидо; со стороны ЖКТ: тошнота, рвота, усиление перистальтики, диарея, болезненные спазмы.

Транквилизаторы (анксиолитики). К бензодиазепиновым транквилизаторам относятся Диазепам, Хлордиазепоксид, Мезапам, Оксазепам, Феназепам, Нитразепам, Клоназепам. Основное действие – противотревожное (анксиолитическое). Способны купировать тревогу, внутреннее напряжение, психомоторное возбуждение. Некоторые препараты обладают снотворным (Нитразепам), антиконвульсивным (Клоназепам) эффектом.

Небензодиазепиновые транквилизаторы – Афобазол (вегетостабилизирующее и противотревожное действие), Буспирон, Гидроксизин (противотревожное действие).

Нормотимики. К ним относятся Карбонат лития, Карбамазепин, соли вальпроевой кислоты и Ламотриджин. Основное действие – стабилизация настроения. Назначаются для профилактики фаз и приступов аффективных расстройств. Также имеется купирующее действие в отношении маниакального синдрома. Карбамазепин эффективен в отношении эмоциональной лабильности, эксплозивности.

Ноотропы. Клиническое действие ноотропов проявляется в улучшении процессов внимания, памяти, работоспособности. Механизм действия связан с усилением процессов кровоснабжения и метаболизма в головном мозге. К ноотропам относятся Пирацетам, Аминалон, Пикамилон, Пантогам, Пиритинол и др. Показанием для назначения являются различные органические заболевания головного мозга травматического, инфекционного, сосудистого и др. генеза. Пантогам также используется в комплексной терапии эпилепсии. Фенибут обладает седативным действием.

Немедикаментозные методы включают в себя методы стимуляции мозга – электросудорожную терапию, транскраниальную магнитную стимуляцию, стимуляцию вагуса и др.

Электросудорожная терапия (ЭСТ) обладает высокой эффективностью в отношении продуктивных психотических нарушений, в том числе резистентных к психофармакотерапии. Основные показания – депрессивные состояния (суицидоопасные, с угрожающим соматическим состоянием, ступорозные, тяжелые психотические), кататонические состояния (при неэффективности терапии безнодизаепинами), резистентные к фармакотерапии маниакальные состояния. При параноидных состояниях положительный эффект оказывается нестойким.

Принцип метода – стимуляция большого судорожного припадка. Современная методика проведения предполагает кратковременный наркоз с миорелаксантами (предупреждение переломов, вывихов), ультракороткие импульсы прямоугольной формы длительностью 150-300 мс (уменьшение риска когнитивных нарушений).

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) – неинвазивная стимуляция мозга. Принцип действия – деполяризация нейронов под действием магнитного поля, стимулирующая их активность. Применяется в основном при депрессиях, а также при тревоге, навязчивостях с депрессивным компонентом, маниях, шизофренических галлюцинациях, негативной симптоматике.

Глубокая мозговая стимуляция – длительная высокочастотная стимуляция глубоких мозговых структур. Требуется нейрохирургического вмешательства. Применяется при эпилепсии, тиках, синдроме Жилия-де-ля-Туретта, обсессивно-компульсивном расстройстве, резистентных депрессиях.

Вагусная стимуляция – длительная высокочастотная стимуляция п. Vagus. Применяется при депрессиях.

23. ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия – система специальных регулирующих воздействий на психику и через нее на весь организм человека, применяемая с лечебной целью.

Рациональная психотерапия – логическое обоснование заблуждений, приведших пациента к неврозу, чтобы он самостоятельно осознал их и уяснил на логическом уровне иррациональность этих представлений и рассуждений.

Поведенческая психотерапия наиболее часто сочетается с рациональной психотерапией. Ее также называют условно-рефлекторной психотерапией или терапией стимула и реакции, поскольку методики основываются на постулатах выработки, подкрепления и угасания условных рефлексов. Терапия направлена на быстрое исправление болезненных вегетативных и висцеральных реакций посредством выработки условно-рефлекторных механизмов.

Рационально-эмоциональная поведенческая терапия (РЭПТ) рассматривает в основе невротических расстройств склонность воспринимать события своей жизни категорично (оценки «должен», «обязан», «надо»). Вследствие этого пациент делает иррациональные заключения: «драматизирует» (воспринимает событие как ужасное; считает, что «этого нельзя пережить», «осуждает» себя или других, если они делают то, чего делать не «должны»). Самая распространенная техника – «дискутирование» (оспаривание) иррациональных идей.

Ассертивный тренинг (ассертивность – уверенность в себе). Показан пациентам, которые: а) не могут свободно выразить или проконтролировать гнев, б) страдают из-за низкой самооценки и невозможности постоять за себя или учесть интересы других. Начинается с оценки степени уверенности в себе. Пациент ежедневно заполняет журнал домашней работы.

Когнитивная терапия Аарона Бэка основана на гипотезе, что за психологическими проблемами субъекта, его нарушенным поведением или эмоциями, его пограничными нервно-психическими расстройствами стоят ошибки (искажение) мышления. Терапия направлена на изменение нелогичных или нецелесообразных мыслей и убеждений человека, устранение дисфункциональных стереотипов его мышления и восприятия той или иной жизненной ситуации.

Психоанализ предоставляет пациенту возможность понять подсознательные корни своих проблем и таким образом высвободить связанные с ними эмоции и чувства. Основные приемы для проведения психоанализа – анализ сновидений пациента и метод свободных ассоциаций. Во время проведения психоанализа спонтанно возникают явления переноса и контрпереноса.

Глубинная (личностно-ориентированная) психотерапия направлена на анализ бессознательных причин заболевания (возникающих с раннего возраста), связанных с неадекватным формированием эмоционально-инстинктивной деятельности, и их устранение. Проводится индивидуально или в группе.

Групповая психотерапия (С. Кратохвил) использует групповую динамику (процесс структурирования социально-психологического развития группы), то есть отношения и взаимодействия членов группы с психотерапевтом и между собой. Одним из основных приемов является групповая дискуссия. Групповая

психотерапия особенно показана при трудностях в общении (на работе, в школе: с коллективом, преподавателями), страхе экзаменов, контрольных работ, устных ответов. Используются различные игры, где основными приемами являются «смена ролей», постановки, тренинги общения и личностного роста.

Гештальт-терапия включает в себя понятия фигуры и фона, осознания чувств, сосредоточенности на настоящем (принцип «здесь и теперь» – события рассматриваются, как будто они происходят в настоящий момент и в данной аудитории). Основная цель – пробуждение скрытых возможностей человека, поощрение его поведенческих стереотипов, направленных на реализацию собственных потребностей и достижение психологической зрелости.

Трансактный (структурный) анализ (Эрик Берн) – социометрическое направление в психотерапии, которое определяет личность как комплекс межличностных отношений. По Э. Берну, состояние «я» любого индивида состоит из трех компонентов: «Я – Родитель» (угрозы, запреты, правила, критика), «Я – Взрослый» (объективная оценка действительности и самого себя), «Я – Ребенок» (эмоциональные реакции и влечения). От соотношения этих компонентов зависит конкретная структура транзакций (единиц общения). Важнейшим видом такой структуры является «игра». В основе метода лежит анализ жизненных игр и моделирование новых игровых ситуаций.

Игровая терапия (Яков (Джекоб) Леви Морено) – один из методов психотерапевтического воздействия на детей и взрослых с использованием различных игр. Ее цель – улучшение коммуникативного взаимодействия пациентов на фоне игровой динамики, отреагирование на предшествующие психотравмирующие ситуации. Во многом это разновидность групповой психотерапии. Психодраму выделяют и в качестве самостоятельного метода психотерапии, с помощью которого пациент может освободиться от своих переживаний, отреагировав на них во время «импровизации».

Семейная психотерапия представляет собой работу с семейными подсистемами: супружеской, подсистемой мать-ребенок, отец-ребенок, sibсов и др. Например, работа по восстановлению правильных границ семьи.

Нейролингвистическое программирование (НЛП) основано на активном участии пациента в процессе гипнотизации, активной стимуляции его внимания на собственных ощущениях, спонтанных и внушенных двигательных актах. При этом психотерапевт использует технику присоединения к моторике и дыханию пациента, а также особый стиль речи, фиксирующий все происходящее с пациентом и побуждающий его к новым ощущениям и действиям таким образом, чтобы все эти изменения воспринимались им как собственный выбор.

Биологическая обратная связь (БОС-терапия). Основана на том, что не только собственно поведение субъекта, но и многие его автономные нервные процессы также могут подвергаться оперантному обусловливанию. Применяется для выработки самоконтроля над автономными соматическими процессами.

Гипносуггестивная психотерапия. Природа гипноза окончательно не выяснена. Гипноз определяют как состояние измененного внимания, которое вызывается искусственно и во время которого наблюдаются определенные фено-

мены; а также как искусственно вызываемое и качественно особое состояние ЦНС, характеризующееся динамическим сужением сознания в диапазоне «сон-бодрствование» и формированием раппорта, то есть избирательного эмоционально-вербального контакта между гипнотизируемым и гипнотизирующим.

24. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Электроэнцефалография заключается в регистрации электрической активности мозга через неповрежденные покровы черепа. В ряде случаев можно определить место и вид органического поражения мозга. Электрическую активность мозга определяют в покое и под воздействием различных раздражителей, функциональных проб (мелькание световых вспышек различной частоты, звуковые сигналы различной интенсивности, гипервентиляции). Традиционный метод оценки – это визуальная оценка параметров записываемых кривых. В настоящее время используется компьютерная оценка результатов ЭЭГ.

Реоэнцефалография (РЭГ, Рео-ЭГ) – метод определения тонуса и кровотока в сосудах головного мозга на основе измерения электрического сопротивления мозговой ткани.

Эхо-энцефалография (ЭхоЭГ) – метод ультразвуковой локализации мозга, при которой определяется расстояние от височной кости до медиальных структур с одной и другой стороны головы с помощью отраженных сигналов.

Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) основана на эффекте Доплера – изменении частоты ультразвуковых волн при их отражении от движущихся объектов. Позволяет обнаружить нарушение кровотока, косвенно определить состояние стенок и просвета сосудов.

Краниография – рентгенографический метод исследования черепа и его содержимого без применения контрастных веществ. Прямые патологические признаки (общие и местные) связаны с процессом обызвествления или наличием инородных тел. Косвенные признаки – вторичные изменения костей черепа в связи с развитием патологического процесса в мозге.

Компьютерная томография (КТ) – метод рентгенодиагностики мозга, в котором используется послойная регистрация плотности мозговой ткани. Результат в виде томограммы проецируется на экран, где малое поглощение рентгеновского луча отражается черным цветом, а большое – белым. Рисунок может быть представлен в условной цветовой шкале. С экрана рисунок фотографируется. Полученные данные хранятся в электронном виде. Любой рисунок можно воспроизводить многократно целиком или частично с разным увеличением.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) – получение изображения органа, основанное на использовании электромагнитных свойств атомных элементов с нечетным числом электронов или протонов. По сравнению с КТ-изображениями, магнитно-резонансные значительно контрастнее, имеют более четкие различия белого и серого вещества, лучшую визуализацию базальных, стволовых и конвекситальных структур, гиппокампа, височной доли.

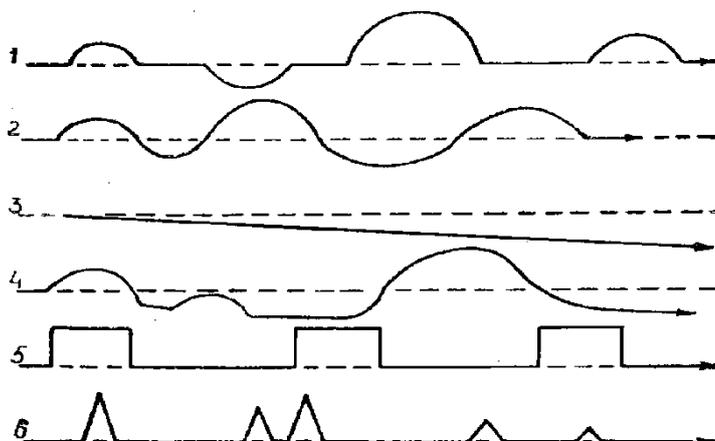
ПРИЛОЖЕНИЕ

Введение.

Типы течения психических заболеваний.

Циркулярный (фазный) тип.

1. Альтернирующий тип.
2. Непрерывно-прогредиентный тип.
3. Ремитирующий тип.
4. Периодический тип.
5. Пароксизмальный тип.



1. Организационные основы психиатрии.

1.1. Группы динамического наблюдения.

Д1	Лица, недавно выписанные из психиатрической больницы. Осматриваются 1 раз в 3 дня
Д2	Лица, находящиеся на активном лечении. Осматриваются 1 раз в 2 недели
Д3	Лица в нестойкой ремиссии. Осматриваются 1 раз в 1 месяц
Д4	Лица в стойкой ремиссии. Осматриваются 1 раз в 3 месяца
Д5	Лица с длительно не изменяющимся состоянием (умственная отсталость, деменция). Осматриваются 1 раз в 6 месяцев
Д6	Лица с пограничным уровнем нарушений. Осматриваются 1 раз в год
Д7	Лица, которые в данный момент госпитализированы

2. Нарушения ощущений.

2.1. Разновидности ощущений.

Модальность	Зрительные, слуховые, тактильные, вкусовые, обонятельные, температурные, висцеральные, болевые.
Функциональность	Интероцептивные – информация о состоянии внутренних процессов организма (чувство усталости, голода, комфорта и т.п.).
	Экстероцептивные – информация о свойствах окружающих предметов и явлений.
	Проприоцептивные – кинестетические и статические – информация о положении тела и его перемещении в пространстве.
Осознанность	Эпикритические – доступные для анализа и интерпретации, непосредственно связанные с процессами мышления, памяти, внимания. Опыт их переживания закреплен в языке в виде понятных всем носителям языка слов («тепло», «боль» и т.п.). Филогенетически связаны с развитием коры больших полушарий.
	Протопатические – малодифференцированные, не имеют четкой локализации. Филогенетически более древние, связанные с подкорковыми структурами. Тесно связаны с витальными и эмоциональными переживаниями. В норме не осознаются, но формируют общее чувство собственного существования, ощущение «витальной нормы». В языке почти нет понятий для их описания.

3. Нарушения восприятия.

3.1. Критерии разграничения истинных и ложных галлюцинаций.

Критерии	Истинные галлюцинации	Псевдогаллюцинации
Реальность	Реальные, неотличимые от остальных образов, вписаны в обстановку.	Особые явления, отличаются от остальных образов, не вписываются в окружающую обстановку.
Сенсорная реальность	Соответствуют физическим возможностям органов чувств. Образы яркие, «чувственные».	Превышают возможности органов чувств (слышит «голос с другой планеты», видит людей, находящихся в другом городе). Имеют необычный характер («беззвучный голос», либо, наоборот, необычно четкое видение, в крайне ярких, «неземных волшебных красках»).
Проекция	Экстрапроекция. Образы появляются в окружающем пространстве.	Интрапроекция. Образы возникают во внутреннем психическом пространстве («голос» внутри головы; картинка «в сознании», видит «мозгом»).
Чувство сделанности образов	Нет. Образы воспринимаются как существующие сами по себе, без участия посторонней воли.	Есть. Образы появляются в результате постороннего влияния («наводят голоса» с помощью специальных аппаратов, «прокручивают в голове магнитофонную запись», «показывают картинки», «подпускают в нос запахи»).
Критика	Отсутствует. Больной убежден в реальности образов.	Отсутствует. Пациент воспринимает образы как реально существующие. Может говорить об их необычном характере. В ряде случаев воспринимает их как «сделанные» искусственно и специально для него.
Насильственность	Нет. Можно защититься от образов (закрыв глаза, заткнув уши).	Есть. От образов невозможно избавиться.

3.2. Клинические приемы выявления галлюцинаций при алкогольном делирии.

Симптом Липмана	Появление зрительных галлюцинаций при надавливании на закрытые глаза
Проба Бехтерева	Появление зрительных обманов, внушаемых при легком надавливании на опущенные веки пациента
Симптом Ашаффенбурга	Пациент разговаривает по выключенному телефону
Симптом Рейхардта	Больной «читает» мнимый текст на чистом листе бумаги
Проба Осипова	Ощущение в кулаке мнимого предмета, который врач якобы вложил туда

4. Нарушения мышления.

4.1. Логические операции мышления.

Анализ	Мысленное разделение предмета на составляющие элементы
Синтез	Формирование целостного знания о предмете на основе его свойств и признаков
Сравнение	Сопоставление объектов по их свойствам и признакам, в результате чего устанавливается их сходство или различие
Обобщение	Выявление свойств и признаков, общих для ряда предметов, на основе которых возможно их группирование, классификация

Абстрагирование	Выделение нескольких признаков, существенных для данного анализа, с отвлечением от остальных признаков
Конкретизация	Выделение частных свойств и признаков предмета на основе знания присущих ему общих закономерностей

4.2. Разновидности навязчивых явлений.

Отвлеченные навязчивости	Образные навязчивости
Навязчивый счет (арифмомания) Навязчивое мудрствование Навязчивое воспоминание (нейтральных событий)	Навязчивые сомнения Навязчивые воспоминания (неприятных событий) Навязчивые опасения Навязчивые (овладевающие) представления Контрастные представления (хульные мысли) Навязчивые влечения Навязчивые действия Ритуалы

4.3. Классификация бреда по содержанию (Griesinger W., 1867).

Бред преследования (персекуторный бред)	Бред величия	Депрессивный бред
Первичный смысловой компонент – «внешняя угроза»		Первичный смысловой компонент – «внутренняя угроза»
Преследования Отношения Особого значения Воздействия Отравления Одержимости, дерматозойный Ревности Ущерба Инсценировки	Величия Могущества Богатства Высокого происхождения Реформаторства Изобретательства Мессианский Манихейский Эротоманический	Самоуничижения Самообвинения (виновности) Ипохондрический Греховности Обнищания Дисморфоманический Бред Котара (нигилистический бред, бред отрицания)

4.4. Клинические разновидности психических автоматизмов.

Идеаторный	Насильственные наплывы мыслей (ментизм). Звучание собственных мыслей. Открытость собственных мыслей окружающим. Чужие, «сделанные» мысли и эмоции. Отнятие собственных мыслей, насильственный обрыв мыслей (шперрунг), отчуждение эмоций. Насильственное разматывание воспоминаний. «Сделанные» сновидения
Сенсорный	Тягостные телесные ощущения, сопровождающиеся чувством «сделанности», воздействия
Моторный	Насильственно вызванные движения, действия. Речедвигательные галлюцинации Сегла – насильственные импульсы к говорению, беззвучные движения губ и языка либо неконтролируемое произнесение слов и фраз вслух

6. Нарушения волевой сферы.

6.1. Этапы волевого акта.

- Актуализация побуждения (потребности)
- Формирование мотива (осознание цели)
- Обсуждение и борьба мотивов и выбор одного из них
- Принятие решения о действии (постановка задачи, составление плана действия)
- Исполнение принятого решения

11. Нарушения сознания.

11.1. Синдромы нарушения сознания.

Обеднение сознания	Помрачение сознания
Оглушение: – Легкая степень (обнубиляция) – Средняя степень (сомнолencia) – Глубокая степень (сопор, кома)	Делирий
	Онейроид
	Сумеречное состояние
	Спутанность сознания: – аментивная – астеническая

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Организационные вопросы психиатрии.

1. Разновидности психиатрической помощи в РФ.
2. Правовые основы оказания психиатрической помощи в РФ.
3. Показания к экстренной госпитализации больных в психиатрический стационар.
4. Принципы работы с отказом психиатрического пациента от еды.
5. Принципы купирования психомоторного возбуждения у психически больных.

2. Нарушения ощущений.

1. Нарушения интенсивности ощущений, их нозологическая принадлежность.
2. Основные клинические различия парестезий и сенестопатий.
3. Клиническая картина синестезий.

3. Нарушения восприятия.

1. Клинические варианты агнозий.
2. Психосенсорные и оптико-вестибулярные расстройства.
3. Синдром деперсонализации-дереализации, его клинические формы.
4. Основные различия иллюзорных и галлюцинаторных обманов.
5. Разновидности галлюцинаций по их содержанию.
6. Дифференциально-диагностические признаки истинных и псевдогаллюцинаций.

4. Нарушения мышления.

1. Обстоятельное мышление, его нозологическая принадлежность.
2. Ускоренное, разорванное и бессвязное мышление, их клинические отличия.
3. Клиническая картина аутистического мышления.
4. Основные различия навязчивых, сверхценных и бредовых идей.
5. Классификация бреда по его содержанию.
6. Основные синдромы бреда.

5. Нарушения эмоциональной сферы.

1. Патологический аффект, его отличия от физиологического.
2. Апатия и эмоциональная тупость, их различия, нозологическая принадлежность.
3. Неадекватность и амбивалентность эмоций при шизофрении.
4. Основные клинические различия эйфории, мании и экстаза.
5. Дисфория, ее клиническая картина и нозологическая принадлежность.
6. Депрессивная и маниакальная триада симптомов.
7. Скрытые депрессии, их дифференцировка с соматическими заболеваниями.

6. Нарушения волевой сферы.

1. Гипобулия и абулия. Апатиоабулический синдром.
2. Кататонический синдром, симптомы кататонического ступора и возбуждения.
3. Основные проявления гебефренического синдрома.

7. Нарушения влечений.

1. Клинические варианты импульсивных влечений.
2. Нарушения пищевого влечения. Синдром нервной анорексии.
3. Клинические разновидности нарушений полового влечения.
4. Нарушения инстинкта самосохранения.

8. Нарушения внимания.

1. Повышенная истощаемость, повышенная отвлекаемость и сужение объема внимания при астенических состояниях и органических заболеваниях.
2. Повышенная отвлекаемость внимания.
3. Клинические различия чрезмерной концентрации и тугоподвижности внимания.
4. Клиническая характеристика апрозексии.

9. Нарушения памяти.

1. Амнезия, ее клинические разновидности.
2. Клинические различия конфабуляций, псевдореминисценций и криптомнезий.
3. Прогрессирующая гипомнезия и амнестический синдром. Закон Рибо.
4. Основные клинические признаки корсаковского синдрома.
5. Психоорганический синдром, его основные клинические признаки.

10. Нарушения интеллекта.

1. Задержки психического развития, причины, медико-педагогическая коррекция.
2. Причины умственной отсталости. Степени недоразвития интеллекта.
3. Классификация умственной отсталости С.С. Мнухина - Д.Н. Исаева.
4. Деменция, ее клинические варианты.
5. Основные различия умственной отсталости и деменции.

11. Нарушения сознания.

1. Общие клинические признаки нарушений сознания.
2. Оглушение, его стадии.
3. Делириозный синдром, клиническая картина тяжелых форм делирия.
4. Онейроидный синдром, его клиническая характеристика.
5. Сумеречное помрачение сознания. Амбулаторные автоматизмы.
6. Общие признаки и различия аментивной и астенической спутанности сознания.

12. Шизофрения.

1. Облигатные симптомы шизофрении.
2. Основные клинические формы шизофрении.
3. Типы течения шизофрении. Исход шизофрении.
4. Понятие шизотипического расстройства.
5. Шизоаффективное расстройство, клиническая характеристика.

13. Аффективные расстройства.

1. Типы течения аффективных расстройств.
2. Клиническая картина маниакальной фазы и депрессивной фазы.
3. Различия эндогенной, инволюционной и реактивной депрессии.
4. Исход и прогноз аффективных расстройств в сравнении с шизофренией.

14. Экзогенные психические расстройства.

1. Основные этиологические факторы экзогенных расстройств.
2. Клиническая картина и течение астенического синдрома.
3. Концепция экзогенного типа реакций Карла Бонгёффера.
4. Клиническая картина экзогенных психозов.
5. Течение и возможные исходы экзогенных психозов.

15. Органические заболевания головного мозга.

1. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах.
2. Психические нарушения при мозговых инфекциях.
3. Психические нарушения при ВИЧ-инфекции.
4. Психические нарушения при сифилисе.
5. Прогрессивный паралич, его характеристика.
6. Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга.
7. Клинические особенности болезней Альцгеймера, Пика, старческого слабоумия.

16. Эпилепсия.

1. Типы припадков.
2. Изменения личности при эпилепсии.
3. Течение эпилепсии.
4. Признаки злокачественного течения эпилепсии.
5. Понятие эпилептических психозов.
6. Принципы терапии эпилепсии.
7. Купирование эпилептического статуса.

17. Неврозы.

1. Причины и механизмы развития неврозов.
2. Общие неврозы, их разновидности, клиническая картина.
3. Аффективно-респираторные судороги, происхождение, клиническая картина.
4. Системные неврозы, их разновидности, клиническая картина.
5. Принципы лечения неврозов.

18. Соматоформные расстройства.

1. Причины и механизмы развития соматоформных расстройств.
2. Функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, мочеполовой системы.
3. Понятие соматизированного расстройства.

19. Реактивные психозы.

1. Причины и основные механизмы развития реактивных психозов.
2. Диагностическая триада Карла Яспера.
3. Острые психозы, клиническая характеристика.
4. Клинические разновидности подострых психозов.
5. Затяжные психозы, клиническая характеристика, прогноз.

20. Расстройства личности.

1. Диагностическая триада критериев П.Б. Ганнушкина - О.В. Кербикова.
2. Клинические типы расстройства личности.
3. Компенсация и декомпенсация. Психопатические фазы, психопатические реакции.

21. Зависимость от алкоголя и психоактивных веществ.

1. Группы психоактивных веществ.
2. Клиническая картина различных форм наркотического опьянения.
3. Клинические проявления и течение зависимости от ПАВ.
4. Зависимость от алкоголя, ее причины.
5. Клиническая картина алкогольной интоксикации.
6. Стадии течения алкогольной зависимости, их клинические проявления.
7. Острые алкогольные психозы, их клиническая картина.
8. Хронические алкогольные психозы, их клиническая картина, прогноз.
9. Принципы лечения алкоголизма и зависимости от ПАВ.

22. Биологическая терапия психических расстройств.

1. Клинические эффекты нейрорептиков. Основные препараты, показания.
2. Антидепрессанты, классификация, клинические действия, показания.
3. Транквилизаторы, основные показания.
4. Нормотимики, основные препараты, цель применения.
5. Ноотропы, клинические эффекты, основные препараты.
6. Немедикаментозные методы биологической терапии, разновидности.
7. Электросудорожная терапия, основные показания.

23. Психотерапия.

1. Отличие психотерапии и психокоррекции.
2. Разновидности психотерапевтических методов.

24. Профилактика психических расстройств.

1. Психопрофилактика, ее задачи.
2. Разновидности психопрофилактики.
3. Профилактика различных нозологических форм психических расстройств.

25. Функциональные методы исследования в психиатрии.

3. Энцефалография – принцип метода, показания, характеристика результатов.
4. Реоэнцефалография, применение в психиатрии.
5. Эхо-энцефалография. Применение в психиатрии.
6. Краниография, показания к применению в психиатрии.
7. Компьютерная томография, применение в психиатрии.
8. Магнитно-резонансная томография, применение в психиатрии.

26. Клинические оценочные шкалы, экспериментально-психологическое обследование.

1. Клинические оценочные шкалы, задачи и границы применения.
2. Экспериментально-психологическое исследование отдельных психических функций.
3. Экспериментально-психологическое исследование личности.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ	5
2. НАРУШЕНИЯ ОЩУЩЕНИЙ	8
3. НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ	9
4. НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ	12
5. НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ.....	18
6. НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ (ПРОИЗВОЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ)	21
7. НАРУШЕНИЯ ВЛЕЧЕНИЙ.....	23
8. НАРУШЕНИЯ ВНИМАНИЯ.....	25
9. НАРУШЕНИЯ ПАМЯТИ.....	25
10. НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА.....	28
11. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ	30
12. ШИЗОФРЕНИЯ.....	34
13. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	37
14. ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА.....	39
15. ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА	41
16. ЭПИЛЕПСИЯ	46
17. НЕВРОЗЫ	48
18. СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА	51
19. РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ	52
20. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ	55
21. ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	58
22. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	67
23. ПСИХОТЕРАПИЯ	70
24. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	72
ПРИЛОЖЕНИЕ	73
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ	76