

# Пограничная психическая патология в общемедицинской практике.

Под редакцией академика РАМН А.Б.Смулевича  
Приложение к журналу "Врач" 2000г.

Авторский коллектив:

канд. мед.наук **А.В.Андрющенко**, канд.психол.наук **И.А.Бевз**,  
канд.мед.наук **И.Ю.Дороженок**, доктор мед.наук **М.Ю.Дробижев**,  
доктор мед.наук, профессор **Э.Б.Дубницкая**,  
канд.мед.наук **С.В.Иванов**,  
доктор мед.наук, профессор **В.Н.Козырев**,  
канд.мед.наук **Е.В.Колюцкая**

**Пограничная психическая патология в общемедицинской практике С 52**  
**Под ред. академика РАМН А.Б.Смулевича**

**М.:** Издательский дом "Русский врач". - 2000 - 160 с.      Приложение к журналу "Врач"

Среди больных общемедицинской практики широко распространены пограничные психические расстройства. Их диагностика, организация медицинской помощи и терапия требуют от врача соответствующей подготовки и углубления профессиональных знаний. Необходимое условие рационального лечения пограничной психической патологии — знание современных достижений в области психофармакологии и психофармакотерапии. Существующий дефицит информации в этой области в сжатой форме восполняет настоящее издание, в котором на основе новейших научных данных освещаются вопросы эпидемиологии, клиники, распознавания, дифференциальной диагностики (включая формализованную оценку), организации помощи при пограничной психической патологии и терапии основных ее форм (аффективных, невротических, личностных, психосоматических расстройств, патологических психогенных реакций).

Книга предназначена для практических врачей всех специальностей, медицинских психологов, клинических ординаторов, интернов, студентов медицинских вузов.

## Оглавление

### **Глава 1. Аффективные расстройства. Э.Б.Дубницкая ..... 5**

- 1.1. Типичные циклотимические (циркулярные) депрессии и мании (гипомании) ..... 11
- 1.2. Дистимии и хронические гипомании ..... 14
- 1.3. Атипичные депрессии и гипомании ..... 15
- 1.4. Смешанные состояния ..... 18
- 1.5. Диагностика, дифференциальная диагностика, терапия ..... 20

### **Глава 2. Невротические расстройства (неврозы) ..... 26**

- 2.1. Обсессивно-фобические расстройства.  
Е.В.Колюцкая ..... 26
- 2.2. Истерические расстройства (конверсионный невроз) и неврастения (астенический невроз). Э.Б.Дубницкая ..... 37
- 2.3 Диагностика, дифференциальная диагностика, терапия. Э.Б.Дубницкая, Е.В.Колюцкая ..... 43

### **Глава 3. Психогенные расстройства. А.В.Андрющенко ..... 47**

- 3.1 Психогении с полиморфной симптоматикой ..... 49
- 3.2 Психогении с мономорфной симптоматикой ..... 53
- 3.3 Диагностика, дифференциальная диагностика, терапия 59

## **Глава 4. Личностные расстройства. А.В.Андрющенко ..... 63**

4.1 Основные типы личностных расстройств ..... 63

4.2 Диагностика, дифференциальная диагностика, терапия ..... 74

## **Глава 5. Психосоматические расстройства ..... 78**

5.1. Психосоматические заболевания. И.Ю.Дороженков . 80

5.2. Органные невроты. С.В.Иванов ..... 81

5.3. Нозогении (нозогенные реакции). М.Ю.Дробижев . . 89

5.4. Соматогении. И.Ю.Дороженков ..... 99

5.5. Дифференциальная диагностика, терапия .....

И.Ю.Дороженков, М.Ю.Дробижев, С.В.Иванов ..... 105

Глава 6. Организация психиатрической помощи больным с психическими расстройствами в учреждениях общемедицинской сети (принципы и модели интегрированной медицины). В.Н.Козырев ..... 120

Глава 7. Терапия пограничных психических и психосоматических расстройств в общемедицинской практике. Э.Б.Дубницкая, И.Ю.Дороженков ..... 129

Глава 8. Формализованная система диагностики

психических расстройств в общемедицинской практике. И.А.Бевз .....

143

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Основы "малой" психиатрии - одной из наиболее сложных и клинически многообразных областей учения о психических расстройствах — необходимо знать врачам любой специальности. Распространенность этих расстройств (невротических, аффективных, психосоматических) в наше время возрастает в первую очередь среди пациентов, обращающихся за помощью к врачам общемедицинской практики. Именно поэтому интеграция психиатрии в общую медицину, необходимость которой продиктована **всемирным ходом развития медицинской науки** и практического здравоохранения, выдвинулась сейчас в число первоочередных задач.

Цель предлагаемого читателям издания — пополнить знания в этой области врачей — как интернистов, так и психиатров, работающих в учреждениях общей медицины и призванных совместными усилиями оптимизировать диагностику и лечение.

Работа выполнена коллективом авторов — преподавателями курса психоневрологии ММА им. И.М.Сеченова — под руководством академика РАМН, профессора А-Б.Смулевича. В книге обобщен огромный опыт научных исследований в области психосоматической медицины и пограничной психиатрии, осуществленных на базе межклинического психосоматического отделения при клинике кардиологии в содружестве с ведущими терапевтическими, неврологическими и другими клиниками ММА им. И.М.Сеченова, а также в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Научного центра психического здоровья РАМН. Представленный материал дает возможность проанализировать причины диагностических и лечебных ошибок, найти пути их предотвращения.

Книга поможет формированию специалистов, владеющих основами "малой" психиатрии. Думаю, что они будут пользоваться ею в своей практической деятельности.

Академик РАМН, профессор, проректор ММА им.И. М.Сеченова И.Н.Денисов

## ГЛАВА 1. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

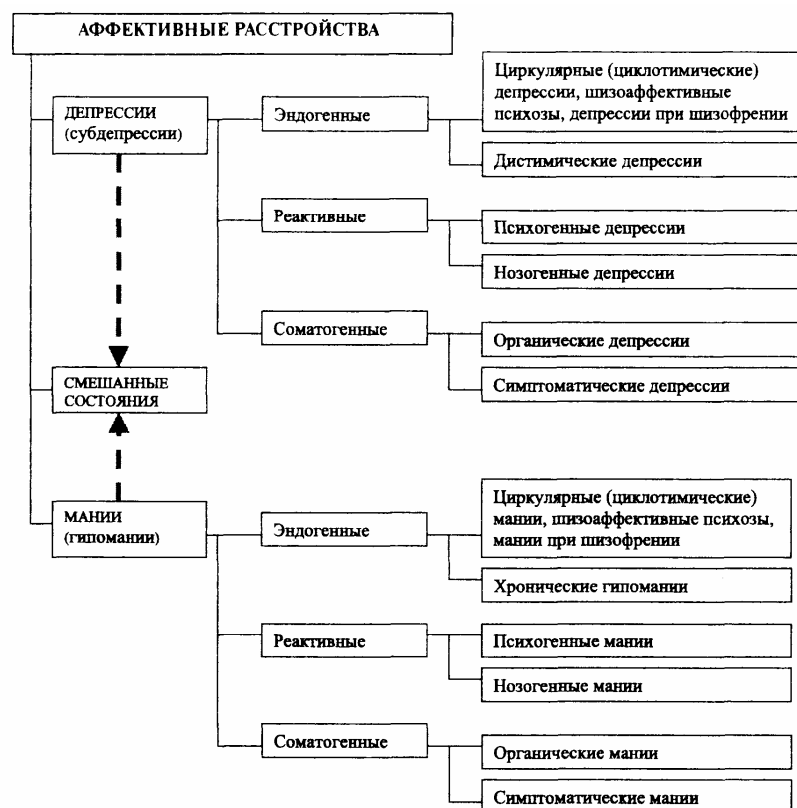
**Определение и классификация.** Аффективные расстройства — состояния, характеризующиеся патологически измененным (стойко сниженным или повышенным) настроением и соответствующими знаку аффекта изменениями активности и поведения в виде дискретных полярных эпизодов — **депрессии/ субдепрессии или мании/гипомании**. При **смешанных состояниях** в структуре синдрома сосуществуют депрессивные и маниакальные проявления.

**Депрессия** — психическое расстройство, для которого типично угнетенное, подавленное настроение (гипотимия) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессия сопровождается идеаторным и двигательным торможением со снижением побуждений к деятельности или тревожным возбуждением (ажитацией), соматовегетативными дисфункциями и воспринимается как душевное и/или телесное страдание. Депрессивная симптоматика существенно снижает социальную адаптацию и качество жизни.

**Мания** (в противоположность депрессии) определяется повышенным, гипертимическим настроением, иногда с чертами эйфории (беспечное довольство, безмятежность, пассивное умиление), ускорением темпа мышления с повышенной отвлекаемостью, говорливостью, излишней подвижностью, сокращением времени ночного сна. Мания (гипомания), как правило, воспринимается как состояние естественного, приятного подъема. Критическое отношение к расстройству субъективно затруднено — признаки подъема, нехарактерные для больного вне этого периода, чаще заметны лишь для его окружения.

Аффективные расстройства могут иметь различное происхождение (эндогенное, психогенное, соматогенное), целиком определять клиническую картину на всем протяжении болезни или сосуществовать с проявлениями другого заболевания (схема 1).

**Схема 1. Аффективные расстройства**



Нозологически самостоятельную группу аффективных заболеваний, обусловленных эндогенными (преимущественно генетическими) факторами, образуют маниакально-депрессивный психоз (циклофрения) и его стертая, abortивная форма - **циклотимия**. Болезнь протекает в этих случаях с возникающими вне зависимости от внешних влияний депрессивными и/или маниакальными приступами (фазами), разделенными светлыми промежутками.

В настоящее время к категории аффективных заболеваний относят **дистимию**, при которой состояние больного определяется относительно неглубокой, но затяжной (длительностью не менее 2 лет) депрессией. Понятие "дистимия" во многом соответствует традиционной категории "невротическая депрессия", но в его основу положены клинические характеристики расстройства, тогда как связь с психотравмирующими воздействиями (нередко весьма сомнительная) в число обязательных диагностических критериев не входит.

Категория "Аффективные расстройства" (F30 - F39) в современной Международной классификации болезней (МКБ-10), построенной по синдромальному принципу, включает в себя различные варианты течения: **депрессивный** (F32) или **маниакальный** (F30) **эпизод, рекуррентную** (повторяющуюся) **депрессию** (F33), **биполярное расстройство** со сменой депрессивных и маниакальных фаз (F31), а также хронические расстройства настроения (F34), объединяющие **циклотимию** (F34.0) и **дистимию** (F34.1).

В диагностические критерии **депрессивного эпизода** входят **основные** (снижение настроения, продолжающееся не менее 2 нед вне зависимости от ситуации; отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; повышенная утомляемость, снижение энергии, самооценки) и **дополнительные симптомы** (снижение способности к концентрации внимания, неуверенность в себе, идеи виновности и унижения, пессимизм, суицидальные мысли или действия, нарушения сна и аппетита).

**Маниакальный эпизод** диагностируется на основе следующих критериев: признаков приподнятого неадекватно обстоятельствам настроения (по крайней мере — в течение недели), гиперактивности с речевым напором, повышенной самооценкой, снижением потребности в сне.

Для оценки состояния больного и определения места и метода его лечения (см. гл. 7) важно учитывать степень тяжести аффективных расстройств. Депрессии и мании подразделяются на легкие, средней тяжести и тяжелые как без психотических проявлений (доминируют выраженные нарушения социального функционирования, неспособность к профессиональной деятельности, тоска, тревога, суицидальные мысли и тенденции или возбуждение со скачкой идей и дезорганизацией поведения), так и с психотическими проявлениями (бредовые идеи величия, реформаторства, особого предназначения, вины, обнищания, болезни, двигательная заторможенность вплоть до ступора, ажитация или маниакальное возбуждение вплоть до неистовства).

В общемедицинской практике чаще наблюдаются аффективные расстройства непсихотического уровня. Психотические формы, протекающие с бредовыми, галлюцинаторными, кататоническими нарушениями и/или шизоаффективными картинами (аффектодоминантные и шизодоминантные приступы шизоаффективного психоза, выделяемые в МКБ-10 в отдельную категорию — F25), а также депрессии с высоким суицидальным риском — компетенция психиатров. Таких больных надлежит направлять в учреждения специализированной помощи — в психоневрологический диспансер или в психиатрический стационар. Приводимая ниже информация посвящена той части аффективной патологии, с которой в своей повседневной деятельности чаще всего сталкиваются терапевты, невропатологи и психиатры, работающие в учреждениях общемедицинской сети других профилей.

Ниже излагаются сведения об аффективных синдромах эндогенной природы (циклотимических, циркулярных депрессиях и гипоманиях, дистимических депрессиях и

хронических гипоманиях). Клиническая характеристика психогенных и соматогенных расстройств аффективного круга приводится в соответствующих разделах.

**Эпидемиология.** Распространенность циклотимии составляет от 0,4 до 4,5%; дистимия регистрируется с частотой до 45 случаев на 1000 обследованных. Если при этом учесть, что гипомании субъективно (а нередко и объективно) часто не оцениваются как патология, то можно утверждать, что фактическая распространенность аффективных расстройств превосходит приведенные показатели. Однако даже депрессия служит поводом к обращению за медицинской помощью не чаще чем в 35—50% случаев. Около 40% всех депрессий протекают со стертыми проявлениями, причем 60—80% больных лечатся у врачей общей практики.

### **Клиническая характеристика**

Многообразные симптомы депрессии и мании (гипомании), характеризующиеся изменениями в собственно *аффективной сфере*, проявляются также нарушениями в *идеаторной* и *соматопсихической сферах* и являются признаками **позитивной и негативной аффективности**. При депрессиях такая дифференциация проявляется наиболее отчетливо.

#### **Признаки позитивной аффективности при депрессии:**

\* *тоска* — неопределенное, диффузное ощущение непереносимого гнета в груди или эпигастрии с характером психического страдания; чувство душевной боли, подавленность, уныние, безнадежность, отчаяние;

\* *тревога* — беспочвенное волнение, предчувствие опасности, грозящей катастрофы с ощущением внутреннего напряжения, боязливого ожидания;

\* *интеллектуальное и двигательное торможение* — трудности сосредоточения, концентрации внимания, замедленность реакций, движений, инертность, утрата спонтанной активности;

\* *патологический циркадианный ритм* — колебания настроения в течение дня с максимумом плохого самочувствия ранним утром и некоторым улучшением состояния в послеобеденное время и вечером;

\* *идеи малоценности, греховности, ущерба* — неотвязные размышления о собственной никчемности, порочности, неспособности содержать семью с уничижительной переоценкой прошлого, настоящего, перспектив на будущее;

\* *суицидальные мысли* — психологически невыводимое желание умереть с идеями бессмысленности существования или непреодолимое влечение, упорное стремление к самоубийству;

\* *ипохондрические идеи* — тревожные опасения (вплоть до фобий) и/или доминирующие представления об опасности и бесперспективности лечения актуальной соматической болезни, ее неблагоприятном исходе, социальных последствиях либо аналогичные страхи и представления в отношении мнимой болезни.

#### **Признаки негативной аффективности при депрессии:**

\* *болезненное бесчувствие (anaesthesia psychica dolorosa)* — мучительное чувство утраты эмоций, невозможности воспринимать природу, испытывать любовь, ненависть, сострадание, гнев;

\* *явления моральной анестезии* — сознание психического дискомфорта с чувством умственного оскудения, бедности воображения, изменения эмоциональной сопричастности к внешним объектам, угасания фантазии, потери интуиции;

\* *депрессивная девитализация* — чувство ослабления или исчезновения интереса к жизни, инстинкта самосохранения, соматочувственных влечений (сна, аппетита, либидо);

\* *апатия* — дефицит побуждений с утратой жизненного тонуса, вялостью, безразличием ко всему окружающему;

\* *ангедония* — утрата чувства наслаждения, способности испытывать удовольствие, сознание внутренней неудовлетворенности, психического дискомфорта;

\* *дисфория* - мрачность, брюзжание, ожесточенность, сварливость с претензиями к окружающим и демонстративным поведением.

Будучи во многом противоположной депрессии, мания (гипомания) не является ее зеркальным отражением. Аффективные расстройства этого полюса подразделяются по принадлежности к позитивной и негативной аффективности с известной степенью условности.

#### **Признаки позитивной аффективности при мании:**

\* *гипертимия* - жизнерадостность с воодушевлением, избытком чувств, желаний, неиссякаемым оптимизмом, веселостью, довольством;

\* *усиление побуждений*: излишняя активность, неутомимое стремление к деятельности;

\* *психомоторное возбуждение* — непоседливость, потребность в движении, требовательность, склонность к спорам с гневливостью, вспышкам ярости, агрессии;

\* *ускорение темпа мышления* — непрерывно возникающие мысли, представления, ассоциации, суждения с преобладанием образов над абстрактными идеями с чертами отвлекаемости, сменой тематики по случайным признакам; может достигать степени скачки идей с речевым потоком и неспособностью довести до конца суждение;

\* *расстройства суточного (циркадианного) ритма* — резкое сокращение сна без чувства утомления, потребности в отдыхе;

\* *переоценка собственной значимости* — сознание превосходства, незаурядных способностей, идеи величия, реформаторства.

#### **Признаки негативной аффективности при мании:**

\* *отчуждение дифференцированных эмоций, высших этических чувств*: потеря чувства стыда с неуместной откровенностью, грубыми шутками, развязыванием влечений (сексуальная расторможенность, алкогольные и прочие эксцессы);

\* *маниакальная деперсонализация* — чувство неестественности, чуждости (временами мучительное) собственного психического настроя, неуправляемости высказываний и поведения.

В соответствии с соотношением в картине циклотимической фазы признаков позитивной и негативной аффективности проводится типологическая дифференциация аффективных расстройств. При этом выделяют типичные и атипичные эндогенные (эндогенотипные, т.е. сходные по клинической структуре с циркулярными) депрессии и гипомании. Аффективные расстройства, определяющие картину циклотимических фаз, характеризуются отчетливым, очерченным во времени, отличным от обычного и заметным для окружающих спадом или подъемом настроения. По сравнению с тяжелыми депрессиями и маниями такие фазы обычно не сопровождаются стойкими нарушениями социального статуса и профессионального функционирования.

### **1.1. Типичные циклотимические (циркулярные) депрессии и мании (гипомании)**

**Витальная депрессия** определяется беспричинным пессимизмом, унынием, подавленностью. Выявляется большинство подчиненных суточному ритму проявлений позитивной аффективности: тоска, тревога, чувство вины и пр. Заниженная самооценка с представлениями о собственной никчемности, непригодности к профессиональной деятельности или семейной жизни не достигает уровня овладевающих представлений и сосуществует с конкурирующими идеями, отражающими реальное положение дел. Признаки идеомоторного торможения могут достигать достаточной выраженности с максимумом в утренние часы; вместе с тем на протяжении дня сохраняется известная активность, большинство больных продолжают работать, выполнять (хотя и с трудом) свои повседневные обязанности.

Для **апатической депрессии** характерно преобладание явлений негативной аффективности. В клинической картине доминирует дефицит побуждений с падением жизненного тонуса. Все поступки как бы лишаются внутреннего смысла, совершаются в силу необходимости, "по привычке", "автоматически". Апатический аффект лишен выразительности и сопряжен с обеднением мимики, монотонностью речи. Депрессия проявляется внезапной безучастностью ко всему окружающему и собственному положению, незаинтересованностью в результатах своей деятельности, отсутствием свойственной ранее вовлеченности в события жизни. При апатической депрессии (в отличие от тоскливой) витальные расстройства, сопряженные с явлениями отчуждения, лишены гиперестетических проявлений. Доминирует ощущение внутреннего дискомфорта, безысходности, нарастающего беспокойства, напряжения, нередко сочетающегося с вялостью.

**Анестетическая (деперсонализационная) депрессия** определяется явлениями отчуждения эмоций (эмоциональной сопричастности), распространяющимися на межличностные отношения (утрата эмоционального резонанса) и явления внешнего мира, а также анестезией соматических функций (отчуждение сомато-чувственных влечений — утрата чувства сна, голода, насыщения, жажды, сексуального влечения). Депрессивное отчуждение может приобретать генерализованный характер с картиной болезненного бесчувствия (*anaesthesia psychica dolorosa*) в виде мучительного сознания утраты эмоций (нет ни настроения, ни желаний, ни скуки, ни тоски, ни чувств к близким). Происходящее вокруг не находит отклика в душе, все кажется измененным, неестественным, чужим, отдаленным. Анестетическая (деперсонализационная) депрессия может протекать с картиной *моральной анестезии*. Явления болезненного отчуждения выражаются сознанием неудовлетворенности собственной психической деятельностью, "морального уродства" с чувством утраты способности к логическому мышлению, усвоению элементарного смысла вещей.

Проявления моральной анестезии носят ограниченный характер и обычно сочетаются со склонностью к истерической драматизации своего состояния и заинтересованностью в сострадании; отличаются нестойкостью и полностью обратимы по мере обратного развития депрессии. Феноменам отчуждения обычно сопутствует *ангедония* с утратой чувства наслаждения, способности радоваться, испытывать удовольствие.

**"Веселая " (продуктивная) мания (гипомания)** характеризуется преобладанием признаков позитивной аффективности: повышением общего тонуса, заразной жизнерадостностью, чувством благополучия, чрезмерного, обычно несоизмеримого с реальным положением, оптимизма. Патологически измененному аффекту соответствуют не свойственная ранее повышенная активность с чувством неисчерпаемой энергии, а также изменение самооценки с хвастливым преувеличением собственных достоинств, убежденностью в своей неординарности, непогрешимости, идеями превосходства.

Повышенное настроение выражается ускорением темпа мышления и речи с рассредоточенностью и отвлекаемостью, приливом рьяной деловитости. Даже рутинная работа выполняется с особым эмоциональным подъемом, любая проблема представляется разрешимой; возникает множество планов с непоколебимой уверенностью в их осуществимости, предпринимаются попытки немедленно реализовать задуманное. Среди проявлении со стороны соматопсихической сферы на первом плане — чувство телесного комфорта, особого физического благополучия, наивысшего расцвета сил, превосходного здоровья. Двигательная активность сочетается с уменьшенной потребностью в отдыхе. Приливу энергии, сохраняющемуся на протяжении всего дня, сопутствует сокращение длительности сна при его достаточной глубине. Нарушения цикла сон — бодрствование сопровождаются ранним пробуждением с чувством бодрости и готовности к деятельности. При умеренно выраженной отвлекаемости ускоряются идеаторные процессы, обостряется память, улучшается усвоение прочитанного. Часто отмечаются повышенная потребность в общении, социальная гиперактивность с напором, направленным на преодоление

препятствий. Продуктивная мания (гипомания) не только не нарушает профессиональную деятельность, но в ряде случаев (когда работа не требует длительных усилий и кропотливости) даже стимулирует ее.

В картине **непродуктивной мании** избыток активности сочетается с признаками негативной аффективности — утратой самоконтроля, болтливостью, беспечностью, неосмотрительностью, безответственностью, отвлекаемостью. Разбросанность с переключением на несущественные, не относящиеся к делу стимулы приводит к тому что деятельность больных превращается в цепь незавершенных начинаний, невыполненных обязательств; на первом плане — повышенная потребность в удовольствиях, поиски свежих, но поверхностных впечатлений. Такого рода проявления нередко сопровождаются отчуждением высших этических чувств, что повышает риск субъективно приятных, но не одобряемых ни в семье, ни в обществе поступков (расточительность, кутежи, сексуальная неумеренность), угрожающих негативными последствиями (банкротство, скоропалительный развод и пр.). Иногда непродуктивная мания протекает с анестетическими симптомами — сознанием чуждости своего состояния, холодной регистрацией взвинченности, возбужденности (*холодная мания*).

Клиническую картину **"раздражительной", "гневливой" гипо-мании** определяют признаки дисфории со склонностью спорить, конфликтовать. Любое возражение или противодействие воспринимается как досадная помеха или даже злой умысел "ретроградов".

Ответной реакцией становятся придиричивость, раздражительность, гневливость вплоть до вспышек ярости, агрессии.

## **1.2. Дистимии и хронические гипомании**

Выделяют 2 типа депрессий, обозначаемых понятием дистимий: с преобладанием соматизированных или патохарактерологических проявлений.

В клинической картине **соматизированной дистимии** доминируют соматовегетативные (тахикардия с "проколами" в груди, диспноэ с "несвободой" вдоха, головокружения с "мельтешением" в голове, абдоминальный дискомфорт, тремор, дисгидроз) и астенические симптомокомплексы. Типичны жалобы на "немощность", слезливость, плохой сон с частыми пробуждениями. Собственно аффективные проявления (угнетенное настроение, пониженная самооценка, пессимизм и др.) сопровождаются "соматической" тревогой и приписываются телесному недомоганию. Сочетание аффективных, тревожных и соматоформных расстройств проявляется общими симптомами — подавленность, тоскливость приобретают физикальный оттенок (жжение в области гортани или кишечника, "леденящий холод" под ложечкой, мучительная тяжесть в эпигастрии).

На этапе становления дистимического аффекта его интенсивность, а также тревожные опасения за свое здоровье с внутренним напряжением колеблются в связи с меняющимися условиями жизни. По мере хронификации состояния снижается острота клинических проявлений, внешние события все меньше сказываются на их динамике. На первый план выступают явления астении (тревога и беспокойство замещаются снижением активности с чувством физического бессилия, напряженность — вялостью), усиливается склонность к самоощажению, экономии сил, формируются признаки невротической ипохондрии (см.гл.5). Расширяется круг аномальных телесных ощущений (сенестезии, дизэстетические кризы). Стойкие патологические телесные сенсации поддерживают готовность к обостренному самонаблюдению и сопровождаются усилением фобий ипохондрического содержания (кардио-, канцеро-, нозофобии).

**Характерологическая дистимия** нередко дебютирует после психогенной провокации. В структуре дистимического аффекта преобладают психопатические проявления - демонстративность, манипулятивное поведение, вспышки эксплозивности, сочетающиеся с грубыми претензиями, повышенной требовательностью к окружающим. Вся ответственность за неблагоприятные жизненные события, предшествовавшие возникновению депрессии и первоначально составлявшие содержание психогенного комплекса, возлагается на окружающих. Мрачный пессимизм, хандра неотделимы от



саркастической оценки действительности и склонности к драматизации. Явно преувеличенные жалобы на подавленность подкрепляются нарочито скорбной мимикой, стонами, рыданиями. На отдаленных этапах дистимии депрессивные симптомокомплексы становятся "привычными" и субъективно воспринимаются как приобретенные черты характера.

Наблюдается и постепенное изменение содержания депрессии, охватывающего теперь все более широкие области (пессимистическая трактовка индифферентных событий, недовольство сложившейся судьбой, негативное отношение к окружающему). Формируется особое мрачно-дисфорическое мировоззрение. В отличие от депрессивных идей несостоятельности, самоуничтожения содержанием идеаторных расстройств становится "комплекс неудачника".

При хроническом, многолетнем течении *гипомания* приобретает свойства персистирующего расстройства (хроническая гипомания). Такие состояния отличаются стойкостью аффекта и нередко протекают по типу **продуктивной гипомании**, определяемой пациентами как период "простой" и "легкой" жизни.

### **1.3. Атипичные депрессии и гипомании**

Эти состояния относятся к стертым формам, не достигающим полной психопатологической завершенности. Основные свойственные аффективным расстройствам проявления мало выражены, а часть из них вообще отсутствует ("субсиндромальные депрессии", "мании без мании"). Такие формы наблюдаются в общемедицинской практике особенно часто и развиваются обычно на фоне личностных девиаций избегающего, истерического и зависимого типов (см. гл. 4) с чертами аффективной лабильности, тревожности, сенситивности в интерперсональных отношениях. Выделяют следующие варианты атипичных аффективных расстройств: маскированные депрессии, депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщин, гипертимическая (эйфорическая) ипохондрия.

**Маскированные депрессии** ("скрытые", "ларвированные", "алекситимические"). Пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства и часто убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и труднодиагностируемого заболевания. Предполагая некомпетентность врача, они настаивают на многочисленных обследованиях. Вместе с тем при активном расспросе удается выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающего по утрам необычного уныния, безразличия и отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях.

Депрессии, принимающие соматические "маски", - *соматизированные депрессии* — чаще встречаются в общемедицинской сети: ими страдают от 1/3 до 2/3 всех пациентов, обращающихся за помощью к интернистам. При преобладании расстройств автономной (вегетативной) нервной системы ("*вегетативная депрессия*") в качестве "фасада" депрессии выступают соматоформные и конверсионные расстройства, имитирующие сердечно-сосудистую патологию и нарушения функций других систем организма, алгии (головные боли, невралгии различной локализации), гиперсомния ("*сонливая депрессия*"). Выделяют также *агриппнический* (прерывистый сон с неприятными сновидениями, раннее пробуждение с затрудненным, требующим волевого усилия, мучительным подъемом) и *аноректический* (утренняя тошнота, отсутствие аппетита и отвращение к пище, сопряженные с похуданием, запоры) варианты маскированной депрессии.

Среди психопатологических "масок" депрессии чаще всего отмечаются обсессивно-компульсивные и тревожно-фобические расстройства (социофобии, страх невыполнения привычных действий, тревожные сомнения, панические атаки), а также *истерические симптомокомплексы* (истерические "маски" циклотимии).

**Депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщин**, в последнее время выделяют в самостоятельную категорию, хотя речь при этом идет о стертых, атипичных депрессиях различного генеза. В число аффективных расстройств этого круга входят предменструальный синдром (ПС), предменструальное дисфорическое расстройство (ПДР),

депрессивный синдром беременных (ДСБ), синдром грусти рожениц (СГР), послеродовые депрессии (ПД), инволюционные депрессии (ИД), климактерический невроз (КН), инволюционная истерия (ИИ). Депрессии, связанные с репродуктивным циклом женщин, целесообразно рассматривать в совокупности.

**К предменструальным дисфорическим расстройствам** (ПС и ПДР) наряду с расстройствами депрессивного спектра и соматическими нарушениями (вегетососудистыми, обменно-эндокринными) относят и патохарактерологические проявления, что затрудняет правильную диагностику. Патохарактерологические проявления часто расцениваются как неправильное поведение, связанное с конфликтами в родительской семье, супружескими ссорами или проблемами на работе.

Правильной диагностике способствует выявление цикличности, тесно связанной с поздней лютеальной фазой (цикл желтого тела) менструального цикла. Психопатологические проявления (чувство безнадежности и/или тревога, внутреннее напряжение и/или утомляемость, обидчивость, слезливость, раздражительность), как правило, нарастают в последнюю неделю перед менструацией и полностью редуцируются в ее первые дни.

**Депрессии беременности и пуэрперального периода** (ДСБ, СГР, ПД) встречаются достаточно часто — 1 случай на 500—1000 родов. Существуют биологические, психологические и социальные факторы, повышающие риск манифестации первого депрессивного эпизода во время беременности и в пуэрперальный период. Нередко первая фаза аффективного заболевания совпадает во времени с беременностью или первыми неделями послеродового периода (обычно — в течение 4 нед после родов). Риск таких депрессий значительно повышается у женщин с аффективными заболеваниями, семейной отягощенностью аффективными психозами и депрессией во время беременности в прошлом. Появление в период беременности симптомов тревоги и гипотимии — один из достоверных предикторов ПД.

Психопатологическая структура депрессий беременности и пуэрперального периода соответствует клиническим проявлениям гипотимических состояний при других аффективных заболеваниях. Депрессии у беременных чаще протекают с преобладанием анксиозной симптоматики (тревожные опасения выкидыша, осложненных родов, страх потерять ребенка, страх собственной смерти и пр.).

В клинической картине преобладают явления негативной аф-фективности - апатия, психическая анестезия, отчуждение эмоций (мучительное чувство неспособности испытывать любовь к мужу, ребенку). Иногда присоединяются суицидальные мысли и/или навязчивые представления контрастного содержания (см. гл. 2): страх нанести повреждения ребенку - ударить ножом, сбросить с балкона и т.д.

**Депрессии периода инволюции** (ИД, КН, ИИ) в большинстве случаев принадлежат к числу циркулярных, манифестирующих в менопаузе. В их структуре гипотимия сочетается с тревогой, страхом телесного недуга, обнищания и пр.

**Эйфорическая ипохондрия** — особый вариант гипертимических ипохондрий, т.е. атипичных гипоманий, маскированных сома-топсихическими расстройствами. Аффективные нарушения этого круга чаще встречаются в учреждениях общемедицинской практики, куда эти "трудные больные", одолевающие интернистов бесчисленными жалобами и требованиями повторных обследований, обращаются за консультациями. Повышенный аффект с безудержной деятельностью направлен на борьбу с мнимым недугом (чаще речь идет не о борьбе с болезнью, а о борьбе "за болезнь") и скрыт за фасадом патологических телесных ощущений (аллопатии с преобладанием идиопатических алгий, вегетативные дисфункции, конверсии). Последние нередко приобретают свойства "овладевающих ощущений" (стойкость, чужеродность нормальной телесной перцепции). Неотступные, не поддающиеся влиянию анальгетиков патологические ощущения, чуждые обычным представлениям о деятельности организма, противопоставляются другим телесным ощущениям, противоречат всему жизненному опыту больных и становятся источником сверхценной одержимости. Неизменно повышенный, но лишенный модуляций

аффект выражается многоречивостью и напором при изложении жалоб, оптимистическим настроением на "преодоление болезни" и попытками "отстраниться" от нее с помощью шумной бравады, форсированной веселости, "черного" юмора.

#### **1.4. Смешанные состояния**

Клиническая картина смешанных состояний характеризуется замещением одного или нескольких элементов депрессии признаком мании и наоборот (например, возбуждение при депрессии или заторможенность при маниакальном состоянии). Типичные для депрессии жалобы на подавленность, невыносимую тяжесть в груди, напряжение в области головы, отсутствие аппетита высказываются с необычным для таких больных напором и выразительностью (громкий голос, оживленные мимика и жесты). Вместо идеаторной заторможенности, свойственной депрессии, на первый план выступают "переполненность мыслями" (депрессия "со скачкой идей"), болтливость, двигательное возбуждение.

Особое место в ряду смешанных состояний занимают "улыбающиеся депрессии", при которых гипотимия с неспособностью радоваться сочетается с "веселой миной", оживленной моторикой и отвлекаемостью. Субъективно пациенты ощущают, что в отличие от окружающих они глубоко несчастны, им недоступны радости и удовольствия, не приносят удовлетворения высокие достижения в профессиональной деятельности, будущее не сулит перспектив. Однако этот пессимистический комплекс чувств не выражается вовне. Единственная сфера активности, в которой пациенты не испытывают дискомфорта, — профессиональная деятельность. Только работа отвлекает их от гнетущих размышлений. Когда нечем заняться, они чувствуют себя хуже — углубляются подавленность, мрачная настроенность.

Смешанные состояния часто развиваются в рамках "короткого цикла" — при быстрой смене полярных аффективных расстройств. Аффективные расстройства, протекающие по типу смешанных состояний, приобретают затяжное течение и в ряде случаев — форму дистимии (см. выше).

**Течение аффективных расстройств циркулярного круга** В случае типичных фазовых аффективных расстройств возможно униполярное/монополярное течение, когда встречаются только депрессивные или (в 3 раза реже) только маниакальные фазы — однократное (однофазовое) или рекуррентное (многофазовое) течение. При биполярном течении депрессии сменяются маниями/гипоманиями (болезнь чаще дебютирует депрессией).

Средний возраст начала — 30—40 лет для униполярных и 20—30 лет для биполярных форм. Большинство депрессивных и маниакальных фаз развиваются без явного внешнего повода, однако в 5—25% случаев толчок к началу заболевания дает соматическая патология и/или психотравмирующее воздействие (например утрата близких). Фазовые аффективные расстройства могут возникать сезонно.

Длительность депрессивных фаз в 40—50% случаев не превышает 3 мес. В остальных 25—30% наблюдений депрессия длится до года и в 20—25% случаев — свыше года. При длительности фазы свыше 2 лет речь идет о хронической депрессии (как правило, о дистимии), при которой интенсивность симптомов может колебаться. Маниакальная фаза короче, чем депрессивная; в 10% случаев она следует непосредственно за депрессивной ("гипоманиакальный всплеск").

Длительность интервалов между фазами составляет в среднем при униполярном течении от 4 до 5 лет, при биполярном — 3—4 года. В процессе течения светлые промежутки (интермиссии) могут сокращаться и сменяться неполными ремиссиями; в ряде случаев наблюдается переход в континуальное течение с непрерывным чередованием фазовых аффективных расстройств. Прогноз циклотимии в основном благоприятный, однако у 1/3 больных регистрируются эмоциональная лабильность, астенические изменения, нарушения социальной адаптации; 10-12% больных погибают от суицидов.

Дистимия протекает длительно: полноценная ремиссия наступает только у 3% больных; в остальных случаях между эпизодами всегда присутствует дистимическая

симптоматика. У 96% больных дистимическое расстройство продолжается не менее 3 лет, у 73% — 5 лет и более; почти у 50% — свыше 10 лет.

### **1.5. Диагностика, дифференциальная диагностика, терапия**

**Диагностика.** Основной метод обследования - расспрос, в ходе которого обращают внимание на жалобы больного, отражающие изменения настроения (тоска, угнетенность, чувство безнадежности, апатия и др.). Не должны оставаться незамеченными облик и общий стиль поведения пациента, выражение лица, мимические движения, темп речи. Общение с депрессивным пациентом позволяет выявить неловкость и замедленность движений, невыразительность жестов, безразличие (вплоть до неряшливости) к внешнему виду; гипоманиакальный больной чрезмерно говорлив, излишне подвижен, возбужден. Следует учитывать и такие объективные признаки аффективных расстройств, как патологический суточный ритм, при депрессии максимально выраженный по утрам (улучшение состояния к вечеру); симптомы психомоторной заторможенности, ажитации либо возбуждения; симптомокомплексы депрессивной девитализации, сопровождающиеся нарушением сна (раннее пробуждение) и аппетита; похудание (не менее 5 % от исходного веса в течение месяца) либо гипоманиакальное снижение потребности в сне.

Дополнительными признаками могут быть наследственная отягощенность (аффективная патология, суициды среди ближайших родственников), конституциональный склад (личностные расстройства аффективного круга, тревожное расстройство личности) и аффективные расстройства в анамнезе. Следует иметь в виду возможное влияние на проявления болезни особенностей психического развития и жизненных ситуаций, а также органических повреждений.

При распознавании аффективной патологии в общемедицинской сети, где преобладают стертые, атипичные формы (дистимии, психогенные, нозогенные депрессии и др.), наибольшие трудности вызывает диагностика депрессий, симптоматика которых маскирована соматизированными расстройствами, а также депрессий, сосуществующих с соматическим заболеванием. Клиническая картина депрессий в этих случаях включает ряд соматовегетативных симптомокомплексов, характерных как для аффективной патологии, так и для соматического страдания. В ряду таких общих для депрессии и соматического заболевания симптомов стоят астения, похудание с бледностью и сухостью кожных покровов, нарушения сна, головокружение, мидриаз, тахи- и брадикардия, повышение артериального давления (АД), тремор, боли в грудной клетке, диспноэ, диспепсические явления (горечь, сухость во рту, запоры, метеоризм).

Распознавание предменструальных депрессий облегчает использование следующих критериев:

- \* чувство безнадежности, иногда - с суицидальными мыслями;
- \* тревога с внутренним напряжением;
- \* аффективная лабильность со слезливостью и/или конфликтностью;
- \* утомляемость, сонливость или инсомния;
- \* прихоти аппетита (переедание или потребность в несъедобной или необычной пище);
- \* расстройства соматической сферы (головные боли, боли в суставах и мышцах) и особые ощущения: напряжение или боли в молочных железах, чувство "разбухания" собственного тела (одежда и обувь давят, слишком плотно прилегают).

**Дифференциальная диагностика.** Чаще всего возникает необходимость отграничения расстройств аффективного спектра от шизофрении. Дифференциация с шизофренией, как правило, основывается на исключении (или констатации) как психопатологических расстройств, свойственных прогрессивному эндогенному процессу, так и признаков шизофренического дефекта. Даже стертые симптомы галлюцинаторно-бредового регистра (окики, слуховые обманы комментирующего или императивного характера, звучащие или насильственные мысли, гаптические галлюцинации,

рудиментарные идеи воздействия, преследования, особого значения), присутствующие в картине актуальной депрессии, значительно облегчают диагностику шизофрении.

У пожилых больных сложно отдифференцировать депрессии от атрофических процессов головного мозга, что особенно актуально, когда на первый план выступают жалобы на дезориентацию, потерю памяти, трудности концентрации внимания. В части случаев эти нарушения не являются признаком деменции, а связаны с аффективной патологией ("депрессивная псевдодеменция") и редуцируются по мере обратного развития аффективного расстройства. При диагностике целесообразно ориентироваться на следующие клинические признаки, свидетельствующие о возможности ослабляющего процесса:

- \* *мнестико-интеллектуальные нарушения*: расстройства памяти с эпизодами амнестической дезориентации; нарушения концентрации внимания; снижение критики, способности к абстрагированию; когнитивные дисфункции, чаще усиливающиеся вечером и ночью;

- \* *проявления афазии*;

- \* *затяжной характер аффективных расстройств* с раздражительностью, суетливостью, вспышками грубости и отсутствием озабоченности своим состоянием при стремлении возместить несостоятельность памятьными заметками;

- \* *идеи нигилистического содержания* (непрохождения пищи, гниения внутренних органов) при преобладании в структуре синдрома тревожно-ипохондрических проявлений;

- \* *резистентность к психофармакотерапии*.

Атипичные и хронические гипомании чаще формируются при вялотекущей шизофрении. В общемедицинской практике нередко возникает необходимость разграничения гипомании, формирующейся в рамках аффективных заболеваний, и эйфории, наблюдающейся при органических поражениях ЦНС или явлениях реконвалесценции после тяжелых соматических заболеваний. В отличие от гипоманиакальной активности, речевого напора эйфорию характеризует пассивное умиление, благодушие.

Симптомы дисфории и повышенная утомляемость в предменструальный период могут быть связаны с обострением соматического заболевания (эндокринные расстройства, онкологическая патология, системная красная волчанка, анемии, эндометриоз, различные инфекции).

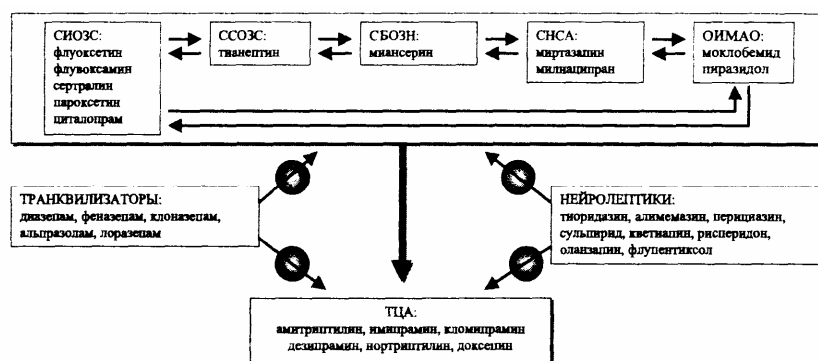
Диагностика соматизированных депрессий и депрессий, коморбидных соматическому заболеванию, опирается на данные анамнеза, лабораторных тестов, физикального обследования и выявление значимых симптомов депрессии при отсутствии объективных признаков соматического заболевания или при таких неопределенных диагнозах, как, например, "вегетососудистая дистония", "остеохондроз", "тиреоидит".

**Терапия.** Психофармакотерапию депрессивных фаз осуществляют с учетом представленного ниже алгоритма (схема 2). Антидепрессанты назначают в адекватных суточных дозах (150—250 мг -ТЦА, 20—40 мг — СИОЗС). Предпочтительно назначение препаратов 2-го и последующих поколений; при выявлении признаков резистентности или тенденции к затяжному течению назначают ТЦА и другие антидепрессанты 1-го поколения, в том числе — стратегии внутривенного капельного введения ТЦА или комбинированную терапию с использованием высокопотенциальных транквилизаторов или современных атипичных нейролептиков; при отсутствии эффекта применяют такие "стрессовые" методы, как электросудорожную терапию (понятно, что внутривенные инфузии психотропных средств, а также использование шоковых методов возможно лишь в условиях специализированного стационара).

В случае маниакальных фаз назначают транквилизаторы и нейролептики, рекомендуемые для использования в общемедицинской практике — производные фенотиазинового ряда: алимемазин-терален, сонапакс-меллерил; тиоксантены: труксал-хлорпротиксен, а также атипичные средства этого класса. Предпочтительны атипичные нейролептики последнего поколения, дающие минимальные побочные эффекты,

поскольку азалептин-лепонекс, например, у больных с тенденцией к гипотонии может вызвать коллапс. Соли лития также оказывают антиманиакальное действие благодаря седативным свойствам и отличаются хорошей переносимостью. Однако у соматических больных их следует применять с осторожностью в связи с высоким риском побочных эффектов; при комбинации препаратов лития с нейролептиками возможны вегетативные расстройства, тремор, гипокинезия.

Схема 2. Психотерапевтическая депрессивных расстройств



Примечание. ТЦА - трициклические антидепрессанты; СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ССОЗС - селективные стимуляторы обратного захвата серотонина; СБОЗН - селективные блокаторы обратного захвата норадреналина; СНСА- селективные серотонинергические и норадренергические антидепрессанты; ОИМАО - обратимые ингибиторы моноаминоксидазы;

\* круг со стрелой - возможна комбинированная терапия с препаратом одной из указанных групп (транквилизатором или нейролептиком).

Превентивная терапия назначается уже после 2-й маниакальной фазы и 2-й депрессивной (если ремиссия не превышает 5 лет). При монополярном течении циклотимии рекуррентными депрессиями или при дистимии может проводиться длительная поддерживающая тимолептическая терапия. Предпочтительны антидепрессанты 2-го и последующих поколений с высоким индексом безопасности — это позволяет снизить риск повторных депрессивных эпизодов; в профилактических целях такая терапия должна продолжаться неопределенно долго.

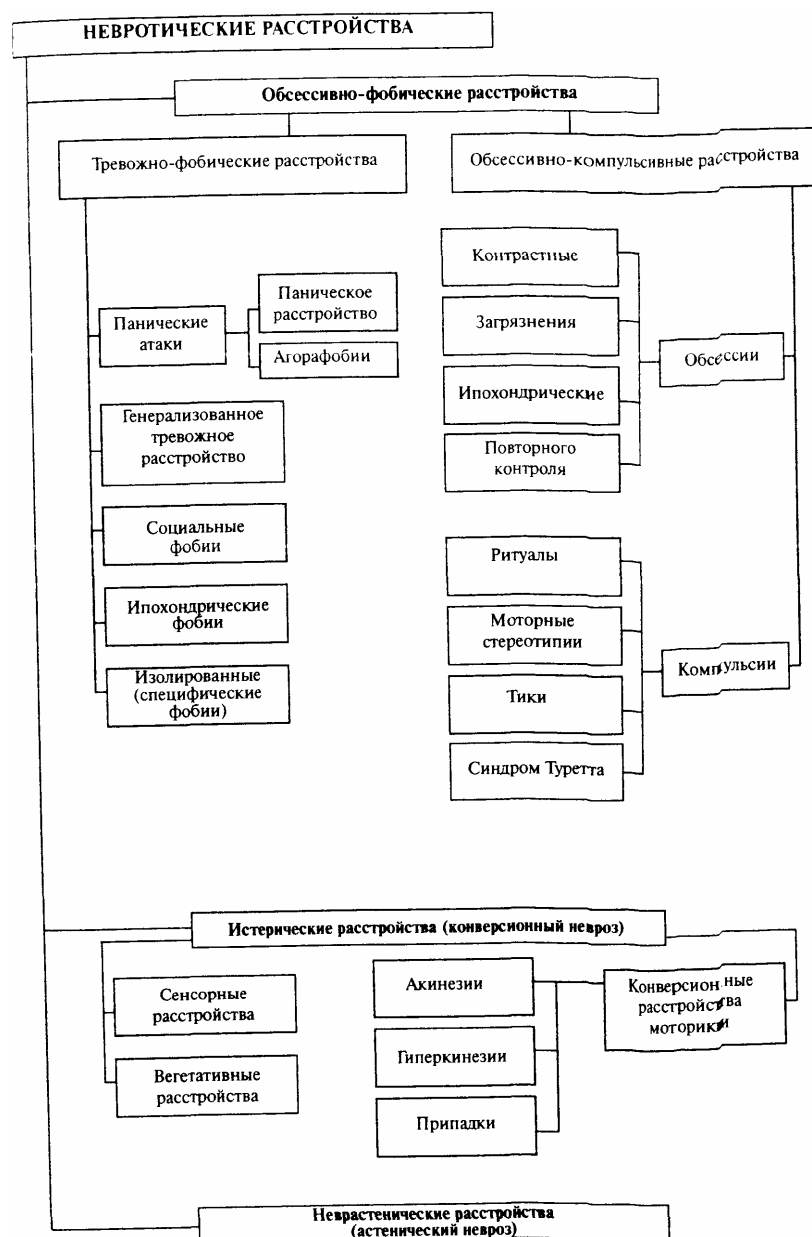
Для профилактики биполярных расстройств используют соли лития и карбамазепин, что дает возможность хотя бы отчасти предотвратить рецидивы или продлить ремиссию, сократить длительность и снизить интенсивность расстройства у 70% больных. Необходимая концентрация лития в крови - 0,6-0,8 ммоль/л - достигается путем тщательного постепенного подбора суточной дозы (от 300 до 1200 мг) при обязательном лабораторном контроле содержания препарата в сыворотке крови (через 12 ч после последнего приема). В связи с рядом **противопоказаний** (болезни сердца, органов кровообращения, почек, болезнь Аддисона, эпилепсия, миастения, гипотиреоз), **высоким риском тератогенного эффекта, неблагоприятным взаимодействием** с диуретиками, тиазидом, антагонистами кальция, теофиллином и другими соматотропными препаратами или неэффективностью терапии рекомендуется переход на карбамазепин, уровень которого в сыворотке крови должен составлять 4-10 мг/л, что достигается при назначении препарата в дозах 200-800 мг/сут. **Противопоказания:** атриовентрикулярная блокада высокой степени и тяжелые нарушения функции печени. **Осложнения:** агранулоцитоз, апластическая анемия.

## ГЛАВА 2. НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (НЕВРОЗЫ)

**Определение и классификация.** Невротические расстройства (неврозы) — группа болезненных состояний, связанных с воздействием психотравмирующих факторов (события, требующие сложных альтернативных решений, ситуации, порождающие неопределенность положения, представляющие угрозу для будущего) либо манифестирующих без видимых внешних поводов. Существенный вклад в формирование невротических расстройств вносит конституциональное предрасположение. Невротические расстройства имеют ряд общих свойств: непсихотический характер, парциальность, эгодистонность многообразных клинических проявлений, не нарушающих самосознания личности и осознания болезни, несмотря на достаточно высокий риск негативного влияния на качество жизни.

К невротическим расстройствам относятся психопатологические образования с преобладанием обсессивно-фобической, истерической (конверсионной) и астенической симптоматики (схема 3).

**Схема 3. Невротические расстройства**



В соответствии с МКБ-10, невротические синдромы классифицируются в рубриках F40 и F42 (паническое расстройство, агорафобия, генерализованное тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство), F45.2 (нозофобии), F44.4-F44.7 (истерические — преимущественно конверсионные расстройства), F48 (астенические расстройства — неврастения).



**Эпидемиология.** Неврозы относятся к числу наиболее распространенных видов психической патологии: их частота превышает 20%. При этом значительную часть пациентов, страдающих невротическими расстройствами, наблюдают врачи общей медицинской практики. Так, если в структуре общей психической заболеваемости неврозы составляют 15—20% в совокупности, то обращаются за помощью к терапевту (и только по поводу астенических расстройств) от 30 до 60% больных.

### **Клиническая характеристика**

#### **2.1. Обсессивно-фобические расстройства**

Эти состояния — один из часто встречающихся вариантов невротических расстройств, объединяющихся по признаку наличия в клинической картине выраженных проявлений тревоги.

В современных номенклатурах в число психопатологических проявлений обсессивно-фобического ряда включают следующие: тревожно-фобические (паническое расстройство без агорафобии, паническое расстройство с агорафобией, генерализованное тревожное расстройство, ипохондрические фобии, социальные фобии, изолированные фобии) и обсессивно-компульсивные расстройства.

**Тревожно-фобические расстройства** (ТФР) — одна из наиболее распространенных форм психической патологии, встречающаяся у 5% населения. Большинство пациентов, страдающих ТФР, наблюдаются в общей медицинской сети, где показатель распространенности расстройств тревожного ряда значительно возрастает, достигая 11,9%. В ряду ТФР наиболее распространены панические атаки (ПА), агорафобия, генерализованное тревожное расстройство и ипохондрические фобии.

*Паническое расстройство, панические атаки (ПА)* — неожиданно возникающий и быстро, в течение нескольких минут, нарастающий симптомокомплекс вегетативных расстройств (вегетативный криз - сердцебиение, стеснение в груди, ощущение удушья, нехватки воздуха, потливость, головокружение), сочетающийся с ощущением надвигающейся смерти, страхом потери сознания либо потери контроля над собой, сумасшествия. Продолжительность панических атак варьирует в широких пределах, хотя обычно не превышает 20—30 мин.

*Агорафобия*, вопреки первоначальному смыслу термина ("страх открытых пространств"), включает в себя широкий круг пугающих больного ситуаций - фобия транспорта, толпы, самостоятельного передвижения и др. ("фобии положения"). Агорафобия, как правило, формируется в связи с повторяющимися паническими атаками и по существу представляет собой боязнь ситуации, чреватой опасностью возникновения панического приступа, а также страх оказаться в этот момент без помощи. Как правило, в качестве провоцирующих тревогу обстоятельств выступают поездки на транспорте, пребывание в местах большого скопления людей и т.п. Уровень страха заметно снижается, если больного сопровождает кто-то из близких. Тяжесть агорафобии варьирует в широких пределах — от относительно изолированных форм (избегание конкретных ситуаций - например, транспортные фобии) до тотального ограничения любого самостоятельного передвижения или страха оставаться в одиночестве (панагорафобия).

*Генерализованное тревожное расстройство* — состояния, характеризующиеся стойкой, бессодержательной тревогой. В отличие от других ТФР при генерализованном тревожном расстройстве отсутствует стойкая фобическая фабула — опасения возможного несчастья с самим больным или его близкими быстро сменяются неопределенными дурными предчувствиями. В структуре синдрома выражены соматовегетативные проявления тревоги - чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области и др.

*Ипохондрические фобии (нозофобии)* — навязчивый страх возникновения какого-либо тяжелого заболевания. Чаще всего наблюдаются кардио-, инсульта, канцерофобии, а также сифило- и СПИД-фобия. На высоте тревоги (фобические раптусы) больные иногда на время утрачивают критическое отношение к своему состоянию — обращаются к врачам соответствующего профиля, требуют обследования, однако обычно они понимают необоснованность и чрезмерность страхов и тревожных опасений.

Центральное место в ряду ТФР как по остроте, так и по тяжести манифестных проявлений занимает паническое расстройство (повторяющиеся ПА). Паническое

расстройство чаще всего определяет дебют заболевания. При этом может быть выделено 3 варианта динамики психопатологических расстройств тревожного ряда, манифестирующих паническими атаками.

При 1-м, относительно редко встречающемся варианте (6,7% от числа всех больных ТФР), клиническая картина ТФР исчерпывается регулярно возникающими ПА. Клиническая картина приступов паники расширяется лишь за счет преходящих ипохондрических фобий и агорафобии, выраженность которых целиком определяется интенсивностью и частотой панических приступов. По миновании острого периода и редукции панических приступов происходит и обратное развитие сопутствующих психопатологических расстройств.

В рамках 2-го варианта (33,3% от числа всех больных ТФР) тревожные расстройства включают ПА и стойкую агорафобию.

Отличительной чертой данного варианта динамики является быстрое формирование агорафобии (обычно — вслед за первой же ПА) с постоянным расширением круга фобических ситуаций. По мере обратного развития приступов паники полной редукции психопатологических расстройств не происходит. На первый план в клинической картине выступают явления агорафобии, которая не только не редуцируется, но и приобретает стойкий и независимый от ПА характер. Указанные особенности динамики ТФР (стойкость агорафобии и ее независимость от других проявлений) тесно связаны с сопутствующими психическими расстройствами, среди которых доминируют ипохондрические феномены.

Необходимо подчеркнуть, что речь идет не об опасениях мнимой болезни (невротическая ипохондрия) и не о разработке способов лечения и методов оздоровления (ипохондрия здоровья), а об особом варианте сверхценной ипохондрии. Доминирующей идеей, которой подчинен весь образ жизни пациентов, становится ликвидация условий возникновения болезненных проявлений, т.е. ПА. Меры по предотвращению ПА принимаются с момента появления страха повторного приступа и, постепенно усложняясь, трансформируются в сложную ипохондрическую систему. Разрабатывается целый комплекс охранительных и приспособительных мер, включающий смену работы (вплоть до увольнения), переезд в "экологически чистый" район и пр. Сформировавшиеся ипохондрические установки (щадящий образ жизни, ограничение контактов, избегание определенных форм активности, в том числе профессиональной) поддерживают и усугубляют такие проявления фобического ряда, как страх передвижения на транспорте, страх толпы, пребывания в общественных местах. Соответственно агорафобия не только не редуцируется, но приобретает персистирующий характер.

К 3-му варианту (60% от общего числа больных) относятся ТФР с ПА, трансформирующимися в ходе динамики в ипохондрические фобии. По миновании развернутых приступов паники (острый период) полной редукции психопатологических расстройств тревожного ряда, как и при 2-м варианте динамики ТФР, не происходит. На первый план выдвигаются ипохондрические фобии (кардио-, инсульт-, танатофобия), определяющие клиническую картину на протяжении месяцев и даже лет. Необходимо подчеркнуть, что формирование таких — персистирующих — страхов тесно связано с нарастающими с момента манифестации ПА явлениями невротической ипохондрии — обостренной интроспекцией и постоянной ипохондрической озабоченностью своим здоровьем. Поводом для обострения страхов и тревожных опасений могут стать даже незначительные нарушения в деятельности организма — вегетативные, алгические и конверсионные проявления, которые в обычных условиях прошли бы незамеченными. Актуализация ипохондрических фобий происходит как в связи с психогенными (ятрогения) и соматогенными (интеркуррентные заболевания) провокациями, так и спонтанно и, как правило, сопровождается частыми посещениями врачей и возобновлением приема лекарств.

*Социальные фобии (СФ)* - страх оказаться в центре внимания, сопровождающийся опасениями негативной оценки окружающими и избеганием общественных ситуаций. Распространенность СФ в общей популяции варьирует от 3 до 5%. В поле зрения психиатров эти больные попадают сравнительно редко. Только 5% пациентов с "неосложненными" СФ пользуются специализированной помощью.

СФ чаще всего формируются в пубертатном и юношеском возрасте. Нередко появление фобий совпадает с неблагоприятными психогенными или социальными воздействиями. При этом в качестве провоцирующих выступают лишь особые ситуации (ответ у доски, сдача экзаменов - школьные фобии, публичные выступления) или контакт с определенной группой лиц (учителя, воспитатели, представители противоположного пола). Общение в кругу семьи и с близкими знакомыми, как правило, страха не вызывает. СФ могут возникать транзиторно или обнаруживать тенденцию к хронификации.

СФ имеют тенденцию сочетаться с другими психическими расстройствами (в 70% случаев). Чаще всего наблюдается сочетание с проявлениями тревожно-фобического ряда (агорафобия, паническое расстройство), депрессиями различной тяжести, алкоголизмом, лекоманией, расстройствами пищевого поведения.

Выделяются 2 группы состояний: изолированные и генерализованные **СФ**. К 1-й группе относятся монофобии (страх возникает не более чем в 3 социальных ситуациях), сопровождающиеся относительными ограничениями в сфере профессиональной либо общественной активности (публичные выступления, общение с вышестоящими лицами, работа в присутствии посторонних лиц, прием пищи в общественных местах). По существу, изолированные СФ представляют собой страх невыполнения на людях привычных действий, связанный с тревожными ожиданиями неудачи ("невроз ожидания"), и как следствие избегание конкретных жизненных ситуаций. При этом вне таких ключевых ситуаций затруднений в общении не возникает. К изолированным СФ относится эрейтифобия — боязнь покраснеть, проявить неловкость или замешательство в обществе. Эрейтифобия может сопровождаться опасениями, что окружающие заметят изменение цвета лица. Соответственно на людях появляются застенчивость, смущение, сопровождающиеся внутренней скованностью, напряжением мышц, дрожью, сердцебиением, потливостью, сухостью во рту.

Генерализованные СФ - более сложное психопатологическое образование, включающее в себя наряду с фобиями идеи малоценности и сенситивные идеи отношения. Расстройства этой группы чаще всего выступают в рамках синдрома скоптофобии. Скоптофобия (греч.: *scopto* - шутить, насмехаться; *phobos* — страх) — боязнь казаться смешным, обнаружить на людях признаки мнимой ущербности. На первом плане - аффект стыда, не соответствующий реальности, но определяющий поведение (избегание общения, контактов с людьми). С боязнью осрамиться могут быть связаны и сенситивные идеи отношения — представления о неприязненной оценке людьми, "изъятие", который больной приписывает себе, и соответствующие интерпретации поведения окружающих (пренебрежительные улыбки, насмешки и т.д.). Для генерализованных СФ характерно выраженное избегающее поведение (сравнимое с таковым при панагорафобии), включающее любые социальные контакты и приводящее к изоляции больного.

*Специфические (изолированные) фобии* — фобии, ограниченные строго определенной ситуацией: страх высоты, тошноты, грозы, домашних животных, лечения у зубного врача. Поскольку соприкосновение с предметами страха сопровождается интенсивной тревогой, характерно стремление избегать их. Однако ввиду изолированности указанных фобических расстройств серьезных нарушений социальной адаптации обычно не развивается.

**Обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР).** Показатель распространенности ОКР — 1,5% (имеются в виду страдающие ОКР в течение последнего месяца или 6 мес соответственно); он повышается до 2—3%, если учитывать страдающих ОКР в течение жизни. Страдающие ОКР составляют 1% от всех больных, получающих лечение в психиатрических учреждениях. При этом чаще всего лица, обнаруживающие симптомы ОКР, наблюдаются в психоневрологических диспансерах либо в психиатрических больницах. Доля страдающих ОКР среди всех наблюдающихся в кабинетах неврозов общих поликлиник сравнительно невысока.

Начало заболевания приходится на подростковый и ранний зрелый возраст, а манифестация клинически очерченных проявлений ОКР — на возрастной интервал 10—24 лет.

Навязчивости проявляются повторяющимися мыслями (обсессии) и действиями (компульсии), воспринимаемыми как нечто психологически чуждое, абсурдное, иррациональное. Обсессивные мысли — тягостные, возникающие помимо воли идеи,

образы или влечения, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному и которым он пытается противостоять. Компulsive действия — повторяющиеся стереотипные поступки, в ряде случаев приобретающие характер защитных ритуалов. Последние имеют целью предотвратить какие-либо объективно маловероятные события, опасные для больного или его близких. Несмотря на пестроту клинических проявлений, в ряду ОКР выделяется ряд очерченных симптомокомплексов и среди них — навязчивые сомнения, контрастные навязчивости, навязчивый страх загрязнения (заражения).

При преобладании симптомокомплекса *навязчивых сомнений* больных преследуют неотвязные мысли о правильности совершенных действий или принятых решений. Содержание сомнений различно: навязчивые бытовые опасения (заперта ли дверь, достаточно ли плотно закрыты окна или водопроводные краны, выключен ли газ, электричество), сомнения, связанные со служебной деятельностью (не перепутаны ли адреса на документах, не указаны ли неточные цифры, правильно ли сформулированы или исполнены распоряжения). Больные используют различные стратегии для сокращения времени перепроверок. В этой связи часто развиваются ритуалы счета, система "хороших" и "плохих" чисел. В качестве ритуала может выступать феномен внезапных интроспективных ощущений. Ритуал в этих случаях может быть завершен лишь после восстановления внутреннего ощущения завершенности двигательного акта.

*Контрастные навязчивости ("агрессивные обсессии")* - хульные, кощунственные мысли, страх причинения вреда себе и окружающим. Психопатологические образования этой группы относятся преимущественно к образным навязчивостям с ярко выраженной аффективной насыщенностью и овладевающими представлениями. Контрастные навязчивости тесно связаны с обсессивными влечениями и действиями, представляющими собой сложную систему защитных ритуалов.

Больные с контрастными навязчивостями жалуются на непреодолимое стремление добавить к только что услышанным репликам определенные окончания, придающие сказанному неприятный или угрожающий смысл, повторять за окружающими, но уже с оттенком иронии или злобы фразы религиозного содержания, выкрикивать циничные, противоречащие собственным установкам и общепринятой морали слова. Другие испытывают страх потери контроля над собой и возможного совершения опасных или нелепых действий, аутоагрессии, нанесения увечья собственным детям. В этих случаях навязчивости нередко сочетаются с фобиями предметов (страх острых предметов - ножей, вилок, топоров и т.п.). К группе контрастных частично относятся и навязчивости сексуального содержания (навязчивости по типу запретных представлений о перверзных сексуальных актах, объектом которых становятся дети, представители того же пола, животные).

*Навязчивые идеи загрязнения (мизофобия)*. К этой группе обсессий относится не только страх загрязнения (землей, пылью, мочой, калом и другими нечистотами), но и фобии проникновения в организм вредных и ядовитых веществ, мелких предметов (осколки стекла, иглы, специфические виды пыли), микроорганизмов — "обсессии внешней угрозы". В ряде случаев страх загрязнения может носить ограниченный характер, проявляясь лишь в некоторых особенностях личной гигиены (чрезмерная чистоплотность, потребность в частой смене белья и одежды) или порядке ведения домашнего хозяйства (тщательная обработка продуктов питания, ежедневное мытье полов, "табу" на домашних животных). Такого рода монофобии не влияют существенно на качество жизни и оцениваются окружающими как привычки (утрированная чистоплотность или брезгливость).

Клинически завершенные варианты мизофобии относятся к группе тяжелых навязчивостей, нередко обнаруживающих

склонность к усложнению и даже генерализации. **На** первом плане в клинической картине — избегающее поведение, реализующееся системой постепенно усложняющихся защитных ритуалов: избегание источников загрязнения, прикосновения к "нечистым" предметам, обработка вещей, на которые могла попасть грязь, определенная последовательность в использовании моющих средств и полотенец, позволяющая сохранить "стерильность" в ванной комнате. Пребывание за пределами квартиры также обставляется серией защитных мероприятий: выход на улицу в специальной, максимально

закрывающей тело одежде, особая обработка носильных вещей по возвращении домой. На поздних этапах заболевания пациенты, избегая соприкосновения с грязью или какими-либо вредными веществами, не только не выходят на улицу, но не покидают даже пределы собственной комнаты. Во избежание "опасных" в плане загрязнения контактов и соприкосновений они не подпускают к себе даже ближайших родственников.

К мизофобии примыкают также *ипохондрические obsессии*. На первом плане — страх угрозы извне: боязнь проникновения в организм болезнетворных бактерий. Боязнь заражения в этих случаях возникает подчас необычным путем: например, вследствие мимолетного соприкосновения со старыми, когда-то принадлежавшими больному человеку вещами или его письмами. Иногда для возникновения таких опасений достаточно одного взгляда на человека с каким-либо физическим уродством или похожего на жителя той местности, где расположен эндемический очаг болезни.

*Obsессии повторного контроля* по своим содержательным характеристикам перекрываются с многими вариантами ОКР -контрастными навязчивостями, мизофобией (obsессиями загрязнения), нозофобиями (ипохондрическими obsессиями), но имеют иные клинические особенности. В основе навязчивых расстройств этого типа лежат навязчивые сомнения, доходящие до степени "принятия невероятного за действительное". Так, пациенты с контрастными obsессиями повторного контроля испытывают страх возможно уже совершенного насильственного или противоправного действия, больные с obsессиями загрязнения повторного контроля — страх невольного соприкосновения с пугающими субстанциями, больные с ипохондрическими obsессиями повторного контроля — страх *наличия* неизлечимого (чаще — онкологического) заболевания. Отличительной чертой obsессий повторного контроля является то, что все они сопровождаются защитными ритуалами по типу перепроверок и повторяющихся действий (собственно повторный контроль). При контрастных obsессиях перепроверки заключаются в многократных возвращении на место предполагаемого преступления и поиске "улик", подтверждающих его реальность, при obsессиях загрязнения - в стереотипных повторях очистительных мероприятий, при ипохондрических obsессиях — в многократных обследованиях у врачей, поиске опухолей на теле или в проекциях внутренних органов.

*Навязчивые действия* сравнительно редко выступают в изолированном виде, не перекрываясь с obsессиями. В большинстве случаев речь идет об obsессиях и фобиях, осложненных двигательными ритуалами. К последним относятся повторы элементарных и сложных действий, навязчивое дотрагивание до определенных предметов, совершение двигательных актов с целью снижения уровня тревоги или избавления от фобий и навязчивых мыслей.

Особое место занимают навязчивые действия в виде изолированных, моносимптомных двигательных расстройств. Среди них преобладают тики, особенно частые в детском возрасте. Тики в отличие от органически обусловленных произвольных движений представляют собой гораздо более сложные двигательные акты, потерявшие свой первоначальный смысл. Тики иногда производят впечатление утрированных физиологических движений. Это своего рода карикатура на определенные двигательные акты, естественные жесты. Больные, страдающие тиками, могут трести головой (словно проверяя, хорошо ли сидит шляпа), производить движения рукой (как бы отбрасывая мешающие волосы), моргать глазами (будто избавляясь от соринки). Наряду с навязчивыми тиками нередко наблюдаются патологические привычные действия (покусывание губ, скрежетание зубами, сплевывание и т.п.), отличающиеся от собственно навязчивых действий отсутствием субъективно тягостного чувства неотвязности и переживания их как чуждых, болезненных.

Состояния, истощаемые навязчивыми тиками, обычно имеют благоприятный прогноз. Появляясь чаще всего в дошкольном и младшем школьном возрасте, тики обычно затухают к концу пубертатного периода. Однако такие расстройства могут оказаться и более стойкими.

Состояния с преобладанием генерализованных тиков, известные под названием болезни тиков или синдрома Жиля де ля Туретта, как правило, протекают менее благоприятно, нежели изолированные двигательные навязчивости. Тики в таких случаях локализируются в области лица, шеи, верхних и нижних конечностей и сопровождаются гримасами, открыванием рта, высовыванием языка, интенсивной жестикуляцией. Нередко

наблюдаются такие явления, как насильственная нецензурная брань, общественно неприемлемые жесты.

Наиболее характерной тенденцией динамики ОФР является хронификация расстройств. Случаи эпизодической манифестации и выздоровления встречаются значительно реже. Однако нередко, особенно в случаях изолированных ОФР (монофобий), возможна длительная стабилизация. В этих случаях отмечаются постепенная (обычно — во второй половине жизни) редукция психопатологической симптоматики и социальная реадaptация. Больные этой группы несравнимо лучше, чем при других вариантах ОФР, приспосабливаются к повседневной жизни.

Более тяжелые и сложные ОФР, такие, как фобии заражения, загрязнения, острых предметов, контрастные представления, многочисленные ритуалы, напротив, могут стать стойкими, резистентными к лечению психопатологическими образованиями либо обнаружить тенденцию к рецидивированию (даже несмотря на активную терапию).

## **2.2. Истерические расстройства (конверсионный невроз) и неврастения (астенический невроз) Истерические расстройства (конверсионный невроз)**

Клинические проявления расстройства характеризуются преобладанием психогенно (ситуационно) обусловленных нарушений телесных функций (неврологических и соматических симптомов), относящихся к категории конверсионных, т.е. являющихся результатом "перемещения" неразрешенного и субъективно непереносимого эмоционального конфликта в телесную сферу. Конверсионные истерические феномены представлены разнообразными патологическими телесными сенсациями, имитирующими топографически ограниченные нарушения чувствительности (кожные анестезии и/или гиперестезии, частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния); нарушениями моторики или координации (гиперкинезы — тики, грубый ритмический тремор головы и/или конечностей; спазмы — блефароспазм, глоссо-лабиальный спазм; парезы и параличи, расстройства походки в виде астазии-абазии).

В МКБ-10 конверсионному неврозу соответствует понятие "Диссоциативные расстройства движений и ощущений", синонимическое по отношению к термину "конверсия". К истерическим расстройствам собственно диссоциативного типа (сумеречные состояния, псевдодеменция и др.) принято относить состояния, наблюдающиеся в основном в клинике психогенных психозов. В клинической картине конверсионной истерии выделяют 3 основные категории симптомов — *расстройства моторики, сенсорные нарушения и расстройства вегетативных функций*, отражающие представления больного о соматическом и/или неврологическом заболевании и противоречащие физиологическим и анатомическим закономерностям.

Конверсионные истерические проявления (включая субклинические) наблюдаются на протяжении жизни у 1/3 населения. От 5 до 15% всех психиатрических консультаций в больнице общего типа проводится по поводу истерических расстройств.

Для конверсионного невроза, как и для других истерических расстройств, характерны демонстративность, чрезмерность, выразительность проявлений, особая динамичность — изменчивость, внезапность появления и исчезновения, обогащение и расширение круга симптомов под влиянием новой информации, внушения и самовнушения. В части случаев регистрируется "инструментальный" характер симптоматики, используемой в качестве орудия (инструмента) манипуляции окружающими. Цель манипулятивного поведения — добиться участия и помощи, привлечь внимание к своим проблемам, подчинить близких своим интересам.

**Истероконверсионные расстройства моторики** выражаются утратой способности к движению и представлены нарушениями двух видов: феноменами *акинезии* (парезы, параличи) или *гиперкинезами*. Паралич может быть полным или частичным, когда движения ослаблены или замедлены. Истерические парезы и параличи возникают по типу моно-, геми- и параплегии; в одних случаях они напоминают центральные спастические, в других — периферические вялые параличи. Особенно часты расстройства походки, определяемые термином "астазия-абазия" и заключающиеся в психогенно обусловленной невозможности стоять и ходить при отсутствии нарушений мышечного тонуса и сохранении пассивных и активных движений в положении лежа. Могут проявляться различной формы и степени нарушения координации вплоть до атаксии. Реже встречаются афонии, параличи языка, мышц шеи и других мышечных групп,

истерические контрактуры, поражающие суставы конечностей и позвоночника. Топография истерических параличей обычно не соответствует расположению нервных стволов или локализации очага в ЦНС. Они охватывают либо всю конечность, либо ее часть, строго ограниченную суставной линией (нога до колена, стопа и т.п.). В отличие от органических при истерических параличах, апраксиях, акинезиях, афониях, дизартриях, дискинезиях не обнаруживаются патологических рефлексов и изменений сухожильных рефлексов, крайне редко встречаются мышечные атрофии.

Истерические гиперкинезы могут иметь разнообразные формы: тики, грубый ритмичный тремор головы и конечностей, усиливающийся при фиксации внимания, блефароспазм, глоссола-биальный спазм, хореоформные движения и подергивания, но более организованные и стереотипные, чем при неврологической хорее. В отличие от органических истерические гиперкинезы зависят от эмоционального состояния, видоизменяются по механизму подражания, сочетаются с необычными позами и другими истерическими стигмами (комок в горле, обмороки), временно исчезают или ослабевают при переключении внимания или под влиянием психотерапевтических воздействий.

**Сенсорные нарушения** чаще всего проявляются расстройствами чувствительности (в виде анестезии, гипо- и гиперестезии) и болевыми ощущениями в различных органах и частях тела (истерические боли — см. *Органные неврозы* — 5.2.). Нарушения кожной чувствительности могут иметь самое причудливое расположение и конфигурацию, однако чаще они локализуются в области конечностей. Топография нарушений чувствительности, так же как и двигательных расстройств, чаще всего бывает произвольной. Отсюда характерные для истериков анестезии по ампутиационному типу - в виде чулок или перчаток.

**Расстройства вегетативных функций** при конверсионном неврозе во многом соответствуют соматоформной вегетативной дисфункции, но имеют изменчивый, мигрирующий характер и отличаются многообразием, яркостью, обилием психалгий и телесных фантазий, присущих истерической психике.

В клинической картине конверсионной истерии двигательные и сенсорные расстройства редко выступают изолированно и обычно сочетаются, отличаясь большим динамизмом, разнообразием симптомов, сложностью и изменчивостью сочетаний. Например, гемипарезы в основном отмечаются совместно с гемианестезией, монопарезы - с ампутиационной анестезией.

Иногда в ответ на психогенное воздействие, часто незначительное (мелкая ссора, неприятное известие, резкое замечание и т.п.), возникают генерализованные судорожные движения, сопровождающиеся вегетативными проявлениями и нарушением сознания, которые формируют картину **истерического припадка** (псевдоприпадка). Симптоматика истерического припадка разнообразна, в тяжелых случаях он сопровождается потерей сознания и падением. В отличие от эпилептических пароксизмов при истерии сознание утрачивается не полностью, больной успевает упасть таким образом, чтобы избежать серьезных повреждений. Истерическому припадку нередко предшествуют различные стигмы, обмороки и вегетативные кризы, а по миновании судорожных пароксизмов могут выявляться амавроз, стойкий гиперкинез или псевдопараличи.

Динамика конверсионного невроза неоднородна. Истеро-невротические психогенные реакции могут быть кратковременными, эпизодическими и исчезать спонтанно, без лечения. Возможна также длительная фиксация изолированных конверсионных проявлений (динамика "от жеста к симптому") или затяжное течение расстройства с расширением клинической картины путем усугубления истерохарактерологических проявлений, присоединения стойкой астении, ипохондрических и дистимических расстройств.

Чаще всего стойкие и длительные истерические реакции возникают при соответствующем предрасположении. Истероневротическая симптоматика подчас формируется у аномальных личностей истерического склада, а также при иной характерологической структуре, например у шизоидов (см.гл. 4).

### **Неврастения (астенический невроз)**

Неврастения определяется явлениями повышенной физической и/или психической утомляемости с неспособностью расслабиться, потребностью в длительном отдыхе,

снижением объема и эффективности деятельности, соматовегетативными проявлениями (боли в мышцах, головные боли напряжения, головокружения, диспепсия, инсомния).

Частота астенических расстройств - 1,2-5%. К врачам общей практики по поводу неврастения обращаются 14-64% пациентов. Их доля среди госпитализированных больных неврозами составляет от 64,1 до 70%.

В картине неврастения доминируют проявления психической гиперестезии (непереносимость яркого света, громких звуков, резких запахов). Характерная черта гиперестетической симптоматики — интенсивность самого ощущения утомления. Преобладают жалобы на отсутствие бодрости, энергии, "невыносимую" усталость, полную "прострацию", снижение жизненного тонуса, немоть, упадок сил, разбитость, слабость, непереносимость даже обычных нагрузок - любое действие дается с трудом, усиливает ощущение разбитости, слабости. Гиперестезия проявляется также в сфере сенсорного восприятия и телесных ощущений. Наблюдается гиперпатическая симптоматика: сенсibilизация к внешним раздражителям ("оглушают" звуки капающей воды, тиканье часов, скрип дверей) и физиологическим процессам (чрезмерное восприятие ощущений, связанных с нормальными физиологическими функциями организма).

Одним из постоянных симптомов гиперестезии являются головные боли напряжения. Они изменчивы, многообразны (давление, стягивание, покалывание в области лба и затылка, ощущение "несвежей" головы и др.) и причиняют больным большое беспокойство. При резких поворотах головы или изменении положения тела болезненные ощущения иррадируют вдоль позвоночника, распространяясь на туловище и конечности. Возникают шум и звон в ушах, ощущение неустойчивости, которое больные называют головокружением. Возможна также гиперестезия кожных покровов, когда даже прикосновение расчески вызывает боль. Ухудшение состояния может быть связано с умственной нагрузкой или с плохой погодой, изменениями барометрического давления ("метеопатический симптом").

Гиперестетическая симптоматика неотделима от аффективной лабильности (неустойчивость настроения с повышенной обидчивостью, сменой вспышек раздражительности и недовольства раскаянием с плаксивостью и суетливой готовностью исправить допущенную бестактность).

Нарушение цикла "сон - бодрствование" выражается изменениями фаз засыпания и пробуждения и относится к ряду основных симптомов неврастения. С вечера больные долго не засыпают, дремоту может оборвать любой посторонний звук: шум в ушах, совпадающий с биением пульса в височной области, прикосновение "слишком грубого" белья, неспособность найти удобное положение. Спят тревожно, с пробуждениями ("кивающий" сон) и множеством сновидений, в содержании которых вновь и вновь предстают дневные заботы. Просыпаются либо слишком рано, либо встают поздно с чувством разбитости, тяжести в голове и в течение всего дня испытывают сонливость.

Возможности поддержания прежнего рабочего ритма при неврастении значительно ограничены. В одних случаях работоспособность быстро падает и трудовая деятельность становится невозможной в связи с быстро возникающим чувством физического утомления; в других (это относится главным образом к интеллектуальным занятиям) вследствие рассеянности, рассредоточенности резко снижается производительность труда, больным трудно уследить за мыслью собеседника, за ходом лекции, дочитать до конца необходимый документ, вникнуть в смысл неоднократно просматриваемого текста.

Характерна "кривая работоспособности", когда в связи с менее выраженной в утренние часы усталостью на это время переносится большая часть нагрузки. Кратковременный перерыв в работе, как правило, не восстанавливает сил; отдых представляется даже тягостным из-за необходимости преодолевать плохое самочувствие. Больные не в состоянии управиться со своими делами — тревожатся, торопятся, легко срываются, дают противоречивые указания, не закончив одного дела, берутся за другое.

Динамика астенических расстройств неоднородна. Астения, связанная с переутомлением, психическими и физическими нагрузками (реакция на нагрузку), обычно полностью обратима и купируется при достаточно длительном отдыхе, назначении физиотерапевтических и других общеукрепляющих процедур. При этом происходит восстановление доболезненного уровня функционирования.



При затяжном течении проявления неврастении могут усложниться, приобретая черты астеноипохондрии (расширение круга телесных сенсаций — сенестезий, пароксизмов типа дизестетических кризов с тахикардией, ознобом, ощущением удушья в сочетании с нозофобиями - кардио-, канцеро-, танатофобией). Такой динамике клинических проявлений соответствует и образ жизни больных, подчиненный стремлению к самоощажению, "экономии сил", "полноценному отдыху".

### **2.3. Диагностика, дифференциальная диагностика, терапия**

**Диагностика невротических расстройств** опирается на следующие клинические признаки:

- \* обсессивно-фобические, истерические и астенические нарушения представляют собой определяющие клиническую картину самостоятельные психопатологические феномены и не являются одним из проявлений эндогенного процесса (вялотекущей или манифестной шизофрении) или соматического заболевания, аффективных расстройств, органического поражения **ЦНС**, зависимости от психоактивных веществ;

- \* при невротических расстройствах сохраняется критическое отношение к болезненным проявлениям и стремление им противостоять;

- \* несмотря на возможность дезадаптации, нарушения социального функционирования обусловлены персистированием собственно невротических расстройств и не связаны с выраженными нарушениями в интеллектуальной, волевой и эмоциональной сферах.

**Дифференциальная диагностика.** Невротические расстройства могут формироваться при вялотекущей шизофрении. В пользу предположения об эндогенной природе психических расстройств свидетельствуют следующие признаки:

- \* черты инертности, однообразия, штампованности в клинической картине стойких обсессивно-фобических, истерических, астенических состояний;

- \* тенденция к генерализации наблюдаемых проявлений - формирование панфобических, субкататонических (истерических или компульсивных) состояний, явлений аутохтонной астении (спонтанное развитие не связанного с повышенными нагрузками тотального "упадка сил" с чертами соматопсихической хрупкости);

- \* абстрактность, нелепость, вычурность содержания психопатологических образований, их психологическая невыводимость;

- \* присоединение к невротическим более тяжелых психопатологических проявлений — сенестопатий, идеообсессивных, галлюцинаторных и бредовых феноменов;

- \* формирование дефицитарных (негативных) расстройств в виде нарастающего аутизма, снижения побуждений и влечений, падения психической активности, интеллектуальной несостоятельности, эмоциональной нивелировки, а также нарушений мышления по шизофреническому типу (парадоксальность и аморфность суждений, склонность к резонерству, "обрывы и наплывы" мыслей, "пустота в голове").

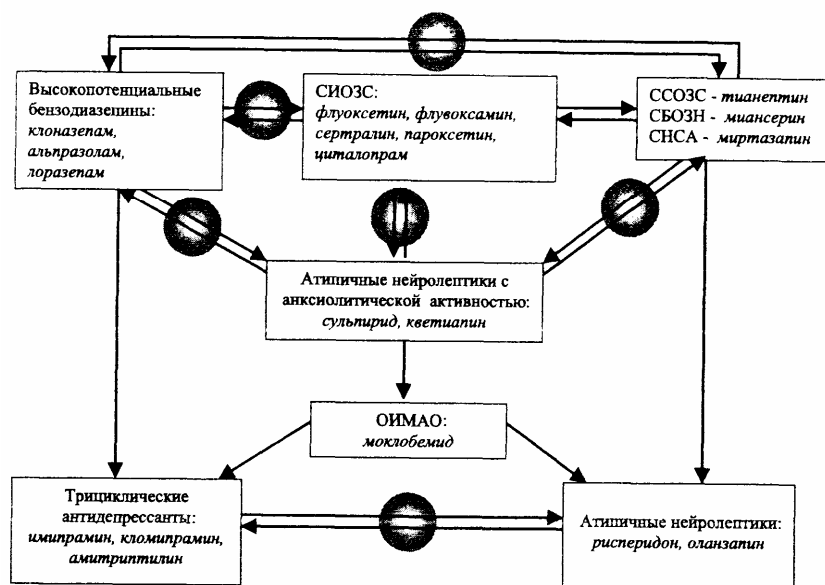
Дифференциальная диагностика невротических расстройств со сходными феноменами, "вторичными" по отношению к другим заболеваниям (например, соматогенная астения), проводится путем исключения соматической патологии, органических поражений **ЦНС** и интоксикаций, связанных с зависимостью от психоактивных веществ по результатам объективного параклинического обследования.

**Терапия.** Лечение неврозов — комплексное, предусматривает психотерапию, направленную на редукцию тревоги, коррекцию неадекватных форм поведения (например, избегания при ОФР), разрешение конфликтных ситуаций. Широко используются немедикаментозные методы (общеукрепляющие средства, физиотерапия, ЛФК и пр.). Психофармакотерапия проводится препаратами основных классов. Поскольку значительная часть этого контингента наблюдается в общей медицинской сети или в специализированных учреждениях психиатрической службы внебольничного типа, амбулаторная терапия — один из основных методов лечения.

Подходы к лечению **ОФР** определяются в соответствии с характером доминирующих в клинической картине психопатологических образований, их выраженности и стойкости. Изолированные фобии, негенерализованные формы социальных фобий, агорафобии, а также монотематические формы ОКР, как правило,

нуждаются лишь в корригирующей терапии. В то же время стойкие ОФР (особенно состояния с полиморфной клинической картиной) обнаруживают тенденцию к резистентности и требуют интенсивного лечения. К настоящему времени приоритет принадлежит медикаментам с анксиолитической активностью. К числу их относятся производные бензодиазепина, антидепрессанты (преимущественно трициклической структуры, ингибиторы обратного захвата серотонина и обратимые ингибиторы MAO), а также некоторые нейролептические средства (атипичные нейролептики с анксиолитической активностью). Учитывая тенденцию к хронификации ОФР, а также их нередко лекарственную резистентность, предпочтение отдают комбинированным методикам. При этом тактика лечения ТФР и ОКР существенно различается по наборам используемых медикаментов (схемы 4, 5).

**Схема 4. Психофармакотерапия тревожно-фобических расстройств**

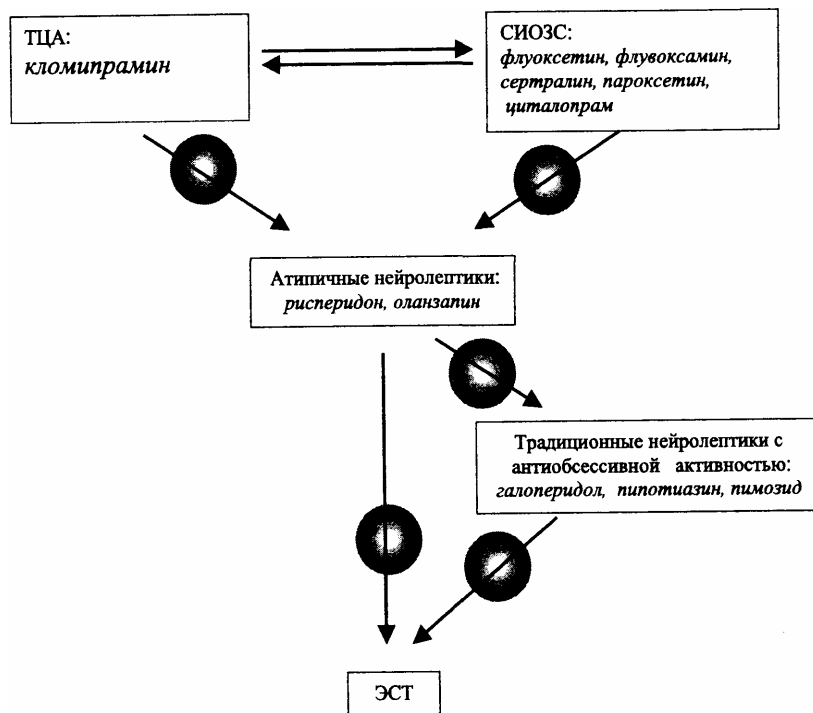


**Примечание.** СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; ССОЗС - селективные стимуляторы обратного захвата серотонина; СБОЗН - селективные блокаторы обратного захвата норадреналина; СНСА - селективные серотонинергические и норадренергические антидепрессанты; ОИМАО - обратимые ингибиторы моноаминооксидазы; круг - возможна комбинированная терапия

Терапия **истероконверсионных расстройств** (особенно эпизодических, кратковременных конверсионных реакций), в которой существенная роль отводится психокоррекционным воздействиям и немедикаментозным методам, проводится на основе общих принципов лечения органических неврозов, неглубоких тревожных расстройств и неврастении.

Медикаментозное лечение **неврастении** включает в себя применение общеукрепляющих средств, активизирующих обмен веществ (витамины, ангиопротекторы, тонизирующие и стимулирующие препараты растительного происхождения). При преобладании гиперестетических проявлений назначают "дневные" транквилизаторы, не оказывающие заметного седативного и миорелаксирующего действия (тазепам, грандаксин, атаракс). Если в картине расстройства доминируют чувство немогности, непереносимости обычных нагрузок, выраженное снижение активности, наряду с транквилизаторами используют ноотропы; расстройства сна купируются транквилизаторами с гипнотическими свойствами. В некоторых случаях присоединяются нейролептики или антидепрессанты с гипнотическим действием.

**Схема 5. Психофармакотерапия обсессивно-компульсивных расстройств**



Примечание. ТЦА - трициклические антидепрессанты; СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; ЭСТ - электросудорожная терапия;

**круг** - возможно комбинированное применение

### ГЛАВА 3. ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА

**Определение и классификация.** Понятие "психогений" объединяет широкий круг расстройств (не только невротического, но и психотического уровня), которые формируются под воздействием психической травмы или неблагоприятных обстоятельств, находятся в зависимости от изменений значимой ситуации и имеют тенденцию к полной редукции симптоматики при ее разрешении. При систематике психогений, построенной на основании особенностей психопатологии с учетом остроты и степени выраженности симптоматики, а также тяжести (в меньшей степени — специфичности) воздействия психотравмирующего фактора и индивидуальной уязвимости, выделяют 2 группы расстройств. Одну составляют психопатологически полиморфные реактивные состояния:

- \* острая реакция на стресс;
- \* посттравматическое стрессовое расстройство;
- \* патологическая реакция горя;
- \* расстройства адаптации.

В другую группу входят психопатологически мономорфные состояния:

- \* психогенные депрессии;
- \* психогенные мании;
- \* истерические психогенные расстройства;
- \* психогенные параноиды.

Динамика психогений определяется не только принадлежностью к тому или иному клиническому типу, но и констелляцией уменьшающих резистентность к стрессу факторов, среди которых наиболее важными являются патологическая "почва" (в том числе конституциональная предрасположенность), возрастная уязвимость, истощающие физическое состояние заболевания или злоупотребление психоактивными веществами, а также внешнее окружение, нарушающее социальную поддержку.

В МКБ-10 психогении выделены в отдельную рубрику F43 "Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации", которая содержит подразделы, рассматривающие диагностические критерии острой реакции на стресс (F43.0), посттравматического стрессового расстройства — ПТСР (F43.1), расстройств адаптации (F43.2) во всех возрастных категориях, включая детей и подростков. Реактивные (психогенные) депрессии соответствуют критериям подраздела "Расстройства адаптации" (кратковременная депрессивная реакция — F43.20; пролонгированная депрессивная реакция — F43.21; смешанная тревожная и депрессивная реакции — F43.22), а также могут рассматриваться как категории рубрики "Аффективные расстройства" (F32.0; F32.1; F32.2; F34.1), особенно в случаях психопатологически завершеного в соответствии с диагностическими критериями депрессивного расстройства.

В рамках рубрики "Аффективные расстройства" могут рассматриваться и психогенные мании. Истерические (конверсионные и диссоциативные) психогенные расстройства отнесены к рубрике "Диссоциативные (конверсионные) расстройства" (F44). Бредовые формы психогенных психозов включены в другие категории, определяемые проявлениями шизофреноформ-ной патологии: "Острые и транзиторные психотические расстройства в связи с острым стрессом" (F23), "Индукированное бредовое расстройство" (F24) или "Шизоаффективные расстройства" (F25). Клиническая картина реакций, оцениваемых в пределах ресурсов личности, рассмотрена в главе, посвященной личностным расстройствам.

**Эпидемиология.** Показатели болезненности и заболеваемости реактивными состояниями по Российской Федерации на 1995 г. составили соответственно 36,7 и 10,3 на 100 000 населения. Реактивные психозы (данные о лицах, лечащихся в психиатрических больницах) диагностируются в среднем у 0,6% от общего числа выписываемых за год больных. Эпидемиологические данные относительно риска развития ПТСР после воздействия сильного или катастрофического психотравмирующего фактора в результате природных катаклизмов, приведенные в DSM-IV, оцениваются в интервале от 3 до 58%. Частота ПТСР среди населения составляет от 1,3 до 9%; среди пациентов психиатрических клиник — по крайней мере 15%. Распространенность ПТСР в течение жизни среди жертв преступлений выше - от 19 до 75%. Относительно высок показатель

встречаемости стойкого и хронического ПТСР среди военнопленных и выживших узников концлагерей -около 50%.

### **Клиническая характеристика**

#### **3.1. Психогении с полиморфной симптоматикой Острая реакция на стресс (аффективно-шоковая реакция)**

Аффективно-шоковые реакции, или эмотивный шок включают в себя транзиторные расстройства умеренной или тяжелой выраженности, которые развиваются в ответ на исключительный физический и психологический стресс, обычно связанный с угрозой безопасности и благополучию индивидуума или близких родственников, при отсутствии видимого психического расстройства у этих лиц. На возникновение и тяжесть острых реакций влияют индивидуальная предрасположенность, в том числе истощение, пожилой возраст, текущее соматическое заболевание. Типичная симптоматика — состояния "оглушенности" с суженным сознанием, дезориентировкой, неспособностью адекватно реагировать на внешние стимулы, гипнагогическими и гипнопомпическими галлюцинациями или иллюзорными расстройствами, частичной или даже полной амнезией, чувством безнадежности, вегетативными признаками панической тревоги — тахикардией, дистонией, гипергидрозом, дерматографизмом и т.д.

Клинически выделяют 2 типа этих реакций. *Гиперкинетическая форма* (психогенный раптус по типу "двигательной бури") определяется неадекватным двигательным возбуждением с внезапной тревогой бессмысленной гиперактивностью, когда больные мечутся, кричат, умоляют о помощи, бросаются бежать или даже наносят себе повреждения. *Гипокинетическая форма* (психогенный ступор по типу "мнимой смерти") определяется доминирующей, несмотря на опасность, внезапной заторможенностью вплоть до психогенного ступора с обездвиженностью и мутизмом, растерянностью, атонией или чрезмерной скованностью мышц.

#### **Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)**

ПТСР включает в себя затяжные отставленные (формирование — в течение 6—24 мес) психогении, развивающиеся в ответ на события, беспрецедентные для жизненного опыта или реально угрожающие жизни (как кратковременные, так и действующие пролонгированно). Подверженность ПТСР особенно велика в самой младшей и самой старшей возрастной группах, что связано с несформированностью или высокой ригидностью механизмов копинга (совладания). Типичны для провокации ПТСР следующие ситуации, которые определяются катастрофической (непредсказуемой, неконтролируемой) внезапностью и отличаются мощностью патогенного воздействия:

- \* военные операции;
- \* природные (климатические, сейсмические), экологические и транспортные катаклизмы;
- \* пожары;
- \* сексуальное насилие;
- \* пытки в концентрационных лагерях;
- \* террористические действия;
- \* присутствие при насильственной смерти других лиц;
- \* разбойное нападение;
- \* несчастные случаи, приведшие к смерти супруга или ребенка;
- \* развитие угрожающих жизни заболеваний;
- \* семейные драмы.

Предрасполагающими факторами (но не определяющими) являются некоторые личностные девиации (истерические, ананкастические или астенические) или предшествующие заболевания, которые могут понизить порог для развития этого расстройства.

ПТСР формируется в подострый период психогении на фоне диссоциативных, депрессивных и обсессивно-фобических расстройств. Пережитая травма становится центральным событием, определяющим изменения в стиле жизни и социальном функци-

онировании. На отдаленных этапах ПТСР может обнаруживаться смещение фиксированности представлений - не столько на событиях, имеющих отношение к травме, сколько на ее последствиях (инвалидность и прочее, приводящее к формированию хронического невроза). Клинические особенности ПТСР напоминают картину психопатоподобного состояния с нарушением способности к адаптивным формам поведения: диссоциальное расстройство; злоупотребление алкоголем и наркотиками в целях преодоления тягостного состояния; формы болезненного "затворничества" с целью предотвратить повторение психотравмирующей ситуации.

Больные, испытывая отчуждение и озлобленность, полагают, что никто не сможет их понять, и контактируют с окружающими избирательно. По этой же причине большинство из них не обращаются за медицинской помощью. Интересы других людей, их тревоги и надежды представляются мелкими, не заслуживающими внимания, а производственные и семейные проблемы — неразрешимыми, что нередко приводит этих лиц в криминальную среду или "армию бездомных".

При обследовании обычно выявляется связь патохарактерологических изменений с персистирующими аффективными и неврозоподобными расстройствами, а также с проявлениями посттравматической коморбидности. Помимо травматической энцефалопатии, к последним относятся тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные и соматовегетативные расстройства, обуславливающие устойчивость кошмарных сновидений с повторным переживанием катастрофы или внезапно возникающих драматических воспоминаний (flashbacks) о той трагической ситуации, которую пережили больные. Эти воспоминания возникают как под воздействием обстоятельств, ассоциирующихся с психотравмой, так и без каких-либо внешних стимулов. Особенностью депрессивной симптоматики является доминирование дистимии с хроническим чувством "оцепенения", неспособностью к сопереживанию и вчувствованию в эмоции других людей, пессимистической оценкой собственной судьбы и событий, происходящих в стране, а также суицидальной идеацией.

ПТСР протекают волнообразно. В большинстве случаев, особенно при благоприятной семейной обстановке и хороших социальных условиях, в течение 2—3 лет можно ожидать выздоровления. В небольшой части случаев обнаруживается тенденция к перманентному течению ПТСР на фоне хронических изменений личности или даже к постепенному прогрессированию патологического состояния.

### **Патологическая реакция горя или тяжелой утраты**

Эта категория патологических реакций определяется не только обстоятельствами утраты, но и степенью значимости потери для данного субъекта. Психотравмирующим фактором является экстремальное или катастрофическое жизненное событие, повлекшее за собой потерю объекта особой привязанности (трагическая смерть, например, самоубийство любимого ребенка или неожиданная разлука со "значимым другим", например, в результате любовной драмы и заключения его в тюрьму) или даже потерю предполагаемого объекта любви (например, рождение мертвым долгожданного ребенка).

Клиническая картина на всем протяжении психогении определяется симптоматикой, отличной как от проявлений "нормальной работы горя и нормальных фаз траура", так и от типичных психогенных депрессий. Основными отличительными критериями становятся клиническая неоднородность, парадоксальная интенсивность и необычная продолжительность симптоматики. Патологически измененный аффект имеет свойства "искаженной скорби": тоска, тревога, гнев, отчаяние, сознание безысходности и невосполнимости утраты чередуются с гипоманиакальной взбудораженностью, парадоксальной эйфоричностью, говорливостью и гипопараноической активностью, стремлением наказать реальных или воображаемых виновников трагедии.

**На** стадии развернутой реакции, помимо типичных аффективных расстройств, отмечаются отчетливые диссоциативные признаки в виде "альтернирующего сознания" — чередование эпизодов "отключения от реальности" с яркими, сходными с бредоподобными фантазиями образными представлениями радужного прошлого и эпизодов насильственно вторгающихся в сознание "непереносимых" событий. Фабулу психогении определяют стойкие диссоциативные расстройства по типу формирования "фантома продолжающейся жизни умершего объекта привязанности", которые препятствуют завершению траура.

Представления о понесенной утрате сосуществуют с причудливыми, сходными с аутистическими, фантазиями о возможности эмоционального общения с объектом привязанности и ощущения его физического присутствия. Как бы забывая о трагедии, больные демонстрируют прежнюю любовь и заботу: продолжают дожидаться "возвращения" умершего в привычное время, покупают для него лакомства, стелят постель, неслышно передвигаются, чтобы не разбудить. Течение патологической реакции горя либо определяется персистированием изолированного диссоциативного комплекса, либо сопровождается созданием "музея памяти" умершего, сочетанием психогенного комплекса с выраженными патохарактерологическими изменениями с превалированием избегающего поведения.

**Расстройства адаптации.** К этой категории относятся патологические реакции, развившиеся в период адаптации (в течение первого месяца) к действию психосоциального стрессогенного фактора, хотя и определяемого в диапазоне обыденных человеческих переживаний (рождение ребенка, женитьба, потеря работы, смена места жительства и т.д.), но приводящего к нарушениям в социальной и трудовой сферах жизни и создающего трудности для жизнедеятельности. Расстройства адаптации распространены достаточно широко (1,1—2,6 случая на 1000 населения) с тенденцией к большей представленности в подростковом возрасте, среди лиц с тяжелыми соматическими заболеваниями и/или инвалидностью, среди малообеспеченной части населения. Психогенный фактор приобретает особую значимость, когда он приводит к нарушению системы личностных ценностей индивидуума, а также целостности социальных связей. Клиническая картина при расстройствах адаптации (тревно-депрессивная, с преобладанием нарушений других эмоций или нарушений поведения) включает проявления, типичные для состояния жизненного кризиса, но выходит за рамки ожидаемой реакции на психотравмирующие обстоятельства.

Выделяют кратковременные (до 1 мес) и пролонгированные (до 2 лет) формы реакции.

### **3.2. Психогении с мономорфной симптоматикой Психогенные депрессии**

Депрессии являются наиболее распространенным вариантом психогений - на их долю приходится 40-75% от общего числа реактивных состояний. Психотравмирующим фактором часто становятся события, которые и у здоровых людей способны вызвать психологическую реакцию печали — необратимые утраты, с которыми трудно примириться (смерть родственников, развод, а также удары судьбы в виде тяжелых жизненных неудач, потери работы, финансового краха, угрозы тюремной изоляции и т.д.). Имеет значение преморбидное предрасположение, обнаруживаемое у 30-80% пациентов (не только аффективные личностные расстройства — конституционально-гипотимные, гипертимные и циклоидные, но и истерические и пограничные личностные девиации), наследственная отягощенность аффективными заболеваниями, возраст, культуральные особенности, тяжелые соматические заболевания.

Психогенные депрессии определяются широким спектром аффективных расстройств — от острых форм с чрезмерной силой аффективных проявлений до затяжных, медленно развивающихся состояний, симптоматика которых приобретает наиболее тяжелые формы лишь спустя определенное время после психической травмы.

**Острые депрессивные реакции** непосредственно связаны с произошедшим несчастьем или внезапным воздействием значимой психической травмы, иногда формируются вслед за транзиторными аффективно-шоковыми проявлениями. На высоте депрессивного аффекта (чувство тоски, слезливость, глубокое отчаяние) представления, связанные с обстоятельствами психотравмирующей ситуации, принимают неотвязный характер: больные жалуются, что из-за постоянно "лезущих в голову" неприятных мыслей им трудно работать или учиться. Такие состояния кратковременны и попадают в поле зрения психиатра после самоповреждения или суицидальной попытки.

**Пролонгированные депрессивные реакции** связаны с длительно действующей (более 1 мес) стрессогенной ситуацией. Спектр нарушений настроения значительно шире, чем при острых депрессиях. На высоте психогении доминируют ангедония с чувством разочарованности, безрадостности, ощущение опустошенности, мрачность и пессимистическое видение будущего и астеновегетативные симптомы. Тема пережитого может приобретать свойства овладающих представлений. Содержательный комплекс

длительное время сохраняет актуальность даже тогда, когда депрессивная симптоматика становится стертой. В ночное время драматические события находят отражение в кошмарных сновидениях. Характерна склонность обвинять в случившемся других: все претензии направлены к лицам, причастным к происшедшим трагическим событиям. В редких случаях упреки высказываются в свой адрес, причем больные фокусируются на некоторых просчетах (не предприняты меры для предупреждения несчастья, не обеспечена квалифицированная помощь умирающему).

Течение психогенных депрессий в большинстве случаев благоприятное: расстройства подвергаются обратному развитию за период от 2 нед до 2 мес.

### **Психогенные мании**

Психогенные мании ("реактивные гипомании", "мании страха", "реакции экзальтации") встречаются сравнительно редко - 2-3% от общего числа психогений. Психотравмирующим фактором обычно служат трагические жизненные события (тяжелая или неизлечимая болезнь, утрата детей и т.д.), но поводом могут служить и события другого рода (например, ситуации ожидания освобождения из заключения). Для формирования психогенных маний еще большее значение, чем для развития депрессий, имеет конституциональное предрасположение (личностная аномалия — аффективного или истерического круга, шизотипическое личностное расстройство).

Для клинической картины психогенных маний характерно сочетание полярных аффектов - горя и воодушевления, контрастных переживаний жизненного краха и оптимистической приподнятости. С момента формирования расстройства преобладают явления возбужденности, раздражительности, суетливости при незначительной выраженности собственно аффекта радости, чувства удовлетворенности и расторможения влечений, определяющих эндогенную маниакальную симптоматику (см. гл. 1). На первый план могут выступать расстройства сна (небольшая продолжительность ночного сна с отсутствием сонливости в дневное время). Пациенты обнаруживают несвойственную им ранее энергичность, активность, стремление к деятельности, которая носит адекватный сложившимся обстоятельствам характер. На высоте аффекта гиперактивность утрачивает целенаправленный, организованный характер, трансформируется в суетливость, назойливость, конфликтность.

При благоприятном развитии психогенные мании подвергаются обратному развитию за период от 1-2 нед до 1 мес. В случае протрагированного течения (несколько месяцев или даже лет) может отмечаться возрастающая интенсивность гипертимии (стойкая бессонница, повышенная толерантность к физическим нагрузкам, расторможение влечений), либо инверсия аффекта (смена мании психогенной депрессией), либо даже формирование постреактивного состояния со стойкой фиксацией психогенного комплекса.

### **Истерические психогенные расстройства**

Истерические психогенные расстройства чаще всего наблюдаются в военной обстановке, а в мирное время — в судебно-психиатрической практике ("тюремная истерия"). Реже они возникают в связи с ситуациями утраты (потерей объекта любви и привязанности в результате смерти или болезненного разрыва отношений). Для формирования последних имеют значение истерические или "истерофильные" (обнаруживающие тенденцию к истерическому реагированию) расстройства личности в преморбиде.

**Истерическое сумеречное помрачение сознания** (один из вариантов имеет название синдрома Ганзера) определяется доминированием в сознании ярких галлюцинаций, сопровождающихся соответствующим поведением. Клиническую картину отличает значительная мозаичность поведения в сочетании с демонстративностью — больные то абсолютно безразличны к происходящему вокруг, то бессмысленно хохочут, то без всяких на то оснований выражают испуг. Ответы, несмотря на явную нелепость, находятся в плане вопроса. Больные действуют невпопад, но сохраняется общее направление требуемого действия.

**Психогенное бредоподобное фантазирование** определяется наличием не имеющих тенденции к систематизации идей величия, богатства, особой значимости, надежного покровительства, находящихся в зависимости от внешних обстоятельств (в том



числе — от вопросов врачей), и отражает стремление к уходу от травмирующей ситуации или ее разрешению в фантастически-гиперболизированной форме.

**Псевдодементная форма расстройства** включает в себя проявления мнимого, кажущегося, слабоумия, формирующиеся в течение нескольких дней и сохраняющиеся в течение месяца и более. Состояние больных характеризуется нарочито грубыми демонстрациями нарушения интеллекта (невозможность назвать возраст, дату, перечислить факты прошлой жизни, имена родных, произвести элементарный счет и др.), а также неправильными ответами (миморечь) и действиями (мимодействия). Поведение носит характер дурашливости: неадекватная мимика, вытягивание губ "хоботком", сюсюкающая речь и т.д. В качестве разновидности псевдодементной формы рассматривается пуэрилизм. Основными психопатологическими чертами последнего являются регрессивные проявления вплоть до детской речи, моторики, характерных эмоциональных реакций и поведения: больные шепелявят, бегают мелкими шажками, играют в куклы, просят взять их на ручки.

**Истерический ступор** — симптомокомплекс, проявляющийся выраженным психомоторным торможением и мутизмом на фоне суженного сознания по истерическому типу; поведение больных отражает напряженный аффект (страдание, отчаяние, злобу).

**Симптомокомплекс регресса личности** определяется признаками тяжелого нарушения психических функций, сопровождающегося утратой навыков человеческого поведения. Больные лишаются речи, навыков самообслуживания, передвигаются на четвереньках, едят руками, не удерживают на себе одежду.

**Психические эпидемии**, формирующиеся по механизму индуцированного истерического реагирования, в последнее время опосредованы бесконтрольно циркулирующими сведениями из книжных, журнальных и газетных публикаций, которые комментируются по телевидению или через Интернет. Основными индукторами становятся не только обладатели мистического опыта (приверженцы оккультизма, уфологи, сатанисты и др.), но и различного рода "чудотворцы" (маги, экстрасенсы, специалисты по массовому гипнозу).

При благоприятном течении истерические психогенные расстройства подвергаются обратному развитию за период до 2 мес. При пролонгированном течении (от нескольких месяцев до 2 лет и более) отмечается стойкая локальная конверсионная симптоматика (например, парезы и нарушение чувствительности конечностей, дисфония и т.д.), сочетающаяся с проявлениями псевдодеменции и диссоциативной (селективной, сфокусированной на травматических событиях) амнезии.

### **Психогенные параноиды**

Психогенные параноиды относятся к редким формам психогений; их диагностируют менее чем у 1% больных, госпитализированных в психиатрические больницы. Расстройства возникают на фоне длительного психоэмоционального напряжения, связанного с угрозой своей жизни, жизни или здоровью своих близких, с высокой вероятностью материальной ответственности и судебного наказания, с вынужденной (в частности, тюремной) изоляцией и т.д. Основным психогенным моментом при параноидах (в отличие от реактивных депрессий, чаще всего возникших в результате уже случившегося несчастья) становится как бы вытекающая из сложившейся ситуации и проецируемая на ближайшее будущее опасность жизненной катастрофы. Важным патогенетическим фактором является неблагоприятный характер внешней обстановки — ее специфическое своеобразие, приобретающее свойства психической травмы ("параноиды внешней обстановки", "параноиды военного времени", параноиды, возникающие в условиях путешествий, "бред иноязычного окружения", "миграционный психоз"), или значимое нарушение связей с внешней средой (острые депривационные психозы с патологической интерпретацией происходящего при тугоухости, слепоте и т.д.). Развитию расстройств способствует нервное и соматическое истощение, продолжительное недосыпание, недоедание, злоупотребление психоактивными веществами (алкоголем, опиатами и т.д.). Существенную роль играет конституциональное предрасположение — не только параноидный, но шизоидный, нарциссический, истерический и тревожный типы личностной аномалии.

**Острые психогенные параноиды** (длительность — от нескольких дней до 1 мес) определяются транзиторным бредом отношения и преследования, которому свойственны

элементарность фабулы, резко выраженный аффект тревоги и страха, эмоциональная насыщенность и образность бредовых построений. Содержание бреда отражает в прямом или переносном (бред невинности и помилования осужденных) виде травмирующую ситуацию. Состояние развернутой реакции формируется после короткого (несколько часов) продромального периода и быстро достигает кульминации: нарастающая подозрительность трансформируется в убежденность в смертельной опасности с представлением о вражеском окружении, которое замышляет преступление или уже совершило убийство кого-либо из родственников. Для спасения себя и своей семьи предпринимаются опасные действия: как нападение на мнимых преследователей, так и попытки разрешения ситуации посредством суицида. Бредовые расстройства редуцируются через несколько дней после госпитализации.

**К подострым психогенным параноидам** (длительность — от 1 до 6 мес) относятся тюремные психозы, связанные с условиями заключения (арестом, страхом судебного разбирательства и наказания, тревогой за семью, ожиданием освобождения и т.д.). Существенное значение приобретает изоляция в одиночной камере. Другая триггерная ситуация может быть связана с крупными торговыми и финансовыми операциями, шантажом, угрозой потери работы и полного разорения.

Обострение параноида (малосистематизированных идей преследования) может возникнуть на фоне очередной ссоры с конкурентами или компаньонами — поведение больных с этого момента подчиняется законам детективного жанра: замечают слежку, в каждом человеке узнают киллера, появляются только с охраной или не покидают дом, в качестве последнего предупреждения воспринимают обычный вызов в администрацию, не спят по ночам, меняют место жительства, мигрируют или госпитализируются. Бредовое содержание остается в пределах психогенного комплекса, тесно переплетаясь с реальными событиями.

Редукция бредовых расстройств, несмотря на разрешение психотравмирующей ситуации, начинается в условиях психиатрического стационара и продолжается (с учетом полного восстановления критики) в течение нескольких недель или месяцев.

**Затяжные психогенные параноиды** (длительность — от 6 мес до 2 и более лет) относятся к бредовым расстройствам, которые формируются в рамках паранояльных развитии по механизму "ключевого переживания", обнаруживающих аффиinitет к врожденным свойствам личности (например, патологической ревности, сенситивности или обостренному чувству справедливости). Бред на всем протяжении носит ограниченный, изолированный характер: тенденции к усложнению или генерализации не отмечается. Наиболее распространенными вариантами являются затяжные сутяжные реакции. Состояния чаще всего развиваются после 40 лет и разрешаются постепенно по мере дезактуализации конфликтной ситуации. При неблагоприятном стечении обстоятельств может вновь возникнуть вспышка сутяжничества.

### **3.3. Диагностика, дифференциальная диагностика, терапия**

При отграничении психогений от других заболеваний принято ориентироваться на критерии хронологической связи начала болезни с психической травмой и окончания болезни после ее исчезновения, а также сохранения "понятной" связи между содержанием психотравмирующей ситуации и фабулой болезненных проживаний. В практической жизни этих критериев недостаточно, диагностика опирается также на современные этиопатогенетические признаки, характерную картину и клиническое содержание, присущие реактивным состояниям.

Психогении чаще всего приходится дифференцировать с расстройствами эндогенного круга (шизофрения, шизоаффективные расстройства, эндогенные депрессии и мании), реже — с психическими заболеваниями другого генеза (органические, в том числе атрофические, заболевания ЦНС, алкоголизм и др.).

При шизофрении психогенный фактор является лишь пусковым механизмом, а клиническая картина и течение заболевания формируются в соответствии с закономерностями, свойственными эндогенному заболеванию. Дифференциация психогений и проявлений вялотекущей шизофрении становится возможной на основании признаков реактивной лабильности ("ремиттирующая реактивность"), связанных не столько с характером и интенсивностью психотравмирующего воздействия или условиями, предрасполагающими к формированию того или иного типа психогений, сколько со

свойствами эндогенного процесса. Повторные реакции при шизофрении отличаются шаблонным характером или парадоксальностью, могут чередоваться с аутохтонными экзацербациями эндогенного заболевания.

В клинической картине шизофренических реакций доминируют нарушения мышления по шизофреническому типу, пароксизмально возникающие сенестоалгические расстройства, грубое психопатоподобное поведение с импульсивными поступками или чужаковатостью. При превалировании истероформных проявлений в рамках шизофренических реакций отмечаются признаки утраты произвольности свойственных больным фантазий. Истерические психогенные расстройства, затрагивающие двигательную сферу, отличаются от проявлений кататонии -застывания в вычурных позах, стереотипизации и однообразности движений. При психогенно спровоцированном приступе параноидной шизофрении (в отличие от психогенных параноидов) обнаруживается тенденция к генерализации бреда, "непонятность" и нелепость бредовых построений, далеко выходящих за рамки психогенного содержания. Даже после редуцирования бреда критическое отношение к перенесенному психозу полностью не восстанавливается.

При дифференциации психогенных и эндогенных депрессий следует указать на отсутствие связи динамики последних с особенностями психотравмирующей ситуации и ее последствий. Появление аффекта тоски при психогенных депрессиях отражает не беспричинную душевную боль, как при эндогенных аффективных расстройствах, а мотивированное чувство, отражающее реальные обстоятельства.

При дифференциации психогенных и алкогольных психозов (в частности, параноидов) следует учитывать преобладание обманов восприятия (галлюциноз с алкогольной тематикой, характерные зрительные галлюцинации), в то время как при психогенных психозах доминируют бредовые толкования.

**Терапия.** Для купирования психогений и профилактики повторных реакций (с учетом сенсibiliзирующего воздействия психотравмирующей ситуации) используют широкий комплекс лечебных воздействий: медикаментозных, психотерапевтических,

физиотерапевтических, социальных. Лечение кратковременных или стертых форм психогений может проводиться в амбулаторных условиях. Значительная часть больных (с острыми истерическими или бредовыми психозами, а также с тяжелыми аффективными расстройствами) нуждается в госпитализации для выведения за пределы психотравмирующей ситуации и применения интенсивных методов лечения. Предикторами недостаточной эффективности и тенденции к хронификации расстройства являются отягощенность личностными расстройствами с дефицитарными чертами в преморбиде и нарастание патохарактерологических изменений по мере развития психогении.

Для купирования психомоторного возбуждения, выраженного аффекта страха и тревоги в зависимости от клинических проявлений и тяжести расстройства могут использоваться препараты для парентерального введения: транквилизаторы (диазепам, фенозепам, клоназепам) или нейролептики (аминазин, галоперидол). По мере уменьшения психотических проявлений их назначают внутрь.

Основное место в лечении психогенных депрессий принадлежит тимолептикам, которые при необходимости могут сочетаться с препаратами других психофармакологических групп. При тяжелых депрессиях, сопровождающихся выраженной тревогой и значительными нарушениями сна, аппетита и других соматических функций, показаны трициклические антидепрессанты (амитриптилин, кломипрамин, доксепин) в дозе 75—150 мг/сут и более. Быстрый эффект достигается при парентеральном внутривенном капельном введении комбинаций антидепрессантов и транквилизаторов. При депрессиях легкой и умеренной степени тяжести с преобладанием астенической, апатической, соматоформной и ипохондрической симптоматики предпочтительны антидепрессанты новой генерации — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, циталопрам, пароксетин — по 20—40 мг/сут — флувоксамин, сертралин — по 50—100 мг/сут) или селективный стимулятор обратного захвата серотонина (тианептин — 12,5—37,5 мг/сут). Лекарственная помощь при психогенных истеродепрессиях предусматривает сочетание антидепрессантов с транквилизаторами, а также атипичными нейролептиками в малых дозах — 2—4 мг/сут (перизиазин, флупентиксол, оланзапин, рисперидон). При терапии психогенных

депрессий необходимо купировать сопутствующие им нарушения сна, в связи с чем на ночь назначаются гипнотики (нитразепам, феназепам, золпидем и др.).

Купирование психогенных маний, протекающих с признаками идеаторного и двигательного возбуждения, происходит с участием нейролептиков - как традиционных (галоперидол, хлорпротиксен), так и атипичных (оланзапин, рисперидон, клозапин).

Лечение подострых и затяжных психогенных параноидов не имеет существенных отличий от терапии бредовых психозов эндогенной группы — особое значение приобретают нейролептики (галоперидол, стелазин, азалептин, зипрекса) в средних и высоких дозах.

Психотерапия, являющаяся важным компонентом лечения психогенных реакций, должна ориентироваться на этап динамики расстройства: преобладание щадящего, поддерживающего подхода в остром периоде с увеличением проработки травматического материала в последующем. На начальных этапах терапии особое значение приобретают особенности взаимоотношений врача с пациентом — способность к установлению доверительных отношений, переоценке травмирующей ситуации, ревизии самооценки больного и его восприятия окружающего мира. В лечении психогенной симптоматики активно используются поддерживающая (рациональная), когнитивно-поведенческая (направленная на вербализацию и проработку травматических воспоминаний) и суггестивная (с проведением прогрессивной релаксации и десенсибилизации фобических стимулов) методики.

## ГЛАВА 4. ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

**Определение и классификация.** Определение личностных расстройств (ЛР) как онтогенетической патологии, характеризующейся дисгармоничностью психического склада и не претерпевающей существенных изменений на протяжении жизни, близко к широко используемому в прежние годы понятию конституциональных психопатий. Общим проявлением нарушений у лиц с ЛР является то, что особенности, выделяющие их из числа других людей, не воспринимаются как чуждые им (эгосинтонность) и редко являются непосредственным поводом для обращения за медицинской помощью, хотя от "ненормальности" этих лиц всегда страдают они сами или их окружение.

Динамика ЛР, помимо развития, связанного с возрастом, определяется рядом факторов: повышенной уязвимостью этих лиц к психогенным и соматогенным факторам с характерной несоразмерностью реакции силе воздействия, а также чрезмерной чувствительностью к биологическим сдвигам, связанных с возрастными кризисами, менструальным циклом, беременностью, родами и т.д.

Классификация ЛР в МКБ-10 включает наиболее значимые характерологические типы: параноидное ЛР (F60.0); шизоидное (F60.1); диссоциальное (F60.2); эмоционально неустойчивое (F60.3) - импульсивный (F60.30) и пограничный типы (F60.31); истерическое ЛР (F60.4); ананкастное (F60.5); тревожное (уклоняющееся) — F60.6; зависимое (F60.7).

**Эпидемиология.** Согласно современным данным, ЛР встречаются у 6—14% населения. Распространенность ЛР выше среди городского населения и в группах с низким социально-экономическим статусом. Истерический и зависимый типы ЛР чаще наблюдаются у женщин, в то время как среди психопатических личностей шизоидного, диссоциального и обсессивно-компульсивного типов преобладают мужчины. Распределение ЛР вне связи с типологией встречается с одинаковой частотой у мужчин и женщин.

### Клиническая характеристика

#### 4.1. Основные типы личностных расстройств Параноидное расстройство личности

Базисные черты: безосновательная недоверчивость ("сверхбдительность"), подозрительность, тенденция к образованию аффективно заряженных сверхценных идей. В зависимости от тематики сверхценных идей различают несколько основных параноических типов личности: ревнивцев, изобретателей, кве-рулянтов, фанатиков и др. В соответствии с характером сверхценных образований формируются необоснованные подозрения, имеющие отношение к посягательству на их права, их собственность, их супругу или сексуального партнера. Рассматривая источник своих страданий вне самих себя, они обнаруживают высокую степень неуживчивости и агрессии, могут представлять опасность для окружающих.

Для *экспансивного полюса* параноидного ЛР типичны стенические черты, повышенное самомнение, чувство безмерной правоты, не критичность, а также воинствующе-щепетильное отношение к вопросам, связанным с собственными правами. Ярким примером являются кверулянты, сутяги, деятельность которых направлена на восстановление личных прав. Стеничность кверулянтов проявляется в бесконечных жалобах и письмах, посылаемых в различные инстанции. Даже из неудач они черпают силы для новой борьбы. К экспансивным параноикам относится группа фанатиков. Деятельность последних подчинена одной идее, слепая вера в которую не требует логического обоснования. Такие лица нередко возглавляют разного рода религиозные секты и движения. Выделяют особый тип - "вялых фанатиков", слепо идущих за лидером. У лиц *сенситивного полюса* параноидного ЛР преобладают чувство ущемленности и чрезмерная обидчивость, часто сопровождающиеся идеями отношения (например, они замечают, что окружающие подсмеиваются над ними, в обращенных к ним высказываниях улавливают скрытый смысл). Сенситивных параноиков отличает обостренное чувство унижительной для них несостоятельности по отношению к стандартам (профессиональным, житейским и др.), которые они сами же для себя и устанавливают. Таким лицам постоянно кажется, что их оценивают значительно ниже, чем они того заслуживают, препятствуют росту по службе, эксплуатируют. Параноидный тип ЛР часто является "почвой", на которой развивается параноидное расстройство (хотя бредообразование может возникать и на базе других конституций).

## **Шизоидное расстройство личности**

Базисные черты: интровертированность (обращенность к сфере внутренних переживаний) с тенденцией к образу жизни, ориентированному на самодостаточность и установление формальных контактов с окружающими. Шизоид не смешивается со средой: всегда сохраняется "преграда" между ним и окружающим. С раннего детского возраста он отдает предпочтение уединенным занятиям. Ускоренное умственное развитие сочетается с некоторым отставанием в двигательной сфере: характерны неестественность, угловатость и однообразие моторики. Однако встречаются лица с высокоразвитыми мануальными навыками.

Шизоидные особенности имеют внешнее проявление: мимика ограничена набором стандартных выражений, разговор ведется как бы на одной ноте, одежда стилизована — либо подчеркнутая изысканность, либо преднамеренная небрежность. Шизоидный темперамент проявляется недостаточностью и дисгармоничностью эмоциональной сферы по типу психэстетической пропорции, определяющейся различными соотношениями между гиперестезией, или повышенной чувствительностью и анестезией, или холодностью. У шизоидных лиц рано обнаруживается склонность к нестандартному мышлению (например, необычное освещение простого вопроса) и неконвенциональному поведению. Большинство шизоидов приспосабливаются к реальной жизни, ограничивая ее узким кругом профессиональных проблем, и могут вместе с тем обнаруживать полную беспомощность при решении простых житейских вопросов.

Наиболее адаптированный тип представлен лицами с шизоидным ЛР *экспансивного полюса*, которые отличаются высокой работоспособностью, приводящей к профессиональным успехам. Среди этой группы — лица крутого нрава, тираны, сухие прагматики с присущим им догматизмом и безапелляционностью в суждениях. В конфликтной ситуации могут отмечаться вспышки гнева и неожиданные для других поступки. К этому кругу относятся шизотипические личности (с чертами из круга фершробен — чудачки, оригиналы), имеющие общие черты с экспансивными шизоидами: гиперактивность, одностороннюю направленность интересов, эмоциональную холодность. Отличительная их черта — экстравагантность и необычность всего личностного склада (мышления, эмоций, речи, внешности, поведения). Они плохо чувствуют собеседника, не понимают тонкостей, юмора и намеков, могут говорить невпопад, без чувства такта и дистанции, часто пополняют когорту отрешенных от действительности людей, посвятивших себя причудливым увлечениям. Среди них встречаются высокоодаренные индивидуумы, которым принадлежат открытия в области науки, оригинальные произведения в области живописи и поэзии.

*Сенситивные шизоиды* — лица со "сверхнежной" организацией (скромные, мечтательные, болезненно самолюбивые, тонко и глубоко чувствующие) и резко ограниченным кругом прочных привязанностей. Под действием значимой психической травмы (в первую очередь — этических конфликтов) они легко теряют душевное равновесие, усиливается их отгороженность от мира, появляются астенодепрессивные симптомы. Хотя патологическая замкнутость — базисная черта, объединяющая все варианты шизоидного ЛР, — в категории истинных *аутистов* она ярко выражена: не доставляют удовольствия контакты с людьми, не обнаруживается стремления к дружбе, привязанность возникает лишь к близкому родственнику или другу со сходным характером и мировоззрением. Аутисты выбирают работу вне коллектива, чтение книг, рыбную ловлю и т.д. Связанная с недостаточностью непосредственного контакта с внешним миром дисгармония личности компенсируется глубоким анализом происходящего, тонким эстетическим восприятием природы, художественных произведений.

## **Диссоциальное расстройство личности**

Базисные черты — неспособность следовать общепринятым нормам и игнорирование требований окружающих. Это психопаты с недоразвитием высших нравственных чувств ("болезненная бессердечность"), лишенные чувства сострадания, совести, чести, стыда, вины и раскаяния. Неспособность к любви, привязанности к другому лицу, сохранению верности, а также неумение учиться на прошлом опыте отмечаются с ранних лет. Эти лица отличаются жестокостью и распушенностью: мучают животных, издеваются над младшими, проявляют открытую враждебность к окружающим.

Ценность других редуцируется до их полезности. **Не** достигнув совершеннолетия, начинают воровать, убегают из дома, бродяжничают, обманывают, используют вымышленные имена. Безрассудно игнорируют безопасность окружающих: характерно совершение действий, вступающих в противоречие с законом (повторные драки, нападения, скандалы).

Рано формирующаяся у них склонность к злоупотреблению наркотиками и спиртными напитками нередко сочетается с плохой переносимостью психоактивных веществ. В состоянии опьянения обнаруживается еще большая жестокость и конфликтность. Систематическая трудовая деятельность для них непереносима. Их личная жизнь в связи со склонностью игнорировать традиции и грубо нарушать семейный уклад часто оказывается неустроенной. Отмечаются постоянное стремление к острым ощущениям и импульсивность поведения, сочетающиеся со снижением способности личности к планированию и суждениям, а также крайне низкая толерантность к фрустрациям и низкий порог разрядки агрессии, включая насилие.

### **Эмоционально неустойчивое расстройство личности**

Эта форма расстройства личности в МКБ-10 представлена **импульсивным (возбудимым) и пограничным типами**. Общими патохарактерологическими чертами являются импульсивность с ярко выраженной тенденцией действовать без учета последствий, недостаточность самостоятельности в принятии важных решений, дефицит аффективного контроля, неустойчивость межличностных взаимоотношений со склонностью впадать в зависимость от малознакомых людей. Реакции даже на незначительные психические травмы отличаются резкими (полярными) изменениями настроения от глубокого уныния до заметного эмоционального подъема по типу короткого цикла, каждый из которых длится от нескольких часов до 1—2 дней. Крайняя изменчивость и неустойчивость настроения у этой группы лиц сопровождается эпизодическим проявлением дисфории, а также "поведенческими взрывами" с аффективно суженным сознанием и психомоторным возбуждением.

**Импульсивный тип личности** свойственен активным, но неспособным к длительной целенаправленной деятельности людям. Среди них нередки лица с расторможенностью влечений, склонные к перверсиям и сексуальным эксцессам. При благоприятной динамике в условиях положительного влияния внешней среды эти психопатические проявления могут стабилизироваться и частично компенсироваться. При неблагоприятном течении отмечается усиление психопатических особенностей, приводящее к беспорядочной жизни и неспособности сдерживать влечения. В наиболее тяжелых случаях на первый план выступают акты агрессии и насилия, совершаемые во время аффективных вспышек (часто — в ответ на осуждение или отвержение со стороны других) и нередко приводящие к столкновению с законом.

**Пограничный тип личности** в отличие от других ЛР имеет аффинитет к определенному возрасту: максимальная распространенность пограничного ЛР обнаружена у 19—34-летних лиц; наблюдается отчетливая тенденция к снижению показателя по мере увеличения возраста.

Особенностями клинической структуры пограничного ЛР являются значительный полиморфизм и изменчивость проявлений, в основе которых лежат кардинальные нарушения личности. Базисный признак: нарушение аутоидентификации по типу "диффузной идентичности". Последняя определяется выраженной и длительно сохраняющейся нестабильностью в представлении о самом себе или в самооценке, непостоянством жизненных установок, целей и планов, а также отсутствием четкости в разграничении восприятия прежних трудностей и актуальных проблем. В отличие от импульсивного типа при пограничном ЛР аффективные кризы ("депрессии заброшенности"), возникая в виде нарастающей растерянности и тревоги, чаще сопровождаются импульсивными актами самоповреждения и суицидальными попытками, а не проявлениями насилия. Свойственный этому типу риск суицидального поведения может проявляться и без явных провоцирующих факторов, принимая характер повторных угроз или суицидального шантажа (парасуицидальное поведение). Дефицит прогнозирования у этих лиц сочетается со способностью к частичному использованию предыдущего опыта в рамках реакции и поиску приемлемого выхода из создавшейся ситуации. Хотя их жизненный путь представляется неровным — сопровождается неожиданными "зигзагами"

в социальной и семейной жизни (преодолевающая все преграды любовь с последующим внезапным разрывом, резкая смена работы после незначительного профессионального конфликта), это не приводит к формированию стойкой дезадаптации.

Формирование проявлений "аффективного дисбаланса" происходит в рамках смены длительных периодов подъема с повышенной активностью и ощущением оптимального функционирования дистимическими фазами. Неотъемлемой частью структуры патологии при пограничном ЛР часто становятся коморбидные расстройства: нарушения пищевого поведения (булимия, анорексия), лекарственная и алкогольная зависимость, промискуитет

и т.д. При диагностике следует учитывать, что пограничное ЛР перекрывается с другими ЛР — нарциссическим, инфантильным, диссоциальным или шизотипическим ЛР.

ЛР эмоционально неустойчивого круга часто являются "почвой", на которой развиваются реактивные психозы, дистимия, наркомания, токсикомания, алкоголизм (хотя они могут возникать и на базе других конституций).

**Истерическое расстройство личности.** Базисные черты: эмоционально заряженное стремление к оригинальности и требование признания со стороны окружающих, сочетающиеся с постоянно высоким внутренним напряжением и гиперчувствительностью к межличностным отношениям ("диффузная нервозность"). Свойственная истерикам неаутентичная (искусственная) эмоциональность, уменьшающая напряженность и реактивность, может казаться окружающим поверхностной, особенно с учетом капризности, непрочности привязанностей и нестойкости интересов. Эксцентричность в одежде, экспрессивные формы поведения и "театральные" поступки рассчитаны на внешний эффект и мало отражают внутренние предпочтения.

Истерический когнитивный стиль имеет особенности: преобладание образного мышления, склонность к повышенной внушаемости и вытеснению объективной правды, что проявляется диссоциированностью поведения и склонностью к выдумкам. Импульсивность, конфликтность и тенденция к необдуманным поступкам связаны с преобладанием "аффективной логики" и ограничены временными рамками эмоциональных вспышек. Склонность к подражанию и разным авантюрам, а также к поиску проявлений никому неизвестных, таинственных заболеваний обнаруживается у истериков с ранних лет. В зрелой жизни они оказываются мало приспособлены к занятиям, требующим хорошей организации, основательных знаний, солидной профессиональной подготовки и длительного напряжения во имя целей, не обещающих немедленных результатов. Эти лица предпочитают праздную жизнь с показной пышностью и разнообразными развлечениями, стремятся следовать моде, "боготворят" популярных артистов и т.д. Обнаруживают склонность к эротизации межличностных связей: заводят многочисленные, непродолжительные романы, которые поначалу всегда сопровождаются обильными сексуальными фантазиями, символическими снами, бурными проявлениями чувств с импульсивными поступками. Они могут проявлять "прилипчивую зависимость" в сексуальных взаимоотношениях с формированием сверхценного отношения к другому лицу по типу стойкой экстатической привязанности. На протяжении жизни они "переходят от одного кризиса к другому", не достигая духовной зрелости даже в пожилом возрасте. Для самосознания истерика характерно сохраняющееся "чувство маленького, пугливого и дефективного ребенка, преодолевающего трудности в мире, где доминируют сильные и чужие другие".

Выделяются *гистрионный* (включая наиболее тяжелый вариант — патологических лгунов) и *блазирванный* типы. Для *гистрионного типа* с преобладанием собственно "сценических" качеств характерно стремление произвести выгодное впечатление, предстать в глазах окружающих в ореоле необычности, загадочности, исключительности с тенденцией к самоутверждению и самовосхвалению и поощрению популяризирующих их людей. В отличие от основного числа гистрионных личностей, у которых "театральное" поведение носит социально адаптивный характер, поведение патологических лгунов продиктовано корыстными целями, приводящими к столкновению с законом. Из числа этих субъектов формируется пестрая галерея мелких мошенников, прорицателей, брачных аферистов и шарлатанов. Отличительными особенностями блазирванного типа являются психофизический инфантилизм, молоджавость и грацильность, сочетающиеся с наигранными наивностью и откровенностью. В ситуациях длительного психического



напряжения у них обнаруживается склонность к ипохондрическим, конверсионным и астеническим проявлениям. Демонстрируя непрактичность, они обнаруживают житейскую хватку и достаточную приспособляемость. Называя себя слабыми, они способны поставить окружающих в зависимость от своих желаний и капризов.

Некоторые авторы выделяют как разновидность истерического *нарциссическое ЛР*. Базисные черты: грандиозное чувство собственной значимости и исключительности, поглощенность фантазиями о небывалом успехе, неограниченной власти, блеске, красоте и идеальной любви. Свойственная им патологическая амбициозность, перфекционизм, стремление к престижности и высоким социальным рангам сочетаются с сознанием превосходства над окружающими. "Нарциссы" высокомерны, склонны преувеличивать свои знания и правоту, всегда уверены в том, что их нужды — особые и находятся за пределами понимания обычных людей ("нарциссическая фальсификация действительности"). Они болезненно реагируют на критику и требуют от окружения постоянного восхищения. В отличие от истерических личностей, сохраняющих способность к эмпатии, любви к близким и заботе о них, нарциссы демонстрируют безразличие к интересам и чувствам окружающих, воспринимая их как "безликую аплодирующую массу".

ЛР истерического круга часто являются "почвой", на которой развиваются соматизированное, конверсионное и ипохондрическое расстройства, нарушение пищевого поведения, а также психическая патология типа эротической одержимости (хотя они могут возникать и на базе других конституций).

### **Расстройства личности психастенического круга**

Эта форма психопатии представлена в МКБ-10 ананкастным (обсессивно-компульсивным) и тревожным (уклоняющимся) типами. Общими чертами являются неуверенность в себе, склонность к сомнениям, рассудочность, отсутствие непосредственности и скованность, проявляющиеся в поведении.

**Ананкастное (обсессивно-компульсивное) ЛР** объединяет лиц, которых часто называют "живыми машинами": их отличает любовь к чистоте и порядку, неукоснительное выполнение правил и инструкций. Педантизм проявляется в мелочной аккуратности и озабоченности деталями. Приверженность к устоявшимся канонам, консерватизм и ригидность проявляются во всех сферах жизни, но особенно — при решении вопросов этики и морали. Ананкасты стремятся следовать общепринятым стандартам. Они хорошо ориентированы в практической стороне жизни и явно предпочитают работу праздному досугу: в "свободное время" испытывают дискомфорт, откладывают отдых, считая его "потерянным временем".

Считая себя надежными в работе, они не желают разделять ответственность и полагаются только на себя. Неспособность ананкаста вытеснять сомнения затрудняет и тормозит осуществление действия. Стремясь разрешить сомнения, эти люди обнаруживают необыкновенную "занудливость": не считаясь со временем и желанием других, проверяют и перепроверяют данные им задания, требуют, чтобы им разъяснили все до мельчайших деталей. Взаимоотношения с людьми вне зависимости от ситуации всегда имеют у ананкастов оттенок "деловой" или "экономической" необходимости, никогда не определяются непосредственными душевными движениями. В обыденной жизни они склонны избегать нарушения привычного стереотипа, придают значение всевозможным приметам, выполняют предотвращающие и защитные ритуалы. Одно из ярких проявлений ананкастно-го ЛР — экономность — в ситуации нестабильности может утрачивать обоснованность, приобретая черты патологической скупости. Ананкастное ЛР смыкается с группой шизоидов и тревожными ЛР.

**Тревожное (уклоняющееся) ЛР.** Базисные черты: тревожность, нерешительность, ощущение собственной неполноценности, гиперчувствительность к внешним оценкам, приводящая к нарушениям в сфере межличностных отношений и ограничению контактов. Боязливость (страх темноты и одиночества, избегание драк и шумных выяснений отношений) отмечается с ранних лет. В качестве партнеров часто выбирают лиц младшего возраста, с которыми они чувствуют себя более уверенно.

Особенно заметны проявления тревожности, страх неодобрения и избегающее поведение при вступлении в самостоятельную жизнь. В рамках деловой ситуации, опасаясь неодобрения со стороны начальства, они часто не решаются поступать по собственному разумению, избегают ответственности, не проявляют активности,

необходимой для повышения по службе. При этом в экстремальных ситуациях эти лица могут совершенно неожиданно обнаруживать несвойственную им ранее решимость и отвагу. В повседневной жизни их отличают развитое чувство долга и совестьливость со склонностью к обостренной рефлексии, способности к сочувствию и состраданию. Взаимоотношения с окружающими в значительной степени определяются представлением о собственной малоценности и превосходстве других людей. Затруднения в интимных отношениях могут быть обусловлены чувством неполноценности, страхом перед упреками или насмешками со стороны сексуального партнера. При диагностике следует учитывать, что тревожное ЛР перекрывается как с другими расстройствами, объединенными доминированием тормозимых черт (ананкастных, зависимых), так и с шизоидным ЛР.

ЛР психастенического круга часто являются "почвой", на которой развиваются тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства (хотя они могут возникать и на базе других конституций).

### **Зависимое личностное расстройство**

Базисные черты - пассивное прекладывание на других большей части важных решений и подчинение собственных потребностей потребностям других людей, с которым образованы зависимые отношения. В обыденной жизни их отличает безынициативность, нежелание предъявлять близким даже разумные требования. Отсутствие соответствующей возрасту самостоятельности коррелирует с повышенной утомляемостью даже при привычных нагрузках. Зависимые личности обычно ограничиваются второстепенными ролями, послушно выполняют порученное им другими, безропотно сносят все обиды и унижения. В семье находятся на положении "взрослых детей" — взаимоотношения формируются исключительно по симбиотическому типу. Состояния декомпенсации (астенотревожные расстройства) связаны либо с необходимостью принятия самостоятельного решения, либо с ситуацией разлуки с супругом или другим объектом симбиотической привязанности. В более тяжелых случаях (развод, болезнь опекуна) возможны реакции отказа ("ухода из действительности"). При диагностике следует учитывать, что черты зависимости выступают в рамках многих патохарактерологических структур — при истерическом, пограничном, тревожном (уклоняющемся) ЛР, а также множественной личности.

**Динамика ЛР**, формирующаяся в рамках либо возрастного развития, либо конституциональных реакций, либо патологических психопатических развитии, отличается яркостью и разнообразием проявлений, которые отражают 2 основные тенденции — к компенсации (обычно эти лица остаются вне поля зрения врача) или декомпенсации. Согласно клинко-эпидемиологическим данным, наиболее благоприятны перспективы компенсации при шизоидном, нарциссическом, ананкастном и тревожном ЛР. При диссоциальном ЛР, как показали многолетние наблюдения клинической и судебно-психиатрической практики, лишь у незначительной части пациентов с годами обнаруживается тенденция к компенсации со способностью к соблюдению гражданских норм.

Возрастная динамика при ЛР имеет отличия от таковой при нормальном развитии личности. К наиболее клинически значимым возрастным кризам относятся периоды полового созревания — 11—17 лет и инволюции — 45—60 лет. В эти периоды обнаруживается особая уязвимость к изменениям привычного стереотипа. Провоцирующими факторами становятся перемена места жительства, работы или выход на пенсию. В среднем возрасте ЛР могут становиться менее явными, что особенно характерно для ЛР драматического кластера (истерических и других с проявлениями нарушения аффективного контроля и выраженного инфантилизма).

Среди внешних факторов, способствующих декомпенсации, чаще всего отмечаются утрата лиц из близкого окружения, ухудшение соматического состояния, семейные неурядицы. Шизоидные и психастенические личности легко декомпенсируются в связи со служебными конфликтами, в то время как для истерических и эмоционально-лабильных лиц более значимы семейные проблемы или служба в условиях жесткой дисциплины. Следует учитывать, что у психопатических лиц могут развиваться гетерогенные реакции, не соответствующие структуре данного ЛР (диагностика в этих случаях проводится в соответствии с критериями психогений).

Еще одной формой динамики ЛР является так называемое *патологическое развитие личности*, в основу которого часто ложатся "универсальные", выявляющиеся при большинстве типов ЛР формы реагирования, — депрессивная, истерическая и ипохондрическая, а также паранояльная. В основе этого типа динамики часто лежит кататимный механизм (психотравмирующее событие обнаруживает тропность к скрытым или явным сверхценным комплексам - например, расстройство типа пограничной эротомании у "фанатиков чувств"). Патологическое развитие длится годами, в то время как длительность конституциональных реакций исчисляется неделями или месяцами.

#### **4.2. Диагностика, дифференциальная диагностика, терапия**

**Диагностика.** Для диагностики ЛР необходимо установить дисгармонический склад личности как постоянное, чаще - врожденное свойство индивидуума, сохраняющегося в том или ином виде в течение всей жизни. Выраженность, тотальность и устойчивость патологических нарушений личности при ЛР должны соотноситься с характерными для этих лиц дезадаптивными моделями поведения, затрагивающими различные сферы психической деятельности (эмоциональную, интеллектуальную, перцептивную, социально-коммуникативную, психосексуальную и др.). При этом у большинства лиц с ЛР наряду с другими патологическими чертами можно выявить признаки незавершенности развития ("парциальный инфантилизм"), а также незрелые (часто примитивные) формы защитного поведения. Важными объективными критериями являются манера общаться и стиль взаимоотношений, выявляющие тенденции к конфронтации, эмпатии, игнорированию, нестабильности и т.д. и определяющие те или иные особенности личности. В качестве дополнительных признаков, помогающих утвердиться в диагнозе, могут использоваться данные о наследственной отягощенности ЛР и патохарактерологических нарушениях в анамнезе.

**Дифференциальная диагностика.** ЛР занимают особое положение среди других нозологических форм: одним полюсом психопатические расстройства примыкают к тяжелым эндогенным психозам, а другим - к широкому спектру психогений, в частности, к расстройствам адаптации. В рамках диагностики ЛР возникает также проблема их отграничения от органических заболеваний, невротических расстройств и постпроцессуальных резидуальных состояний. Учитывая возрастной аспект, следует подчеркнуть, что одной из наиболее трудных проблем является верификация формирующегося ЛР у подростков.

Среди критериев, свидетельствующих против предположения о ЛР, в ряду остальных отмечаются остро возникающие психопатические проявления: ЛР формируется постепенно, годами. Нехарактерны генерализация (расширение) и изменчивость симптоматики, а также падение продуктивности и работоспособности, возникающие вне связи с ситуационными воздействиями.

При дифференциации ЛР с шизофренией надежными диагностическими критериями становятся симптомы первого ранга, даже выступающие в рудиментарном виде - явления психического автоматизма, обманы восприятия, бред, характерные расстройства мышления — ощущение пустоты в голове, обрыв или наплывы мыслей. Наибольшее затруднение представляет дифференциация ряда ЛР с вялотекущей шизофренией. При нажитых процессуально обусловленных психопатоподобных изменениях дебют ограничен во времени и проявляется в "надломе", приводящем к значительному "сдвигу" в структуре личности.

Псевдопсихопатии определяют такие негативные признаки общего порядка, как усиление эгоцентризма, эмоциональная монотонность, недоступность, социальная отгороженность, патологическая стереотипизация жизненного уклада. При диссоциальном ЛР, особенно при наличии признаков ранее перенесенного приступа, выраженных эмоциональных изменений, необходима дифференциация с психопатоподобной, гебоидной шизофренией. При отграничении шизодного типа ЛР от шизофрении в пользу последней свидетельствует "бедный аутизм" с недоступностью, крайне парадоксальными реакциями и отсутствием каких-либо привязанностей.

При наличии органического или соматически обусловленного поражения ЦНС исключение диагноза ЛР (в частности, эмоционально неустойчивого, истерического и психастенического круга) основывается на клинической картине психоорганического синдрома с массивными вегетативными расстройствами, ме-теопатией, упорной

инсомнией, выраженной истощаемостью, проявлениями деменции, пароксизмально возникающими психосенсорными расстройствами, гиперкинезами и т.д. Для органического поражения головного мозга в большей степени, чем для ЛР, характерны грубые расстройства поведения, назойливость, однообразное моторное беспокойство. Существенное значение для диагностики имеют очаговые неврологические признаки и проявления отчетливой ликворной гипертензии.

В случаях ЛР с эпилептоидными и импульсивными чертами, выраженными вспышками гнева и злобности, решающее значение имеют отсутствие истинных эпилептических пароксизмов, а также присущей больным эпилепсией вязкости аффекта, слащавости и чрезмерной обстоятельности.

**Терапия.** Современные подходы к терапии ЛР, направленные на коррекцию психического состояния, предполагают комплексное воздействие. При компенсации или легких проявлениях декомпенсации ЛР, как правило, медицинской помощи не требуется. При проявлениях дезадаптации или усилении социопатических тенденций коррекция проводится с помощью социально-средовых и педагогических мер, а также путем психотерапевтической работы с родственниками.

В системе лечебных мероприятий большая роль принадлежит психотерапии. К группе наиболее нуждающихся в последовательной индивидуальной терапии с использованием кардинально действующих техник относятся пациенты с диссоциальным, пограничным и нарциссическим ЛР.

Биологическая терапия в большинстве случаев направлена на купирование той или иной психопатической вспышки; гораздо реже она становится психофармакотерапевтической стратегией, позволяющей этим лицам преодолевать стойкую утрату работоспособности и адаптироваться к окружающему миру, невзирая на выраженность ЛР.

Основными показаниями для использования психотропных средств являются затяжные личностные реакции, протекающие с генерализацией психопатических проявлений и коморбидными расстройствами (аффективными, диссоциативными, конверсионными, ипохондрическими, социофобическими, навязчивыми или бредоподобными), близкими к базисным патохарактерологическим свойствам. Соответственно терапевтическая схема может включать арсенал психотропных средств, лишенных выраженных побочных эффектов, в первую очередь — признаков "поведенческой токсичности". Для терапии реакций в группе ЛР с проявлениями аффективного дисбаланса (пограничные, истерические, эмоционально неустойчивые, диссоциальные, нарциссические ЛР) предпочтительны тимолептики, селективно воздействующие на регуляцию серотонинергической функции (флуоксетин, циталоп-рам, флувоксамин, сертралин). Для купирования расстройств при ЛР, относимых к тревожному кластеру или характеризующихся выраженными сенситивными чертами (обсессивно-компульсивные, тревожные или уклоняющиеся и зависимые ЛР), используются в первую очередь транквилизаторы (алпразолам, лоразепам, клоназепам, феназепам). При разработке терапевтического курса следует учитывать склонность к формированию у этих лиц синдрома лекарственной зависимости, строго лимитировать суточную дозу транквилизаторов и длительность их приема.

В случаях выраженных проявлений декомпенсации, особенно с агрессивным и самоповреждающим поведением, бредовыми вспышками, часто возникает необходимость включения в терапевтическую схему небольших доз нейролептиков, психотропное действие которых не сопровождается тягостным седативным эффектом (флупентиксол, трифлюоперазин, оланзапин, рисперидон, эглонил, кветиапин). Когда в клинической картине преобладают присущие возбудимой психопатии брутальность, и/или расстройства влечений, наиболее эффективны перициазин, галоперидол, клозапин, а также нормотимики (карбамазепин, депакин).

## ГЛАВА 5. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

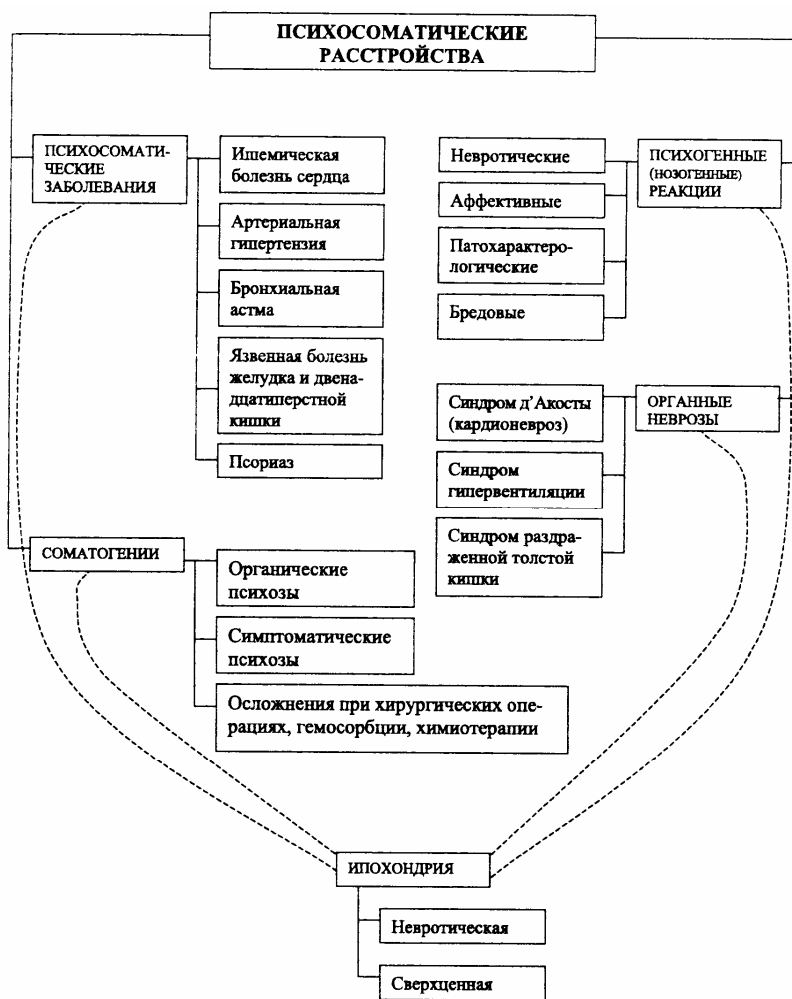
**Определение и классификация.** Психосоматические расстройства — группа болезненных состояний, возникающих при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов. Проявляются они соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов.

Первоначально под психосоматическими расстройствами понимали заболевания, в патогенезе которых существенную роль играют неблагоприятные психотравмирующие воздействия (ишемическая болезнь сердца — **ИБС**, артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма — **БА**, псориаз и др.).

В соответствии с современной классификацией, к психосоматическим расстройствам (схема 6) причисляют не только психосоматические заболевания в традиционном, узком, понимании этого термина, но и значительно более широкий круг нарушений: соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции на соматическое заболевание. К этому ряду относятся также нарушения, осложняющие некоторые методы лечения (например, депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования; аффективные, тревожные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ; психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией - нервная анорексия, булимия и др.

В МКБ-10 специального раздела для психосоматических расстройств не предусмотрено. Они могут классифицироваться в следующих рубриках: "Органические, включая симптоматические, психические расстройства" (F05-F06); "Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства" (рубрики F44.4-F44.7 соответствуют психогенным реакциям в форме конверсионных расстройств; F43.20-F43.21 — депрессивным реакциям адаптации; F45 - соматоформным расстройствам); "Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами" (F50-F53).

### Схема 6. Психосоматические расстройства



**Эпидемиология.** Частота психосоматических расстройств достаточно высока - от 15 до 50%, в общемедицинской практике - от 30 до 57%. Однако об их распространенности с точностью судить трудно (показатели болезненности обычно занижены), поскольку эти больные нередко выпадают из поля зрения врачей (обращаются к знахарям, целителям, занимаются самолечением).

Психические нарушения при психосоматических заболеваниях, нозогениях и органических неврозах ограничиваются преимущественно пограничными психическими расстройствами; при соматогениях — реакциями экзогенного типа.

## Клиническая характеристика и диагностика

### 5.1. Психосоматические заболевания

Психосоматические заболевания — соматическая патология, связанная с лабильностью организма по отношению к воздействию психотравмирующих социальных и ситуационных факторов. Этим понятием объединяются ИБС, эссенциальная гипертензия, БА, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторые эндокринные заболевания (гипертиреоз, диабет), нейродермит, псориаз и ряд других (в том числе — аллергических) заболеваний. Проявления соматической патологии при психосоматических заболеваниях не только психогенно провоцируются, но и усиливаются расстройствами соматопсихической сферы — феноменами соматической тревоги с витальным страхом, алгическими, вегетативными и конверсионными нарушениями.

Формирование психопатологических образований этого ряда утяжеляет течение заболеваний, чаще приводит к инвалидизации, усложняет диагностику, видоизменяет ответ на терапию, повышает риск летального исхода.

**Диагностика** психосоматических заболеваний требует комплексного подхода с учетом как соматических, так и психопатологических проявлений болезни. Знание психосоматических соотношений необходимо каждому интернисту, поскольку психические и соматические процессы тесно взаимосвязаны и нередко синергичны. Важным этапом диагностического процесса является оценка конституциональных особенностей пациента, которым принадлежит значимая роль в формировании психосоматических заболеваний. Выделяются различные типы патохарактерологических акцентуаций в сфере соматопсихики (*"коронарная", "язвенная", "артритическая" личность*). Среди личностных расстройств, относящихся к группе риска развития коронарной болезни, доминируют нетерпеливость, беспокойство, агрессивность, стремление к успеху, ускоренному темпу жизни и работы, сдержанность при внешних проявлениях эмоций (расстройство личности типа А). Преобладание компульсивных свойств (педантизм, мелочность, стремление к порядку, эмоциональная холодность, застенчивость и одновременно амбициозность) рассматривается в аспекте склонности к язвенной болезни и т.д. Подверженность психосоматическим заболеваниям может носить более универсальный характер и определяться *хронической тревожностью*, склонностью к фрустрации, *истерическими* и *нарциссическими чертами*. Часто она формируется у лиц с признаками алекситимии (дефицит вербального выражения эмоциональной жизни с бедностью воображения и затруднениями в осознании собственных чувств, препятствующий проявлению негативных эмоций вне тенденции к соматизации).

## **5.2. Органные невроты**

Органные невроты — один из вариантов психосоматической патологии, структура которой определяется функциональными расстройствами внутренних органов (систем) при возможном участии пограничной психической и субклинической соматической патологии.

Клинические проявления органических невротозов отличаются значительным полиморфизмом. В случаях с относительно изолированными нарушениями функций того или иного органа или системы выделяют отдельные варианты невротозов — кардионевроз (синдром д'Акоси), дыхательный невроз (синдром гипервентиляции), невроз раздраженного пищевода, раздраженного желудка (гастроневроз), раздраженной кишки (неязвенная диспепсия), раздраженной толстой кишки, раздраженного мочевого пузыря и т.д. Наиболее распространенные варианты органических невротозов — кардионевроз, гипервентиляционный синдром и синдром раздраженной толстой кишки (СРТК).

### **Кардионевроз**

Симптомы кардионевроза встречаются среди населения в 21—56% случаях, диагностируются у 80% больных общемедицинской практики, обращающихся по поводу болей в области сердца, и у 10—61% лиц, направленных на ангиографию (отсутствие или клинически незначимый стеноз коронарных артерий).

Нарушения функций сердечно-сосудистой системы традиционно рассматриваются в связи с тревогой и формируются преимущественно в структуре психогенно обусловленных транзиторных невротических реакций и тревожно-фобических расстройств.

В симптоматику кардионевроза входят достаточно длительно сохраняющиеся (не менее месяца) страх перед угрожающей жизни сердечно-сосудистой патологией, доминирующие в клинической картине или сопряженные с патологическими телесными ощущениями в области сердца кардиалгии, ощущение усиленного сердцебиения, изменения ритма сердечных сокращений (преимущественно суправентрикулярные формы тахикардии и экстрасистол).

Наиболее распространенные варианты манифестации кардионевроза — преходящие истеротревожные реакции и паническое расстройство (панические атаки — ПА).

При психогенно обусловленных истероневротических реакциях преобладают острые алгии (кардиалгии), отличающиеся яркостью, образностью и отчетливой предметностью, — сердце будто "прокалывают" гвоздем или иглой. В некоторых случаях кардиалгии могут достигать степени телесных фантазий (ощущение "огненного шара" внутри сердца, "прожигающего", будто бы расходящимися лучами полость грудной клетки). Алгические

расстройства сопровождаются транзиторными ипохондрическими страхами (нозофобиями), включающими кардиофобии и танатофобии, — страх острой тяжелой сердечной патологии (инфаркт миокарда), которая может привести к немедленной смерти.

Пациентов отличает отчетливая истероформная окраска поведения: демонстративность, театральность, склонность к чрезмерной драматизации собственного страдания. Особенности локализации и описательных характеристик болевых ощущений, как правило, позволяют легко дифференцировать симптомы кардионевроза с типичными проявлениями соматической патологии.

Еще одной особенностью рассматриваемых состояний является крайний полиморфизм и неустойчивость локализации функциональных нарушений. Выявляется одновременное или последовательное вовлечение различных органных систем, например, сочетание кардиалгий с нарушениями кожной чувствительности (онемение по типу перчаток или носок), парестезиями (покалывания, чувство холода в области головы, конечностей), нарушениями координации (неустойчивость походки), диспноэ, ощущением "кома" в горле, цефалгиями и т.д. (см.гл. 2).

При манифестации кардионевроза в рамках ПА кардиалгии и нарушения ритма сердца, как правило, развиваются спонтанно, реже — в связи с психогенной или соматогенной (явления алкогольной абстиненции, физическое истощение) провокацией. ПА при кардионеврозе протекает с выраженными кардиалгиями (острые боли колющего, сжимающего, жгучего характера), нарушениями ритма в форме преимущественно наджелудочковой тахикардии, реже — экстрасистолии, ощущением усиленного сердцебиения, транзиторной артериальной гипертензией. Такие пароксизмальные нарушения функционального статуса сердечно-сосудистой системы в рамках панического приступа сопровождаются страхом сердечной катастрофы и смерти от сердечного приступа (кардиофобия, танатофобия). Клиническая симптоматика приступа паники может расширяться за счет функциональных расстройств других органных систем — бронхолегочной (явления гипервентиляции — см. ниже), желудочно-кишечной (изменение частоты и консистенции стула), кожной (потоотделение, парестезии), мочевыделительной (учащенное мочеиспускание) и др.

Кардионевроз, протекающий в форме истеротревожных реакций, характеризуется благоприятным исходом. Реакции, как правило, кратковременны (в среднем — не более 1—2 мес), полностью редуцируются после разрешения психотравмирующей ситуации и не сопровождаются значимыми изменениями уровня трудоспособности и социальной адаптации. Исход кардионевроза, протекающего с ПА, менее благоприятен, особенно в случае присоединения клинических проявлений **невротического ипохондрического развития личности со** стойким избегающим поведением — **агорафобией**. При этом наблюдается хронификация функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы с утяжелением прогноза заболевания. У пациентов формируется ипохондрическая фиксация на деятельности сердца с обостренной рефлексией (склонность к постоянному контролю частоты и наполнения пульса, многократным измерениям АД). С годами отмечается усугубление симптоматической лабильности: обострения проявлений кардионевроза учащаются, становятся более выраженными и продолжительными, нарастает несоответствие выраженности и длительности кардиалгий и сопутствующих нарушений функции сердечно-сосудистой системы тяжести психотравмирующих ситуаций. Характерны многократные обращения к участковым терапевтам и кардиологам по поводу малейших изменений самочувствия.

### **Гипервентиляционный синдром**

Частота таких состояний в пульмонологических отделениях достигает 24—49%. Симптомы гипервентиляции, как правило, сочетаются с явлениями кардионевроза, поэтому распространенность гипервентиляционного синдрома оценивается в тех же показателях, что и распространенность кардионевроза. Однако отмечается, что случаи с изолированными или преобладающими функциональными нарушениями дыхательной системы, сопряженные с психической (как и при кардионеврозе — тревожной) патологией,



наиболее часто выявляются у пациентов, поступивших в общесоматический стационар с диагнозом БА, подтвержденным или отвергнутым в ходе дальнейшего клинического обследования.

Гипервентиляционный синдром определяется пароксизмальными состояниями "удушья" с ощущением неполноты вдоха, недостаточного прохождения воздуха через дыхательные пути, сочетающимися с симптомами тревоги. Дыхательные расстройства отличаются полиморфизмом: диспноэ с ощущением неполноты вдоха, чувством нехватки воздуха, с желанием "наполнить легкие кислородом", пароксизмальным поперхиванием и зевотой.

Психопатологические расстройства, сопряженные с нарушениями функций дыхательной системы, выступают в рамках того же спектра психической патологии, который характерен для кардионевроза, — **преходящие истеротревожные реакции, паническое расстройство.**

Хронификация гипервентиляционного синдрома сопряжена с явлениями **ипохондрического развития**. У пациентов нарастает склонность к утрированной рефлексии в отношении любых симптомов телесного дискомфорта и тенденция к избегающему поведению, "страховке" организма. Опасаясь ухудшения состояния, развития возможных осложнений, больные тщательно регистрируют малейшие признаки телесного неблагополучия, устанавливают щадящий режим с особым распорядком проветривания помещения, специальными упражнениями, призванными "улучшить функционирование легких". В ряде случаев, ссылаясь на возможность развития симптомов гипервентиляции, трактуемых как аллергические реакции, они даже не входят в незнакомое помещение без предварительного "углубленного" расспроса относительно качества воздуха.

### **Синдром раздраженной толстой кишки (СРТК)**

Распространенность симптомов СРТК среди населения оценивается примерно в 20% на протяжении жизни и в 8—19% на момент эпидемиологического исследования. В соответствии с современными данными, СРТК диагностируется у 30% пациентов, обращающихся к врачам общемедицинской практики с жалобами на работу желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), у 50% пациентов, обращающихся к гастроэнтерологам, а также у 13—52% больных, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение.

СРТК представляет собой сложный психосоматический симптомокомплекс, в структуре которого интегрируются нарушения функций толстой кишки и различные психопатологические образования.

Основными проявлениями **СРТК**, в соответствии с большинством используемых на сегодняшний день определений этого симптомокомплекса, являются нарушения моторной функции толстой кишки и абдоминалгии.

Нарушения моторики толстой кишки проявляются изменениями стула. Чаще преобладают запоры (примерно у половины пациентов), а случаи с преобладанием диареи и смешанные варианты (перемежающиеся диарея и запоры) распределяются примерно одинаково. Второй ведущий клинический признак СРТК — болевой синдром: абдоминалгии, обостряющиеся на фоне позывов на дефекацию и редуцирующиеся (полностью или частично) непосредственно после дефекации.

В случаях **преходящих истеротревожных реакций** психические нарушения ограничиваются тревожными, алгическими и вегетативными расстройствами.

Абдоминалгии обнаруживают тенденцию к миграции, изменчивости областей иррадиации и интенсивности. Характер болей также отличается лабильностью: ощущения жжения сменяются тянущими, спастическими или колющими болями. Алгии сопровождаются ощущением вздутия живота, внезапными неоднократными позывами на дефекацию с последующим чувством неполноты опорожнения кишечника. Больные ретроспективно связывают возникновение симптомов с нарушением диеты, образа жизни, переменой места постоянного проживания, психотравмирующими обстоятельствами.

Патологические телесные ощущения в большинстве случаев не ограничиваются абдоминалгиями. Характерно присоединение головных болей по типу стягивающего обруча либо кола, вбитого в голову, прокалывающих болей в области сердца. Отмечается конверсионная симптоматика — головокружения, неустойчивость и шаткость походки, периодически возникающие обморочные состояния, онемение рук и ног по типу истерических "перчаток" и "носов".

Функциональные расстройства ЖКТ при СРТК могут формироваться в рамках **панического расстройства**. Имеют место эпизодические обострения болевых ощущений и расстройств стула в структуре панических приступов (эпизодические спонтанные или ситуационно обусловленные приступы страха с массивными вегетативными расстройствами). Симптоматика, как правило, возникает спонтанно и остро, в метро, наземном транспорте, реже - на улице. В ряде случаев присоединяются патологические страхи недержания кишечных газов или позывов на дефекацию в общественном месте, что сопровождается формированием охранительного поведения: отказ от поездок в общественном транспорте, ритуальные неоднократные посещения туалетов перед выходом на улицу до ощущения полного опорожнения кишечника, изучение мест расположения общественных туалетов по маршруту следования.

Хронификация СРТК наблюдается при формировании **ипохондрического развития** с явлениями невротической или сверхценной ипохондрии. При **невротическом варианте ипохондрического развития** выявляется тревожная фиксация пациентов на "патологических процессах" в ЖКТ. Отрицательные результаты очередных обследований лишь ненадолго снижают тревогу. В целом опасения нераспознанной соматической патологии персистируют достаточно длительное время. Тем не менее, несмотря на сравнительно большую (до нескольких лет) длительность течения заболевания, пациенты легко адаптируются к функциональным расстройствам, сохраняют профессиональный уровень, остаются социально активными.

Менее благоприятный исход СРТК сопряжен с **ипохондрическим развитием с явлениями сверхценной ипохондрии**. В таких случаях проявления СРТК стойко сохраняются на протяжении многих лет и приобретают доминирующее значение в сознании пациента. Формируется сверхценный ипохондрический симптомокомплекс, включающий наряду с абдоминалгиями и периодическими нарушениями стула проявления ипохондрии здоровья или ригидной ипохондрии. В первом случае доминируют сверхценные идеи преодоления недуга с полным восстановлением соматического и социального статуса и ликвидацией причин заболевания. Больные подчас вопреки медицинским рекомендациям считают себя способными усилием воли "переломить" ход событий, положительно повлиять на течение и исход СРТК путем наращивания нагрузок, физических упражнений.

При явлениях ригидной ипохондрии преобладают сверхценные идеи предотвращения эскалации СРТК. Опасаясь обострения болезни или возможных осложнений, больные стремятся к установлению щадящего режима с особым распорядком дня, облегчающей функционирование ЖКТ диетой. Несмотря на объективно удовлетворительное соматическое состояние, они не только снимают с себя все хозяйственные заботы, но и отказываются от других обязанностей и развлечений. Все медицинские назначения и рекомендации выполняются неукоснительно, без малейших отклонений. При этом в одних случаях обнаруживается ипохондрическая фиксация на определенных препаратах (или наборе медикаментозных средств), которые становятся элементом привычного образа жизни. Всякие попытки заменить медикаментозное средство вызывают возражение со стороны больного. В других случаях проявляется повышенная мнительность в отношении действия препаратов. Любое, даже незначительное изменение состояния (в том числе изменение консистенции, цвета стула и т.д.), трактуется как истощение эффективности медикаментозного средства. Больные утверждают, что препарат, с которым они связывали надежду на постоянный и длительный контроль над нарушенными функциями кишечника, потерял свою силу и требуют назначения новой схемы лечения.

Болевые ощущения приобретают характер идиопатических алгий - имеют четкую и стойкую локализацию, неизменный характер (как правило, режущие, давящие, тянущие), периодически обостряются в связи с психотравмирующими воздействиями. Пациенты фиксированы на болевых ощущениях, которые нередко оценивают как признаки неизлечимого онкологического заболевания.

Упорное стремление к обследованию сочетается с недоверием к мнению врачей, высказывающих сомнение в наличии патологии внутренних органов. Сообщение об отрицательных результатах диагностических тестов не приводит к облегчению состояния (как это свойственно больным с невротическими расстройствами), и даже, напротив, ведет к нарастанию тревоги. Появляются опасения, что врачи из деонтологических соображений целенаправленно скрывают факт тяжелого соматического заболевания. Фиксация на состоянии здоровья сопровождается тщательным штудированием соответствующей научно-популярной литературы, приверженностью к немедикаментозным методам лечения. С течением времени пациенты постепенно исключают из рациона все большее количество пищевых продуктов. Попытки расширить диету встречают отказ: любое, даже незначительное, отклонение от сложившегося стереотипа питания сопровождается резким усилением абдоминалгий, метеоризмом, ощущением вздутия живота, нарушениями стула. Подобная избирательность наблюдается и в отношении лекарственных средств.

Сопряженность СРТК с **депрессивными расстройствами** отмечается примерно в 2 раза чаще, чем с невротическими. Преобладают затяжные (более 2 лет) депрессии легкой и умеренной степени тяжести по типу соматизированной дистимии (см. гл. 2 — *дистимические расстройства*). В таких случаях признаки нарушения функций ЖКТ, типичные для СРТК, — запоры, абдоминалгии — выступают в качестве общих симптомов депрессии и патологии системы пищеварения (СРТК) наряду со снижением аппетита (депрессивная анорексия), ощущением неприятного привкуса или горечи во рту, сухостью слизистой полости рта. Отмечаются значительное снижение массы тела, стойкие нарушения сна.

В отличие от пациентов с невротическими расстройствами у больных с депрессией абдоминалгии характеризуются монотонностью и однотипностью проявлений и лишь в отдельных случаях сопровождаются патологическими телесными ощущениями экстраабдоминальной локализации. Боли носят преимущественно тянущий или ноющий характер, резкие спастические алгические ощущения отмечаются лишь эпизодически. Пациенты отмечают тягостный — "мучительный", "изнуряющий" характер болей. Абдоминалгии неизменны по локализации, сохраняются на протяжении всего периода бодрствования. Интенсивность болей меняется редко, обычно — в соответствии с характерным для депрессий суточным ритмом (утяжеление в утренние часы, реже — в вечерние).

**Диагностика.** В рамках **кардионевроза и синдрома гипервентиляции** квалифицируются функциональные нарушения деятельности сердечно-сосудистой (ощущение усиленного сердцебиения, кардиалгии, нарушения сердечного ритма, колебания АД и др.) или бронхолегочной (изменение ритма, частоты и глубины дыхательных движений, ощущение неполноты вдоха, затрудненного прохождения воздуха по дыхательным путям и др.) систем, которые:

- \* не соответствуют по своим проявлениям объективно установленной сердечно-сосудистой или бронхолегочной патологии или формируются при отсутствии таковой (по экспертному заключению квалифицированного специалиста — кардиолога, пульмонолога);

- \* сочетаются с симптомами истероконверсионных, тревожно-фобических и депрессивных расстройств.

Среди диагностических критериев **СРТК** наиболее широкое распространение получили так называемые "Римские критерии", основанные на симптоматологическом подходе к классификации функциональных расстройств ЖКТ. В их число входят следующие симптомы (непрерывные или рецидивирующие в течение более 3 мес):

1. Боли или ощущение дискомфорта в области живота, которые:

- а) облегчаются после дефекации и / или
- б) связаны с частотой стула и/или
- в) связаны с изменениями консистенции стула.

2. Дополнительно 2 или более из следующих симптомов, сохраняющихся на протяжении 1/4 числа дней:

- а) изменение частоты стула (более 3 позывов в день или менее 3 в неделю);
- б) изменение консистенции стула (твердый или жидкий);
- в) изменение пассажа (ускорение или ощущение неполного освобождения толстой кишки);
- г) выделение слизи;

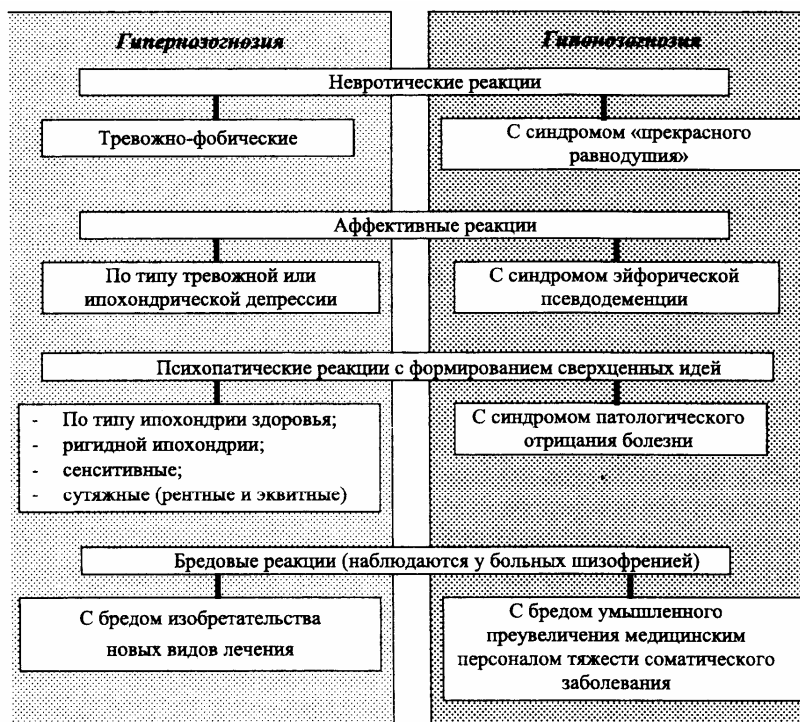
д) чувство распирания или расширения кишечника. Диагноз СРТК верифицируется в результате исключения органической патологии толстой кишки (по заключению квалифицированного гастроэнтеролога).

### 5.3. Нозогении (нозогенные реакции)

Нозогении — психогенные реакции, обусловленные психотравмирующим воздействием соматического заболевания;

они связаны с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, распространенными среди населения представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность. При дифференциации нозогений необходимо учитывать (схема 7) особенности внутренней картины болезни (гипернозогнозия, определяющаяся высокой значимостью соматического страдания, убежденностью в невозможности самостоятельно совладать с симптомами заболевания; гипонозогнозия, проявляющаяся тенденцией к недооценке значимости соматического страдания, убежденностью в возможности самостоятельного совладания с ним) и регистра психопатологических расстройств (невротический, аффективный, сверхценный, бредовый).

**Схема 7. Типология нозогений**



**Распространенность** нозогенных реакций (28,2%) превышает таковую для всех остальных психических расстройств, наблюдающихся в соматическом стационаре; их частота в поликлиническом звене общесоматической сети значимо ниже - 15,1%.

**Невротические гипернозогностические реакции представлены тревожно-фобическим синдромом** (тревожные опасения по поводу исхода соматического заболевания, побочных эффектов терапии, возможности социальной реабилитации). На фоне острых проявлений соматической патологии (инфаркт миокарда, астматический статус, гипертонический криз и т.д.), сопровождающихся нарушением жизненно важных функций (кровообращение, дыхание), тревожные опасения принимают форму витального страха смерти. Нозогенные тревожно-фобические расстройства либо вообще не сопровождаются агорафобией, либо агорафобическое избегание носит крайне ограниченный характер и сочетается с преодолевающим поведением. Клиническая картина дополняется ипохондрическими фобиями, фабула которых всегда связана с наиболее тяжелыми проявлениями актуального соматического заболевания (на первом плане у больных ИБС выступает страх повторного инфаркта миокарда, у лиц с артериальной гипертензией - страх инсульта и т.д.).

**Гипонозогностические невротические реакции представлены синдромом "прекрасного равнодушия"** (диссоциация между проявлениями латентной соматизированной тревоги — тахикардия, дрожь, потливость и демонстративно-пренебрежительным отношением к лечению, прогнозу и исходу заболевания). На первом плане - нарочитое отрицание беспокойства по поводу проявлений соматического страдания (стенокардия, приступы БА, подъем АД), симптомы которого вытесняются и преподносятся как несущественные. Однако за наигранной легкостью выявляется страх, связанный с нарушениями деятельности организма. Пациенты охотно прислушиваются к разговорам о заболевании, втайне от врачей просят родственников принести им специальную литературу, наводят справки о возможности изменить трудовую деятельность, снизить нагрузки, исключить влияние травмирующих факторов и т.д. Они охотно соглашаются выполнять лечебные процедуры, соблюдают рекомендации, касающиеся доз препаратов и физической активности.

**Аффективные гипернозогностические реакции** проявляются синдромом **тревожной** или **ипохондрической депрессии**. На первом плане - гипотимия с подавленностью, тревогой, обостренным самонаблюдением, тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия. Содержательный комплекс депрессии включает в себя тесно связанные с актуальным соматическим состоянием идеи безнадежности, беспомощности перед лицом заболевания. Доминируют мрачные представления о неизлечимости болезни, бесперспективности лечения, необратимости нарушений деятельности внутренних органов, неминуемой утрате трудоспособности. Чувство безнадежности сочетается с алгиями, другими патологическими телесными сенсациями, конверсионными расстройствами. Нозогенные депрессии включают в себя также симптомы, "общие" для соматической и психической патологии, - астению, похудание, нарушения сна, головокружение, тремор, тахикардию, боли в грудной клетке, диспноэ, диспептические нарушения (горечь, сухость во рту, запоры, метеоризм и др.).

**Аффективные гипонозогностические реакции** выражаются **"эйфорической псевдодеменцией"**. Повышенный аффект характеризуется преобладанием благодушия, неадекватно оптимистической оценкой как настоящего состояния, так и последствий болезни. Обнаруживая энергию, не всегда адекватную сложившимся обстоятельствам, подвижность, стремление к деятельности, больные охотно рассказывают о своем состоянии, "подшучивают" над унылым видом соседей по палате, стараются передать им свой оптимизм и уверенность в скором выздоровлении. При формальной констатации реальной опасности, связанной с патологией внутренних органов, они склонны к нивелировке негативных аспектов заболевания. Несмотря на подчас угрожающие жизни нарушения деятельности организма, пациенты не представляют себя в роли "серьезного больного", легко переключаются на посторонние темы, строят радужные планы на

будущее, игнорируя уговоры родственников и медицинского персонала, "забывают" о приеме лекарств.

**Психопатические гипернозогностические реакции** сопровождаются формированием синдрома ригидной ипохондрии, основным клиническим проявлением которого становятся сверхценные идеи преодоления недуга, восстановления соматического и социального статуса, ликвидации причин заболевания (подробнее о симптоматике ригидной ипохондрии см. в разделе "*Органные невроты*").

У некоторых пациентов доминируют сенситивные идеи отношения (*сенситивные реакции*). Больные замечают, что симптомы соматического страдания не просто заметны окружающим, но и вызывают у них "недоуменные", "осуждающие", "брезгливые" взгляды. Сенситивные идеи отношения усиливаются при посещении людных мест (магазины, рынки и т.д.). Столь же "неблагоприятная" ситуация складывается и на работе. Пациенты констатируют изменившееся отношение к ним сотрудников - "сбросили со счетов", "избегают", "отворачиваются". В ряде наблюдений сенситивные идеи отношения сопровождаются явлениями социофобии. Обнаруживается избегающее поведение, ограничивающее круг общения близкими родственниками, "привычными" к болезненным симптомам.

**Сутяжные реакции** связаны с двумя видами мотивационных установок — *рентными* (на материальную компенсацию ущерба, причиненного соматическим заболеванием) и *эквитными* (на выявление ущерба, причиненного действиями медицинского персонала). *Рентные реакции* определяются притязаниями материального характера: требованиями оформить инвалидность, позволяющую облегчить условия труда, или, что чаще, вовсе прекратить трудовую деятельность, домогательствами о выплате пособий, пенсии и т.д.

Не соглашаясь с мнением обследовавших их врачей первичных МСЭК, больные настойчиво обращаются в различные лечебные и экспертные учреждения. Усиление сутяжных тенденций сопровождается аггравацией соматического заболевания, конверсионными и соматизированными симптомами, телесными фантазиями (жалобы на нехарактерную для ангинозного приступа длительную "тяжесть" в левой половине грудной клетки, возникающую при эмоциональной нагрузке или вообще без всякого повода; на не свойственное легочной патологии ощущение "комка", пережимающего горло). Преувеличение выраженности соматических симптомов может сопровождаться самоповреждениями (включая нанесение порезов или ран) для провоцирования кровотечения, имитации анемии, ухудшения течения раневого процесса, а также употреблением различных медикаментозных и токсичных препаратов, воздействие которых позволяет изменить физиологические константы организма (формулу крови, показатели биохимического анализа мочи и т.д.).

Фабула сверхценных идей при *эквитном варианте сутяжных реакций* связана с представлениями о необходимости выявления "ущерба", причиненного действиями медицинского персонала. Среди наиболее типичных обвинений — утверждения, что проявления болезни интерпретируются неправильно и "бездумно подгоняются" под наиболее распространенную патологию; данные анализов ошибочны, лечение не соответствует состоянию и подменяется неквалифицированными "учебными экспериментами".

Поведение при эквитных сутяжных реакциях определяется убежденностью в необходимости коррекции или отмены установленного диагноза, актуальности дополнительных обследований и коренного изменения терапии и сопряжено с несоблюдением медицинских рекомендаций (отказ от госпитализации в лечебные учреждения, "запятнавшие" себя "неквалифицированным подходом" к лечению).

**Психопатические гипонозогностические реакции** представлены **синдромом патологического отрицания болезни**. Характерна тенденция к минимизации тех аспектов заболевания, которые имеют наиболее угрожающий смысл. Исключается возможность летального исхода (пациент знает, что летальный исход возможен, но убежден, что благодаря "чуду", "волшебному" исцелению это его не коснется). При этом

охотно эксплуатируется тема здоровья. Больные, месяцами прикованные к постели, утверждают, что в ближайшее время встанут на ноги, займутся спортом, начнут новую жизнь. Возможно формирование дезадаптивного поведения, препятствующего своевременной неотложной медицинской помощи, проведению необходимых лечебных процедур.

### **Нозогенные реакции у больных различными соматическими заболеваниями.**

Возможность манифестации нозогений и их психопатологические особенности (как уже упоминалось выше) во многом определяются клиническими проявлениями соматической патологии.

**Нозогенные реакции у больных ИБС.** *Гипернозогностические нозогении* у больных ИБС чаще всего формируются, когда заболевание дебютирует: инфарктом миокарда, стенокардией с частыми (чаще 1 раза в сутки) и продолжительными (более 5 мин) приступами, возникающими при физической нагрузке и на улице в холодную погоду и сопровождающимися достаточно интенсивными загрудинными болями, иррадиирующими в левую руку, для купирования которых необходимо регулярно принимать нитраты и обращаться за медицинской помощью; некоторыми аритмиями (постоянная форма мерцания предсердий или частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия) с постоянными ощущениями неритмичности сердцебиений, сильными ударами сердца и ощущением нехватки воздуха, не поддающимися "самопомощи"; недостаточностью кровообращения с частыми (чаще 1 раза в сутки) приступами сердечной астмы, эпизодами одышки, появление которых пациент не может связать с каким-либо существенным провоцирующим фактором (как правило, при этом выражена дилатация левого желудочка).

Напротив, манифестация **гипонозогностических реакций** чаще всего отмечается, когда заболевание дебютирует: стабильной стенокардией напряжения или нарушением сердечного ритма без коронарных катастроф в анамнезе (или только при 1 инфаркте миокарда без тяжелых осложнений); стенокардией с редкими ангинозными приступами, возникающими без четкой связи с физическим напряжением и холодной погодой; болями нетипичной локализации без выраженной иррадиации, которые можно самостоятельно купировать без приема нитроглицерина; некоторыми аритмиями (пароксизмальные наджелудочковые тахикардии и пароксизмальная форма мерцания предсердий) с относительно небольшим числом сердечных сокращений и без иных клинических симптомов (боль, ощущение нехватки воздуха и др.); такие боли можно эффективно купировать путем приема внутрь антиаритмических или седативных средств; проявлениями недостаточности кровообращения с относительно редкими эпизодами одышки, которые возникают исключительно в связи с физическим напряжением (расширение камер сердца вообще не отмечается или оно небольшое).

**Нозогенные реакции у больных артериальной гипертензией.** У значительного числа пациентов с артериальной гипертензией при манифестации гипертонических кризов и/или осложнений со стороны внутренних органов (ангиопатия сетчатки, невропатия и т.д.) формируются *гипернозогностические реакции* (однако значительно чаще выявляются *гипонозогностические реакции*). В ряду факторов, влияющих на формирование гипонозогностии необходимо, в первую очередь, отметить особенности представлений об артериальной гипертензии. Это заболевание, даже если показатели АД высоки, но кризы отсутствуют, воспринимается не столько как угрожающее жизни, сопряженное с необратимыми медицинскими и социальными последствиями и необходимостью наблюдения за собственным состоянием, сколько как временное, ситуационно обусловленное, преходящее недомогание, не требующее сколь-нибудь серьезного внимания.

**Нозогенные реакции у больных БА.** *Гипернозогностические нозогении* у больных БА преимущественно формируются при ее "стабильно обструктивном" и "влажном" вариантах течения. Так, для "стабильно обструктивного" варианта заболевания

(значительное и стойкое снижение показателей бронхиальной проходимости, тяжелые приступы удушья, триггеры которых разнообразны и связаны с часто встречающимися в обыденной жизни "бытовыми" аллергенами, физической нагрузкой и психическими стрессорами) более типичны тревожно-фобические и депрессивные реакции. Для "влажной" астмы (сопряженной с отделением значительного количества мокроты при умеренном снижении показателей бронхиальной проходимости, нетяжелыми приступами удушья, провоцируемыми холодом) характерны сенситивные реакции.

*Гипонозогностические реакции* чаще манифестируют у больных с "приступным" вариантом **БА** (выраженная обратимость бронхиальной обструкции, кратковременные приступы удушья, возникающие вне связи с наиболее распространенными триггерами и эффективно купирующиеся ингаляционными ( $\text{В}_2$ -агонистами).

**Нозогенные реакции у больных злокачественными новообразованиями** отмечаются на разных стадиях онкологического процесса. При этом *гипернозогностические* (тревожно-фобические и депрессивные) *реакции* чаще манифестируют при быстром прогрессировании заболевания, когда необходимы повторные оперативные вмешательства, курсы химио- и лучевой терапии. Однако формирование рассматриваемых нозогений возможно и на фоне длительно текущего онкологического процесса (лимфогранулематоз, некоторые лейкозы, поддающиеся контролю с помощью современных методик лечения) и даже его ремиссии (в частности, после успешной радикальной операции). Такие реакции нередко сближаются по своим проявлениям с симптомами посттравматического стрессового расстройства. Обнаруживаются навязчивые мысли об онкологическом заболевании или воспоминания о пережитой операции. Характерны избегание ситуаций, напоминающих об опухолевом процессе (включая отказ от посещения онкологических учреждений), ангедония, повышенная возбудимость (нарушения сна и раздражительность).

*Гипонозогностические реакции* чаще манифестируют на начальных этапах онкологического заболевания, особенно при отсутствии в клинической картине субъективно тяжелых симптомов, существенным образом влияющих на жизнедеятельность. Могут наблюдаться даже явления анозогнозии — полного отрицания самого факта наличия опухолевого заболевания (нездоровье ассоциируется с менее тяжелым диагнозом).

Нозогений, возникающие после оперативных вмешательств, сопровождающихся ампутацией конечностей, наложением колостомы, удалением грудной железы, экстракцией передних зубов, нередко представлены сенситивными реакциями.

Реакции на соматическое заболевание у лиц с психической патологией занимают особое место в ряду нозогений. Манифестация таких реактивных состояний нередко ставит врача, работающего в общемедицинской сети, перед необходимостью решения трудных проблем, связанных, в частности, с диагностической оценкой необычных для соматического больного симптомов, а также с ведением больного, поведение которого отличается неадекватностью и даже парадоксальностью. Так, нозогенные реакции, манифестирующие при сочетании аффективной (эндогенная депрессия, соматизированная дистимия — см. гл. 1) и соматической патологии, нередко протекают с выявлением витальных расстройств (тоска, апатия, изменение суточного ритма, отчуждение соматочувственных влечений и прежде всего — сна и аппетита) и могут сопровождаться суицидальными тенденциями.

Особенно значительные диагностические и лечебные проблемы связаны с нозогениями у больных *вялотекущей шизофренией*. Среди них наиболее распространены нозогений с бредом изобретательства новых видов лечения, протекающие по типу паранойи "желания" или изобретательства. В первом случае в фабуле бреда преобладают мечтательность и альтруизм ("размышления" о возможности открытия дотоле не известных лекарственных препаратов и методов лечения, основанных на "законах функционирования" организма, которые предстоит разработать). Больные не пытаются перейти от обдумывания замыслов к их реализации. Все "разработки" остаются на бумаге. Пациенты лишь рассуждают о том, как с помощью их изобретений будут излечены как собственные



их недуги, так и другие серьезные соматические заболевания; охотно делятся своими планами с окружающими; намерены в дальнейшем ознакомить со своими открытиями как можно более широкие круги общественности.

При бредовых реакциях, протекающих с паранойей изобретательства (изобретение вечного двигателя для насыщения организма энергией, радиоактивных или электронных "пожирателей" атеросклеротических бляшек и пораженных участков бронхов и т.д.), обнаруживаются бредовой "напор" и борьба за признание "открытий". При этом требования о предоставлении условий для проведения различных экспериментов чаще всего адресуются врачам и администрации лечебных учреждений. Любой отказ воспринимается как угроза, попытка "замолчать" или присвоить передовые идеи.

Для нозогений с бредом *"умышленного преувеличения" медицинским персоналом тяжести соматического состояния* характерна фабула "заговора", сплетенного для компрометации, объявления пациента больным, лишения его возможности продолжать работу, активно участвовать в общественной жизни, бороться с врагами и т.д. Несмотря на "малый размах" и конкретность содержания, наблюдается систематизация бреда: включение в число "заговорщиков" новых действующих лиц и организаций (медицинский персонал, врачи, руководство предприятия, сослуживцы).

**Диагностика.** При выявлении нозогений обращают внимание на ряд признаков, характерных для психогенных состояний: сопряженность манифестации нозогенной реакции с психотравмирующим воздействием соматического заболевания; содержание психогенного комплекса, который в рассматриваемых случаях включает сюжеты соматического страдания; обратное развитие, соответствующее стадии ремиссии или выздоровления от патологического процесса внутренних органов.

При диагностике нозогений необходимо учитывать, что их продолжительность обычно не превышает 3 мес, однако может варьировать в довольно широких пределах. Так, психопатические нозогенные реакции (с формированием сверхценных идей) наиболее длительны — могут персистировать около полугода, невротические реакции длятся (в среднем) 2 мес, аффективные — 3 мес.

Редукция нозогений может происходить как спонтанно (при улучшении соматического состояния), так и под влиянием психофармакотерапии. При хронификации соматического заболевания отмечается тенденция к уменьшению числа гипонозогенических реакций и увеличению — гипернозогенических. Такое изменение позиции пациентов по отношению к соматическому страданию обусловлено несколькими причинами — нарастанием тяжести болезни, прогрессирующей утратой трудоспособности, необходимостью повторных госпитализаций и т.д. Кроме того, важную роль играет накопление негативной информации о болезни, происходящее как под влиянием специалистов, так и лиц, составляющих микросоциальную среду больного (родственники, знакомые, соседи по палате т.д.).

#### **5.4. Соматогении**

Соматогении (реакции экзогенного типа), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности, относятся к категории симптоматических психозов. Определяемые этим понятием психические расстройства развиваются при общих неинфекционных заболеваниях, инфекциях, интоксикациях и рассматриваются в единстве с основным заболеванием. В число их клинических проявлений входит широкий спектр синдромов — от астенических состояний до психоорганического синдрома. Соматогенные психозы развиваются при энцефалитах, сыпном тифе, ревматизме, малярии, сифилисе, туберкулезе, СПИДе, а также при тяжелых оперативных вмешательствах и urgentных состояниях (аортокоронарное шунтирование, гемодиализ).

Симптоматические психозы подразделяются по течению на *острые* и *затяжные*. К *острым* традиционно относятся состояния с помрачением сознания (оглушение, делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания), а также картины острого вербального галлюциноза. *Затяжные* симптоматические психозы включают в себя маниакальные состояния, депрессии, депрессивно-бредовые, галлюцинаторно-бредовые синдромы.

Показатели болезненности колеблются в широких пределах — от 0,2 до 10%, что связано с отсутствием единых взглядов на клинические границы соматогений и с тем фактом, что эти больные наблюдаются в стационаре общемедицинского профиля, где регистрируются лишь наиболее острые, психотические формы.

### **Острые симптоматические психозы**

**Эмоционально-гиперестетические состояния слабости** соответствуют картине астении. Нарастание аспонтанности, пассивности и адинамии свидетельствует об утяжелении состояния. Возможно формирование обнубиляции сознания (легкая степень оглушения с ответом лишь на сильные раздражители и неспособностью осмыслить ситуацию).

**Синдромы помрачения сознания** — расстройства предметного сознания и самосознания с триадой признаков: затрудненное восприятие окружающего, нарушенная ориентировка в месте и времени, полная или частичная амнезия — подразделяются по степени тяжести (стадиям развития) на следующие категории:

- \* **делирий** — наплыв ярких зрительных (реже — вербальных) галлюцинаций с фрагментарным острым чувственным бредом, страхом, тремором, двигательным возбуждением; при тяжелых интоксикациях в клинической картине преобладает оглушение, которое при нарастании тяжести общего состояния может перейти в сопор и далее в кому;

- \* **сумеречное состояние** — глубокая дезориентировка в окружающем с выраженным возбуждением или внешне упорядоченным поведением, сценopodobными галлюцинациями (нередко -религиозно-мистического содержания), образным бредом с идеями преследования или величия и дисфорическим аффектом;

- \* **амения** - преобладание растерянности и инкогеренции (дезинтеграции сознания) с невозможностью осмысления окружающего и собственной личности, психомоторным возбуждением или астенической протрацией;

- \* **псевдопаралитический синдром** — эйфория с благодушием, беспечностью, бестактностью, дисмнестическими расстройствами, нелепыми идеями богатства и величия; расстройства критических функций отличаются лабильностью: больной легко отказывается от бредовых высказываний, утверждает, что "ошибся", "пошутил".

### **Затяжные симптоматические психозы**

**Маниакальные состояния** чаще всего проявляются непродуктивными гипоманиями (см. гл. 1) с чертами эйфории, сочетающейся с выраженными астеническими расстройствами. Эти состояния могут напоминать легкое алкогольное опьянение. Возможен переход в маниакальную спутанность (беспорядочное хаотическое возбуждение, достигающее степени бессвязности) или псевдопаралитическое состояние.

**Депрессивные состояния** подразделяются на *соматогенные (симптоматические)* и *органические*.

**Соматогенные депрессии** — частое расстройство, наблюдающееся при многих соматических заболеваниях и, как правило, возникающее при их тяжелом, хроническом течении. Формирование депрессии может быть связано с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и дыхательных путей, поражением почек с явлениями уремии, циррозом печени, системной красной волчанкой. В ряду эндокринных нарушений депрессии чаще бывают при заболеваниях щитовидной железы и диабете. Аффективные нарушения возникают при авитаминозах, железо- и витамин В<sub>12</sub> дефицитной анемии.

Симптоматические депрессии формируются в тесной зависимости от динамики соматической патологии: проявления аффективных расстройств манифестируют при нарастании тяжести и редуцируются по мере обратного развития симптомов соматического заболевания. Клиническая картина соматогений чаще приобретает форму *астенической депрессии* (депрессии истощения). Наблюдаются повышенная истощаемость, снижение активности, слабодушие, слезливость, жалобы на физическое бессилие, утрату энергии,

"изношенность"; любая деятельность сопряжена с необходимостью преодоления немоги и не приносит удовлетворения. Депрессивная астеня отличается стойкостью и отсутствием связи с нагрузкой. Развиваются признаки раздражительной слабости и астенической гиперестезии — повышенной чувствительности к сенсорным стимулам с непереносимостью внешних раздражителей (громких звуков, яркого света и т.д.). Собственно аффективные проявления ограничены: тоска, тревога, идеи малоценности нехарактерны. Преобладает пессимизм с чувством бесперспективности.

Могут наблюдаться ангедония и психомоторная заторможенность, слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивость, неспособностью сосредоточиться, а также выраженные вегетососудистые проявления, жалобы на шум и звон в ушах, головные боли, головокружения. При утяжелении соматического состояния в клинической картине депрессии нарастают адинамия, вялость, безучастность к окружающему.

При *онкологических заболеваниях* (особенно при раке поджелудочной железы) депрессия может быть одним из ранних симптомов основного страдания. Часть таких депрессий относится к *нозогениям*. На первый план выступает тревога с предчувствием приближающейся смерти, суицидальными мыслями. Чаше депрессии возникают на отдаленных стадиях развития злокачественных новообразований, их выраженность нарастает пропорционально тяжести состояния.

Формирование *депрессии у больных СПИДом* (депрессии отмечают у 20% больных СПИДом, поступающих в стационар) может быть сопряжено с психотравмирующим воздействием диагноза. Психогенный комплекс депрессии представлен идеями виновности (самоупреки в связи с поступками, повлекшими за собой заражение), а также мыслями о самоубийстве. На высоте состояния преобладают психомоторная заторможенность, потеря интереса к окружающему, повышенная утомляемость, снижение аппетита, похудание, нарушения сна. На поздних этапах болезни формируются когнитивные нарушения - забывчивость, нарушения внимания, падение активности и мотивации, которые в соответствии с данными ряда исследований связаны с органическим поражением мозга.

*Депрессии, наблюдающиеся после полостных операций* (операция на открытом сердце, пересадка органов), чаще связаны с операцией аорто-коронарного шунтирования (АКШ) и отмечаются в 30—54% случаев. В раннем послеоперационном периоде формируются острые тревожные депрессии с явлениями помрачения сознания и психомоторным возбуждением, в случаях затяжного течения — депрессивно-ипохондрические состояния. Депрессия негативно влияет на социальный прогноз пациентов, перенесших операцию АКШ: в предоперационном периоде является предиктором возникновения послеоперационных осложнений, тяжелого течения послеоперационного периода и развития когнитивных нарушений.

В случае депрессий при явлениях хронической почечной недостаточности доминируют аффект ангедонии, подавленность, деперсонализационно-анестетическая симптоматика, раздражительность, слезливость. Ряд симптомов непосредственно связан с уремией (астения, апатия, инсомния).

**Депрессии при органических заболеваниях мозга** представлены как стертыми субсиндромальными, так и тяжелыми формами.

Частота аффективных расстройств при некоторых типах поражения ЦНС достаточно высока: например, в ближайшем постинсультном периоде до 50% пациентов обнаруживают отчетливые признаки депрессии. При некоторых органических поражениях ЦНС (паркинсонизм, хорея Гентингтона, рассеянный

склероз, опухоли лобной доли мозга) депрессия на начальных этапах патологического процесса может быть одним из ранних симптомов, "маскирующих" проявления основного заболевания. Так, при паркинсонизме аффективные расстройства в 12% случаев предшествуют развитию двигательных проявлений. Для аффективных

расстройств при развернутой картине паркинсонизма характерно преобладание астенических нарушений.

При органических поражениях ЦНС могут наблюдаться также депрессивные состояния с преобладанием дисфории или расстройств депрессивно-ипохондрического или тревожно-тоскливого круга.

Для *сосудистой депрессии* характерны обилие соматических и ипохондрических жалоб, однообразие и назойливость поведения — "жалующиеся", "ноющие"- депрессии. В остром постинсультном периоде возможно усложнение картины депрессии насильственным плачем; возможны вспышки тревожно-боязливой возбудимости и ночные делириозные эпизоды.

*Депрессии, связанные с черепно-мозговой травмой*, возникают в различные сроки: иногда - в остром периоде, но чаще - на отдаленных этапах, при явлениях травматической энцефалопатии. Среди аффективных расстройств доминируют признаки дисфории — недовольство, озлобленность при органической истощаемости со слезливостью, расстройствами сна. Наблюдаются также явления ангедонии, потери интереса к окружающему и монотонности аффекта. В ряде случаев отмечаются психопатоподобные расстройства с импульсивностью и истероформными проявлениями.

Среди отличительных признаков депрессий, сопутствующих органическим заболеваниям ЦНС, - явления деменции (отчетливая недостаточность когнитивных функций, нарушения внимания, памяти и праксиса). По мере нарастания очаговых изменений и углубления деменции выраженность аффективных расстройств уменьшается.

Сочетание депрессии с хроническим соматическим заболеванием (особенно в пожилом возрасте) является фактором суицидального риска. Суицидальное поведение чаще всего наблюдается при злокачественных новообразованиях, рассеянном склерозе, травмах спинного мозга, а также при целом ряде других заболеваний. Суицидальный риск у больных СПИДом в 20 раз выше, чем среди населения в целом. Частота депрессий (соответственно — суицидальный риск) повышается в процессе прогрессивного развития соматического заболевания. Так, 86% суицидальных попыток, совершаемых онкологическими больными, приходится на терминальные стадии заболевания.

#### **Факторы риска развития суицида:**

- \* генерализованная тревога с явлениями ажитации и двигательного беспокойства;
- \* дисфорический аффект;
- \* психогенный комплекс, включающий в себя чувство отчаяния, безнадежности, представления о безвыходности ситуации, убеждение в собственной неизлечимости;
- \* идеи вины, греховности;
- \* бред нигилистического содержания ("нечистой совести", бред Котара с нелепыми ипохондрическими идеями гибели, разложения, гниения заживо);
- \* мучительная бессонница.

При обстоятельствах, позволяющих предполагать суицидальное поведение, необходимо выяснить, нет ли у больного намерений свести счеты с жизнью. В большинстве случаев пациенты в той или иной форме обнаруживают свои намерения: некоторые прямо говорят о нежелании жить, о том, что хотели бы "уснуть навсегда", избавиться от всех проблем, освободить близких; другие даже принимают соответствующие меры (накапливают лекарства, достают прочную веревку и т.п.). На суицидальные тенденции могут указывать внешне абстрактные рассуждения о бессмысленности существования. Опосредованным проявлением суицидальных намерений бывает и тематика сновидений (похороны, смерть, экзекуции и т.п.). Врач должен осторожно уточнить, не чувствует ли больной, что жизнь для него потеряла смысл; нет ли у него желания утром не проснуться; не думает ли он о гибели в результате несчастного случая.

**Депрессивно-бредовые состояния** протекают с преобладанием бреда депрессивного содержания - осуждения, обвинения, Котара, а также нигилистического бреда в сочетании с отрывочными разрозненными галлюцинаторными расстройствами, носящими чаще сценический характер, и делириозными эпизодами. В ряду аффективных расстройств преобладают тревога и подавленность.

**Галлюцинаторно-бредовые синдромы** в структуре затяжных соматогенных психозов включают в себя малосистематизированный ипохондрический бред и/или отдельные бредовые идеи отношения, отравления, преследования в сочетании с "наплывами" истинных слуховых обманов, изолированными множественными, красочными "панорамными" зрительными и тактильными галлюцинациями с чертами мучительных протопатических ощущений.

**Психоорганический синдром** - явления энцефалопатии со снижением памяти, безволием, психической беспомощностью, аффективной неустойчивостью, падением трудоспособности, социальной дезадаптацией. Может быть как резидуальным состоянием с тенденцией к сглаживанию симптоматики с течением времени, так и необратимым расстройством, т.е. проявлением тотальной органической деменции.

**Диагностика** симптоматического психоза основывается на выявлении синдромов помрачения сознания, аффективных и астенических проявлений на фоне соматического (инфекционного или неинфекционного) заболевания или состояния интоксикации, а также на установлении связи между течением телесного недуга и динамикой психопатологических расстройств. Симптоматические психозы подчиняются общим закономерностям: расстройство дебютирует эмоционально-гиперестетическими состояниями слабости; астенция характеризует и период реконвалесценции. Отмечаются свойственные соматогенным полиморфизм и колебания выраженности клинических проявлений, а также физикальный характер психопатологических расстройств — связь с тягостными соматическими ощущениями. Длительность острого психоза не превышает нескольких дней; обычно наступает выздоровление, однако не исключена вероятность летального исхода или формирования психоорганического синдрома. Прогноз зависит от лежащего в основе соматогенного патологического процесса.

### **5.5. Дифференциальная диагностика, терапия**

Сложности, возникающие при распознавании и дифференциации психосоматических расстройств, связаны с тем, что они занимают как бы промежуточное положение между психической и соматической патологией. Соответственно психосоматические расстройства необходимо отграничивать от проявлений как соматических, так и психических заболеваний.

Констатация явлений соматизации исключительно как нарушения психосоматической сферы возможна лишь при исключении клиническим (нарушения психосоматических корреляций — табл. 1) и инструментальным путем соматического происхождения наблюдаемых симптомов. Так, например, оценка нарушений зрения как проявления конверсионного расстройства возможна лишь после обследования окулиста, не обнаружившего признаков поражения органа зрения. В качестве опорных пунктов, позволяющих исключить симптомы, имеющие чисто соматическое происхождение, выступают характерные для конверсионных расстройств признаки (драматичность; полиморфизм клинических проявлений; сочетание различных симптомокомплексов, никогда не встречающихся при одном и том же заболевании; характерная динамика — изменчивость, подвижность, внезапность появления и исчезновения; видоизменение, обогащение и расширение круга симптомов под влиянием новой, особенно индивидуально значимой, информации).

**Таблица 1**

Показатель	Нарушения психосоматических корреляций
------------	--

А	<b>Несоответствие проявлений соматовегетативных расстройств тяжести и характеру соматического заболевания:</b>
Болезни органов дыхания	Ощущение нехватки воздуха, "заложенность" в грудной клетке, форсированное поверхностное дыхание, приступы непродуктивного кашля у больных БА с минимальными нарушениями бронхиальной проходимости; выраженные нарушения сна у лиц, страдающих БА, при отсутствии ночных приступов удушья
Болезни органов кровообращения	Длительные болевые ощущения в области сердца, отличающиеся от классических ангинозных болей по обстоятельствам возникновения (отсутствие связи с физической нагрузкой) и купирования (неэффективность нитратов) у больных ИБС, лишь в редких случаях сопровождающиеся характерной "ишемической" динамикой ЭКГ; постоянные ощущения сильного сердцебиения и перебоев в работе сердца у больных с нечасто возникающими аритмиями (редкая экстрасистолия); эпизоды выраженной синусовой тахикардии, неадекватной тяжести поражения сердечнососудистой системы
Болезни органов пищеварения	Упорный гастралгический синдром, отсутствие аппетита и похудание при минимальной выраженности патологических изменений ЖКТ (например, поверхностный гастрит, некалькулезный холецистит)
Болезни органов мочевого выделения	Жалобы на затрудненное, учащенное и/или болезненное мочеиспускание, болезненность внизу живота у пациентов с заболеваниями уретры и мочевого пузыря, не приводящими к существенной обструкции мочевыводящих путей (хронический цистит вне обострения, хронический простатит вне обострения)
Болезни органов кроветворения	Стойкая астения при умеренно выраженной анемии
Болезни опорно-двигательной системы	Стойкие полиартралгии и миалгии у лиц с минимальными органическими поражениями костно-суставной системы (неактивная фаза ревматизма, слабо выраженный остеоартроз крупных суставов и позвоночника)

Болезни эндокринных желез	Резкое похудание и нарушения менструального цикла при легком гипертиреозе; выраженные ангедония, утомляемость и снижение либидо при умеренном гипотиреозе
Б	<b>1. Несоответствие динамики соматовегетативных расстройств характеру клинического течения соматического заболевания:</b>
Болезни органов дыхания	Персистирование одышки, непродуктивного кашля и астении после разрешения острой пневмонии, подтвержденного результатами клинического и рентгенологического исследований
Болезни системы кровообращения	Сохраняющиеся жалобы на головные боли, слабость, учащенное сердцебиение, несмотря на стабилизацию АД на фоне приема адекватной комбинации гипотензивных средств, верифицированную суточным мониторингом АД; персистирование ощущения нехватки воздуха в покое, астении несмотря на исчезновение признаков декомпенсации недостаточности кровообращения (исчезновение застойных явлений в легких, схождение отеков и др.)
Болезни органов пищеварения	Персистирующие анорексия, отрыжка воздухом, дискомфорт в эпигастрии и тошнота при зарубцевавшейся язве желудка или двенадцатиперстной кишки
Болезни органов мочевого выделения	Сохранение учащенного мочеиспускания и ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря несмотря на восстановление оттока мочи в результате оперативного лечения аденомы предстательной железы
Болезни органов кроветворения	Выраженная утомляемость, снижение аппетита, боли в суставах, абдоминальные боли несмотря на нормализацию гемограммы при геморрагическом васкулите
Болезни опорно-двигательной системы	Сохранение болей в позвоночнике и суставах, а также инсомнии, несмотря на уменьшение активности иммуновоспалительного процесса (нормализация СОЭ и т.д.), достигнутое на фоне терапии преднизолоном, цитостатиками и нестероидными противовоспалительными средствами
Болезни эндокринных желез	Сохранение астении, запоров, психомоторной заторможенности вопреки успешной заместительной терапии гипотиреоза гормонами щитовидной железы

	<p><b>2. Изменчивость соматовегетативных проявлений, несвойственная динамике соматического заболевания:</b></p> <p>внезапное появление или исчезновение симптомов под влиянием новой, особенно индивидуально значимой информации</p>
--	--

Чаще всего необходимость в отграничении от соматической и неврологической патологии возникает при выступающих в структуре психосоматических расстройств алгиях (цефалгиях, кардиалгиях, алгиях, локализующихся в опорно-двигательном аппарате). В случаях цефалгий, сочетающихся с головокружениями, явлениями астазии-абазии или другими конверсионными расстройствами, необходимо исключить опухоли мозга, рассеянный склероз, поражения базальных ганглиев. Отсутствие признаков топической локализации, изменчивость проявлений на протяжении последовательных (и тем более 1 отдельно взятого обследования), а также тесная связь манифестации алгий с ситуационными и стрессорными факторами свидетельствуют в пользу функциональной природы страдания.

Правильная оценка болевого синдрома при органических неврозах позволяет исключить ИБС и некоторые варианты экстракардиальной патологии. Так, в практике терапевтов и кардиологов одной из наиболее частых проблем является необходимость дифференциации панического приступа, протекающего с симптоматикой кардионевроза, от приступа стенокардии (инфаркта миокарда). В этих случаях наряду с данными кардиологического обследования с применением различных нагрузочных проб (велозергметрия, беговая дорожка), а также суточного мониторирования по Холтеру можно использовать следующие критерии (табл. 2).

**Таблица 2**

**Дифференциация признаков стенокардии и симптомов кардионевроза в рамках панической атаки**

Признак	Особенности кардиальных расстройств	
	стенокардия	паническая атака
Обстоятельства возникновения	Четко связаны с физической нагрузкой, реже — ночные спонтанные боли	Разнообразны или связаны с эмоциональными переживаниями
Начало приступа	Острое	Чаще — постепенное (дискомфорт)
Характер ощущений	Стереотипные сжимающие или иные по характеру боли	Разнообразные алгии, головокружение, слабость, потливость, страх смерти (кардиофобия)
Локализация	Чаще - за грудиной	Чаще — Прекардиальная область



Иррадиация	Чаще — левая рука, нижняя челюсть, область левого плеча и лопатки	Широкая зона, включающая левую половину грудной клетки, левую лопаточную и эпигастральную области
Длительность ощущений	Обычно — минуты	Различная - от нескольких минут до 1-2 ч
Реакция на продолжение нагрузки	Как правило, усиление боли	Чаще отсутствует, иногда интенсивность ощущений может уменьшаться
Частота сердечных сокращений	Может быть как нормальной, так и повышенной	Обычно повышена
ЭКГ	Депрессия сегмента ST-T > 2 мм	Изменения отсутствуют или признаки синусовой тахикардии
Обстоятельства прекращения приступов	Прекращение нагрузки или прием нитроглицерина	Спонтанное или прием транквилизатора
Эффект нитроглицерин а	Быстро наступающий, достоверный положительный	Неопределенный, часто с выраженными побочными эффектами
Эффект транквилизато ра	Незначительный, только частичное снижение тревоги	Быстро наступающий, достоверный положительный

Неизменность перечисленных признаков	Характерна на протяжении Длительного периода болезни	Чаще - нехарактерна
--------------------------------------	--	---------------------

В случаях экстракардиальной патологии диагностические ошибки чаще всего возникают при дифференциации кардионевроза и корешкового синдрома нижнешейной или верхнегрудной локализации. Гипердиагностика корешкового синдрома основана на преувеличении клинической ценности рентгенологических изменений в соответствующих отделах позвоночника. Должны учитываться локализация боли, определенные болевые точки, связь боли с теми или иными позами и движениями, сопутствующие симптомы (мышечная слабость, цианоз кисти и др.)

Развитие панического приступа с выраженными абдоминалгиями при СРТК может имитировать ургентную гастроэнтерологическую патологию, например, перитонит. Для облегчения дифференциальной диагностики в таких случаях можно использовать следующие критерии (табл. 3).

При дифференциальной диагностике суставных болей следует помнить, что алгические проявления при ревматических заболеваниях, как правило, не обнаруживают связи с неблагоприятными физическими раздражителями (за исключением барометрических влияний), а их выраженность не подвержена суточным колебаниям (например, уменьшение боли в ночное время и усиление в утренние часы). Нехарактерны также свойственные психалгиям повышенная чувствительность при надавливании, "мигрирующий" характер (например, ломота в плечевом суставе предшествует болям в зоне надколенника, а затем алгические ощущения распространяются на крестцовую область).

Известные сложности представляет разграничение начальных проявлений БА и свойственного психосоматическим расстройствам (нозогении, органические неврозы) синдрома гипервентиляции. Разграничение указанных состояний можно проводить с помощью клинических признаков, представленных ниже (табл. 4).

Уточнению клинической квалификации состояния пациента могут в значительной мере способствовать результаты применения инструментальных методов исследования, в первую очередь — определения пиковой скорости выдоха (пикфлоуметрия, PEF). Нормальные значения PEF составляют 400-550 л/мин для женщин и 500—600 л/мин для мужчин. Их снижение свидетельствует о приступе БА, а нормальные показатели или сохранение обычных для больного БА в стадии ремиссии показателей PEF указывают на функциональный характер дыхательных расстройств.

**Таблица 3**

**Дифференциация признаков перитонита и симптомов СРТК в рамках панической атаки**

Признак	Особенности нарушений дыхания	
	перитонит	паническая атака
Обстоятельства возникновения	Чаще — нарушение целостности стенки кишки (очень редко — спонтанное)	Чаще — спонтанное или связано с эмоциональными переживаниями
Начало приступа	Внезапное	Чаще — постепенное (дискомфорт)

Характер ощущений	Острые режущие боли опоясывающего характера	Острые спастические боли, Мигрирующие по локализации в пределах проекции толстой кишки, с позывами на дефекацию
Перистальтика	Замедлена	Ускорена, с частыми болезненными позывами на дефекацию
Пальпация	Напряжение мышц брюшного пресса, Щеткина — Блюмберга	Незначительное напряжение мышц брюшного пресса, иногда -спазмированная толстая кишка
Неизменность перечисленных признаков	Характерна	Чаще — нехарактерна

**Таблица 4**  
**Дифференциация признаков приступа БА и синдрома гипервентиляции в рамках панической атаки**

Признак	Особенности нарушений дыхания	
	приступ БА	паническая атака
Обстоятельства возникновения	Контакт с аллергенами, инфекция	Разнообразны или связаны с эмоциональными переживаниями
Начало приступа	Острое	Чаще — постепенное (дискомфорт)
Характер ощущений	Затруднен выдох или приступообразный кашель	Частое поверхностное дыхание "загнанной собаки", сопряженное с алгиями и конверсионными расстройствами
Частота дыхания	Может быть как нормальной, так сниженной или повышенной	Обычно значительно повышена (до 30—50 в минуту)
Соотношение продолжительности вдоха и выдоха	Выдох длиннее вдоха	Вдох примерно равен выдоху

Аускультативные проявления	Сухие, дистанционные хрипы	Везикулярное или жесткое дыхание
Спирографические показатели	Как правило, снижены	Нормальные, увеличен лишь минутный объем дыхания
Обстоятельство прекращения приступов	Прием в <sub>2</sub> -агониста или внутривенная инъекция эуфиллина	Спонтанная редукция или прием транквилизатора
Окончание приступа	Постепенное	Быстрое
Неизменность перечисленных признаков	Характерна на протяжении длительного периода болезни	Чаще нехарактерна

При хроническом течении СРТК необходимо исключать следующие заболевания: злокачественные образования и их метастазы в толстой кишке и других внутренних органах; хронические заболевания внутренних органов алкогольной или вирусной этиологии (вирусные гепатиты, колиты инфекционного происхождения); неспецифическое поражение толстой кишки (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона); паразитарные заболевания (глистные инвазии); врожденные клинически значимые анатомические особенности ЖКТ, могущие определять клиническую картину изучаемых расстройств (долихосигма, мегаколон и т.д.). В этих случаях для отграничения СРТК от органических заболеваний ЖКТ используются специальные инструментальные и лабораторные диагностические процедуры: колоноскопия с биопсией стенки толстой кишки; ультразвуковое исследование органов брюшной полости; анализ кала на дисбактериоз и т.д.

Дифференциально-диагностические сложности возникают при сочетании психосоматического заболевания с аффективными расстройствами (дистимия, циклотимия), а также с шизофренией.

Возможность дифференциации психосоматических расстройств с аффективной патологией (дистимия, циклотимия) связана с использованием характерных признаков позитивной и негативной аффективности (см. гл. 1), а также данных о нарушениях психосоматических корреляций (соотношение выраженности и динамики психических расстройств с характеристиками соматического состояния - см. табл.1).

Диагноз аффективного расстройства устанавливается при несоответствии проявлений соматовегетативных расстройств тяжести и характеру соматического заболевания, а также динамики соматовегетативных расстройств его течению.

Особые сложности в плане дифференциальной диагностики психосоматических и аффективных расстройств представляет "депрессия без депрессии", в клинической картине которой доминируют явления отчуждения базисных витальных влечений — сна, аппетита, либидо, в то время как собственно гипотимия редуцирована. В таких случаях лишь тщательное обследование (данные о депрессиях в прошлом, признаки патологического суточного ритма при отсутствии тяжелого соматического заболевания) позволяет верифицировать диагноз.

Дифференциация психосоматических расстройств с шизофренией опирается на выявление типичных для эндогенного процесса психопатологических образований и признаков дефекта. К первым относятся:

- \* гетерономные патологические ощущения — сенестопатии (возникающие спонтанно, при отсутствии органических изменений, выявляемых современными методами исследования, неопределенные, но крайне тягостные ощущения, не соответствующие зонам иннервации);

- \* сенестезии (с трудом поддающееся описанию нарушение моторной сферы: неожиданная физическая слабость, неуверенность при ходьбе, тяжесть или, напротив, легкость и пустота в теле);

- \* висцеральные галлюцинации, содержанием которых являются объекты, например, инородные тела, находящиеся внутри организма, или физиологические процессы;

- \* ипохондрические фобии, приобретающие характер панфобий отвлеченного содержания, ипохондрический бред (нозомания).

К признакам, предвещающим становление дефекта, принадлежит развитие в картине расстройства явлений аутохтонной астении (см. гл. 2).

Среди других признаков, свидетельствующих о формировании дефекта, должны быть названы нарушения самосознания активности с преобладанием анергии, нарастанием физической и умственной несостоятельности, чувством неполноты собственных действий, речи, мышления, деятельности внутренних органов. К признакам дефекта принадлежит также псевдобрадикация с аспонтанностью, инертностью всех психических процессов, обеднением ассоциативных связей, значительно нарушающая профессиональную деятельность и ограничивающая общую активность. В том же ряду могут рассматриваться признаки астенического аутизма — снижение стремления к общению, ограничение межличностных связей узкими рамками семьи, а также психопатоподобные изменения с эмоциональным оскудением.

При разграничении соматогенных и шизофренических психозов (в развитии последних соматическое заболевание, инфекция или интоксикация могут играть роль провоцирующего фактора) необходимо опираться на признаки хотя бы кратковременных эпизодов помрачения сознания (оглушение, делирий и пр.) и снижение личности по органическому типу (психоорганический синдром).

**Терапия.** Фармакотерапия наряду с психотерапией являются наиболее эффективными методами лечения психосоматических расстройств. Лечение осуществляется с использованием психо-и соматотропных (при верифицированной соматической патологии) препаратов. Алгоритм выбора психофармакологических средств определяется тяжестью психопатологических расстройств, их переносимостью и безопасностью (схема 8).

К препаратам первого ряда при лечении сравнительно нетяжелых психосоматических расстройств, протекающих с астенической, тревожно-фобической (панические атаки, генерализованная тревога, тревожно-фобические нозогенные реакции) и аффективной (нозогенные депрессии) симптоматикой, относятся противотревожные средства из группы высокопотенциальных бензодиазепиновых транквилизаторов, антидепрессанты нового поколения с селективным действием: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина или селективные стимуляторы обратного захвата серотонина, а также ноотропы (см. гл. 7). Эти средства наряду с

достаточно выраженным психотропным эффектом обладают благоприятной соматотропной активностью или нейтральны в отношении соматических функций.

При стойких психосоматических расстройствах (идиопатические алгии, ипохондрические развития, психопатические нозогении, протекающие с выявлением сверхценных идей, соматогенные депрессии) показаны нейролептики сбалансированного действия и антидепрессанты с более мощным психотропным действием: трициклические антидепрессанты, комбинированные препараты (см. гл. 7). При лечении психогенных (бредовые нозогении) и экзогенных (соматогенные и органические психозы с явлениями помрачения сознания) психозов следует использовать традиционные ("большие") нейролептики. При ургентной соматогенной патологии необходимо проведение интенсивной соматотропной терапии вплоть до реанимационных мероприятий.

Психотерапевтическое вмешательство при психосоматических расстройствах может быть самостоятельным видом лечения. Психотерапия показана также при резистентных к психофармакотерапии психопатологических расстройствах и направлена на придание личностного смысла лечебному процессу. Выбор психотерапевтических техник должен базироваться на соображениях удобства применения, экономичности и доступности для больного, отвечать требованию "субъективной адекватности", соответствовать типологии психосоматических расстройств и соотноситься с личностными особенностями больного.

## **ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ (принципы и модели интегрированной медицины)**

Значительный рост доли психически больных среди пациентов общемедицинских учреждений свидетельствует об актуальности организации специализированной помощи этому контингенту. В настоящее время в Российской Федерации эта служба недостаточно совершенна, что создает опасность несвоевременного выявления психических расстройств, увеличивает число "запущенных" случаев, способствует снижению трудоспособности пациентов, ухудшению качества их жизни, влечет за собой неоправданные экономические затраты.

Затруднения в организации специализированной помощи больным с психическими нарушениями в общемедицинской сети обусловлены целым рядом причин, главная из которых -неподготовленность психиатрической службы к интеграции с другими отраслями медицины и здравоохранения. Так, наиболее распространенные, "классические" модели психиатрических учреждений - психиатрическая больница и диспансер - не создают условий для решения задач, связанных с диагностикой и лечением больных с пограничными состояниями и стертыми, соматизированными, маскированными психическими расстройствами. В свою очередь, наблюдаемые интернистами психические расстройства, которые могут сочетаться с патологией внутренних органов или маскироваться сходными с этой патологией соматоформными нарушениями, нередко недовыявляются. Такое положение во многом связано с ограниченностью информационных и профессиональных контактов между психиатрами и врачами общемедицинских учреждений. Из-за отсутствия интеграции психиатрической и общемедицинской служб психиатрическая помощь в ее официальных, нормативных формах оказывается все более невостребованной.

Организацию квалифицированной медицинской помощи пациентам общемедицинских учреждений с психическими нарушениями существенно затрудняют и недоверчивое, а нередко и негативное отношение больных к психиатрии. Примерно половина таких пациентов склонна к обывательской интерпретации болезненных проявлений; они считают, что имеющиеся у них расстройства возникли "на почве переживаний", "от неправильного воспитания", "от дурного характера". Даже допуская необходимость психиатрической помощи, эти больные не хотят обращаться в психиатрические учреждения, опасаясь моральной компрометации и последующих социальных ограничений.

Недоверие к психиатрии — универсальная черта жителей различных стран. Так, в некоторых штатах США при достаточно налаженной системе передачи больных из учреждений общемедицинской сети в центры психического здоровья, лишь 10% пациентов выполняют рекомендацию врачей-интернистов обратиться к психиатру. В последние годы различные авторы выдвигают идеи нового подхода к организации психиатрической помощи населению. Этот подход наряду с клиническим и терапевтическим учитывает и экономический аспект.

В условиях общемедицинской сети оптимальной для практического внедрения представляется модель интегрированной медицины, предусматривающая в рамках организации психиатрической службы активное привлечение к диагностической и лечебной работе не только психиатров, но и врачей других специальностей.

При работе на основе обсуждаемой модели создаются благоприятные условия для выявления и лечения психических расстройств, поскольку обеспечивается тесное взаимодействие и преемственность между психиатрической и общемедицинской службами. Психиатр, поддерживая постоянное сотрудничество со специалистами общемедицинских учреждений, способствует повышению квалификации медицинского персонала (в первую очередь - врачей) в области диагностики и терапии психической патологии. В настоящее время эта модель используется в работе психиатрических и психотерапевтических кабинетов территориальных поликлиник и медико-санитарных частей, а также в многопрофильных больницах.

В соответствии с этой моделью, психиатр территориальной поликлиники, с одной стороны, осуществляет в специальном кабинете прием и лечение больных с психическими расстройствами, а с другой — выступает как консультант, постоянно взаимодействующий

с врачами-соматологами, обсуждающий с ними особенности состояния больных и тактику лечебных мероприятий.

**Предполагается, что значительную работу по лечению психических нарушений может проводить врач общей практики, при необходимости консультируясь с врачом-психиатром.**

Специальное изучение работы городских общемедицинских лечебно-профилактических учреждений показало, что любое из них (территориальная или ведомственная поликлиника, диспансер - онкологический, дерматологический, противотуберкулезный и др., медико-санитарная часть, больница — многопрофильная или специализированная, учреждения скорой и неотложной помощи, консультативно-диагностический центр, экспертные комиссии, работающие на предприятиях, в учебных заведениях, военкоматах и др.) становится местом выявления психических расстройств, а врач — "первой инстанцией", определяющей необходимый больному дальнейший "маршрут".

В обязанности врача общемедицинского учреждения, обнаружившего у пациента признаки психических нарушений, входит выбор правильной тактики. При этом предусматривается две возможности: прибегнуть к традиционным формам психиатрической помощи (направить в специализированное учреждение) или избрать другие варианты вплоть до самостоятельного проведения диагностических и лечебных мероприятий (табл. 5).

Безусловным основанием для направления больного в психиатрическую больницу могут быть клинические проявления тяжелых психических расстройств: депрессия с упорными суицидальными мыслями (принимаются во внимание и попытки самоубийства в прошлом, выраженная тревога, страхи, психомоторное возбуждение, агитация или заторможенность); признаки психоза (явления помрачения сознания, бред, галлюцинации, дезориентировка в окружающем). При острых состояниях, особенно в случаях, чреватых опасностью суицида, не следует ограничиваться формальной выдачей направления; необходимо убедиться в осуществимости предстоящей госпитализации, возможно, вызвать бригаду скорой психиатрической помощи и даже транспортировать больного в психиатрический стационар своими силами. При менее острых проявлениях психической патологии интернист может ограничиться направлением больного в психоневрологический диспансер.

**Таблица 5 Выбор тактики оказания помощи**

<b>Место оказания медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами, выявляемыми в общемедицинской сети</b>	<b>Специалист, осуществляющий помощь</b>
<b><i>Общее отделение психиатрической больницы; санаторное (психоневрологическое, психотерапевтическое) отделение психиатрической больницы; психоневрологический диспансер; психиатрический (психотерапевтический) кабинет территориальной, ведомственной поликлиники, медико-санитарной части</i></b>	<b>Психиатр</b>



<b><i>Соматопсихиатрическое отделение многопрофильной больницы; психосоматическое (психиатрическое, психоневрологическое, психотерапевтическое) отделение многопрофильной больницы; клиника, лечебный центр НИИ или учебного медицинского института; психиатрический блок (или палата) соматического отделения многопрофильной больницы</i></b>	<b>Совместно психиатр и врач общемедицинск ой сети</b>
<b><i>Соматическое отделение многопрофильной или специализированной больницы; территориальная, ведомственная поликлиника; медико-санитарная часть</i></b>	<b>Врач общемедицинск ой сети</b>

При выявлении у пациента пограничных психических расстройств возможны следующие 3 варианта проведения лечебных мероприятий (их выбор зависит не только от структуры психических расстройств, но и от особенностей личности больного, его социального и психологического статуса, желаний самого пациента и его родственников):

направление для дальнейшего лечения к психиатру;

\* проведение лечения при систематических консультациях психиатра;

\* осуществление самостоятельной курации.

Для врача-интерниста, взявшегося самостоятельно лечить пациента с психическими расстройствами, обязательны следующие действия:

\* исключение тяжелых хронических соматических заболеваний, беременности, а также алкоголизма и эпилепсии;

\* при необходимости - проведение дополнительных психологических, лабораторных, инструментальных и других параклинических исследований, а также получение объективных анамнестических сведений;

\* выбор психотропных средств, дающих оптимальный по отношению к актуальным психопатологическим проявлениям терапевтический эффект; при этом необходимо учитывать относительные или полные противопоказания для использования психофармакологических препаратов (тяжелая соматическая патология - сердечно-сосудистые заболевания, болезни печени, почек с признаками декомпенсации; глаукома, аденома предстательной железы и т.д.).

Специализированная помощь больным с психическими расстройствами в многопрофильном стационаре в первую очередь осуществляется в рамках соматопсихиатрических отделений, практически являющихся комбинацией острого беспокойного психиатрического отделения и блока интенсивной терапии. Контингент этих отделений представлен в основном больными-"микстами" (сочетание тяжелой соматической и психической патологии). 2/3 больных соматопсихиатрических отделений доставляются бригадами скорой медицинской помощи, а 25% в экстренном порядке переводятся из соматических или психиатрических стационаров.

Оценка потребности пациентов многопрофильной больницы, у которых выявляются психические расстройства, в тех или иных формах психиатрического лечения показала, что лишь 5% от общего их числа требуется перевод в соматопсихиатрическое отделение или психиатрическую больницу; в 19% случаев (речь идет главным образом о стертых формах психической патологии) специализированное лечение должен проводить

психиатр-консультант, а в большинстве случаев (76%) терапию психических нарушений может осуществлять интернист (при консультативной помощи психиатра или даже без нее).

Однако для лечения больных с пограничной психической патологией в соматическом стационаре в настоящее время нет условий (в психиатрические больницы подавляющее большинство этих пациентов госпитализироваться не желают, даже если им предлагается лечение в санаторном отделении со свободным режимом пребывания). Попытки терапии этого контингента в предназначенных для соматической патологии отделениях многопрофильных или специализированных больниц приводят зачастую к потере времени, дополнительным разочарованиям и напрасным экономическим расходам.

Очевидно, что здравоохранение стоит перед настоятельной необходимостью организации в многопрофильных больницах специализированных психиатрических отделений, которые могут называться психосоматическими (наиболее удачное, на наш взгляд, название), психоневрологическими, психотерапевтическими, отделениями функциональной неврологии и т.д. и будут использоваться для оказания диагностической и лечебной помощи больным с пограничными психическими расстройствами (в том числе и психосоматическими), в число которых входят стойкие и достаточно генерализованные соматоформные, невротические, соматогенные, аффективные (депрессивные) расстройства, нозогении, сосудистые и некоторые другие органические нарушения, расстройства сна.

Как показывает накопленный опыт, в составе многопрофильной больницы могут использоваться 2 модели психосоматических отделений.

**1-я модель. Психосоматическое отделение, работающее по принципу "централизации"**, в штатном расписании которого предусматриваются психиатры, терапевт, психотерапевт, медицинский психолог. Для проведения диагностических мероприятий и консультаций такое психосоматическое отделение привлекает "на себя" специалистов различных профилей.

Медицинская среда психосоматических отделений отличается от таковой в отделениях других профилей — как психиатрических, так и терапевтических, неврологических, кардиологических и др. В этом отделении интегрированы психиатрическая и общемедицинская службы, учтены, требования, предъявляемые к навыкам медицинского персонала, организации режима (особенно в части медицинского наблюдения и введения некоторых ограничений), обеспечению как психотропными, так и соматотропными медикаментами.

**2-я модель. Психосоматическое отделение, работающее по принципу "децентрализации"**; оно не имеет собственных стационарных коек, а работает как межклиническое общепольничное лечебно-диагностическое подразделение, обеспечивая специализированную помощь больным с психическими нарушениями на месте их пребывания в соответствующем отделении. Сотрудники психосоматического отделения наряду с консультативно-диагностической проводят систематическую лечебную работу в постоянном контакте с врачами-соматологами.

Модель психиатрической службы в условиях многопрофильной больницы предусматривает наряду с соматопсихиатрическими и психосоматическими отделениями круглосуточное дежурство психиатра по больнице и приемному покою.

В реальности рассмотренные модели не всегда будут применяться в законченном, полном виде. Ниже представлены другие формы организации психиатрической службы многопрофильной больницы - от более предпочтительных (1-я и 2-я модели) до "усеченных" (4-я, 5-я), использующих малые силы и средства.

**Модели организации психиатрической службы многопрофильной больницы:**

*1-я — психосоматическое отделение (1-й вариант) — "централизованное":*

\* психиатры отделения, психиатр-консультант по больнице;

\* дежурный психиатр по больнице и приемному покою (в вечернее и ночное время).

*2-я — психосоматическое отделение (2-й вариант) — "децентрализованное":*

\* психиатры-консультанты отделения;

\* дежурный психиатр по больнице и приемному покою (круглосуточно).

*3-я — соматопсихиатрическое отделение:*

\* психиатр-консультант по больнице;

\* дежурный психиатр по больнице и приемному покою (в вечернее и ночное время).

*4-я - психиатр-консультант по больнице:*

\* дежурный психиатр по больнице и приемному покою (в вечернее и ночное время).

5-я — психиатр-консультант по больнице. Среди различных звеньев здравоохранения по важности для выявления психической патологии выделяется служба скорой

и неотложной медицинской помощи, которая призвана решать многие вопросы интегрированной медицины, осуществлять тесную связь и преемственность между различными психиатрическими и общемедицинскими учреждениями.

Анализ практической деятельности врачей, принимающих участие в оказании помощи больным с психическими нарушениями в процессе работы скорой помощи бригады или в условиях многопрофильной больницы (особенно ее приемного отделения), показывает, что наибольшие трудности возникают при оценке состояния в случаях сочетанной психической и соматической патологии. Квалификацию состояния нужно осуществить в сжатые сроки, так как от нее зависит дальнейший "маршрут" больного и эффективность проводимой терапии.

Возможно 5 вариантов медицинских мероприятий<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> В перечисленных вариантах не нашлось места психосоматическому отделению, поскольку поступление в это отделение пациентов в экстренном порядке существующая организационная схема не предусматривает.

1. При незначительной выраженности как соматической, так и психической патологии больного можно отправить домой (из приемного отделения, выписать из стационара, оставить в домашних условиях при осмотре бригадой скорой помощи) под наблюдение общемедицинского учреждения.

2. В случае тяжелой соматической патологии и незначительной выраженности психических нарушений больной должен быть направлен в соматическое отделение стационара соответствующего профиля (или продолжить лечение в таком отделении).

3. При незначительной соматической патологии и выраженных или острых психических расстройствах пациентов направляют (переводят) в психиатрический стационар.

4. При выраженных проявлениях и значительной тяжести как соматической, так и психической патологии больным показано лечение в условиях соматопсихиатрического отделения многопрофильной больницы.

5. При острой соматической патологии, требующей срочной медицинской помощи (необходимость оперативного вмешательства, острый инфаркт миокарда, почечная колика, травма и др.), больного, невзирая на тяжелую психотическую симптоматику, направляют (переводят) в соматическое отделение с индивидуальным постом наблюдения.

Внедрение в практику работы лечебно-профилактических учреждений принципов Интегрированной медицины предусматривает организацию образовательной программы, предназначенной в первую очередь для врачебных кадров.

Диагностика и лечение больных с психическими расстройствами в общемедицинской сети на сегодняшний день - сложная проблема, для решения которой необходимо повышение квалификации не только врачей общемедицинских специальностей, но и психиатров. Последние, как правило, лучше владеют методами "традиционной" психиатрии, нежели подходами, адекватными решению задач психосоматической медицины.

В связи с этим учебная работа должна осуществляться, по крайней мере, в 2 направлениях: по программе повышения квалификации психиатров в области клиники, терапии и эпидемиологии психосоматических и других психических расстройств непсихотического уровня; по специальной образовательной программе для врачей-соматологов (в первую очередь - для невропатологов и терапевтов) с основами общих психиатрических знаний и конкретными сведениями о диагностике и терапии психических нарушений, распространенных среди пациентов общемедицинских учреждений. Обязательным для обеих учебных программ является рассмотрение принципов и организационных моделей интегрированной медицины.

## **ГЛАВА 7. ТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Несмотря на значимую роль психотерапии и других немедикаментозных методов в лечении психических расстройств у больных общей медицинской практики, основное место среди лечебных воздействий занимает психофармакотерапия. В то же время принадлежность этого контингента к лицам, которыми занимается "малая психиатрия", диктует особую стратегию лечения. Первостепенную важность в этих условиях приобретает нешаблонный, строго индивидуальный подход, обязательным условием которого становится сотрудничество больного с врачом. Задача врача — добиться заинтересованности и участия пациента в процессе терапии. В противном случае возможно нарушение врачебных рекомендаций в отношении как доз, так и режима приема лекарств. У 25—50% амбулаторных больных подобные нарушения негативно отражаются на результатах лечения. Необходимо внушить пациенту веру в возможность выздоровления, преодолеть его предубеждение против "вреда", наносимого психотропными средствами, передать ему свою убежденность в эффективности лечения при условии систематического соблюдения предписанных назначений.

Назначая психотропные средства, надо помнить, что эффект большинства из них развивается постепенно. В связи с этим перед началом терапии во избежание разочарований и преждевременного прекращения курса лечения больных предупреждают о постепенном "развертывании потенциала" лекарственного средства и возможности побочных эффектов.

Выбор психотропных средств проводится с учетом клинических особенностей наблюдаемого психического расстройства и соматического состояния пациента. В связи с "пограничным" уровнем психических нарушений, при которых не требуется интенсивной антипсихотической терапии (исключение составляют соматогенные психозы и бредовые нозогенные реакции), и возможностью их сочетания с соматической патологией предпочтение отдается современным препаратам, обладающим наряду с психотропной активностью высоким индексом безопасности. С учетом риска преднамеренной передозировки лекарств с суицидальными целями при выборе психотропных средств (особенно — антидепрессанта для амбулаторной терапии) также предпочитают максимально безопасные в этом отношении препараты. Проводя лечение больных, страдающих соматическими заболеваниями, следует принимать во внимание не только свойства психотропных средств, но и особенности взаимодействия их с медикаментами из числа применяемых в общей медицине (соматотропные средства).

Если проводится "первичная" психофармакотерапия, т.е. интернист осуществляет лечение самостоятельно, желательно минимизировать число используемых препаратов. Более целесообразной (особенно в амбулаторной практике) тактикой представляется монотерапия, не нарушающая существенным образом привычный уклад жизни, распорядок дня пациентов и не препятствующая их профессиональной деятельности.

Для минимизации явлений "поведенческой токсичности" — вялости, сонливости, двигательной заторможенности — не только подбирают адекватные дозы, но и при необходимости меняют схему лечения.

Получив устойчивый терапевтический эффект, дозы снижают постепенно; резкое снижение доз или отмена препарата может привести к ухудшению как психического, так и соматического состояния, медикаментозной резистентности, спровоцировать синдром отмены (вегетативные дисфункции, акатизия, возникновение или усиление тревоги, расстройства сна).

При беременности и лактации психофармакотерапию осуществляют лишь в исключительных случаях, назначают психотропные средства, не обнаруживающие тератогенных свойств, и только по строгим клиническим показаниям — при выраженности психических расстройств, усугубляющих соматическое состояние беременных и рожениц и угрожающих жизни матери и ребенка (в частности, при суицидальных тенденциях).

Психофармакотерапия проводится средствами всех основных классов. Классификация психотропных средств по химической структуре, предложенная ВОЗ в 1990 г., представлена в табл. 6.

**Таблица 6 Классификация психофармакологических средств\***

\* Приводятся лишь препараты, нашедшие широкое применение в клинической практике \*\* В настоящее время применяются крайне редко в связи с соматическими противопоказаниями, тяжелыми побочными эффектами, несовместимостью с другими антидепрессантами, диетическими ограничениями; **жирным шрифтом** выделены средства, предпочтительные для использования в общей медицинской практике, курсивом — транквилизаторы гипнотического действия

Класс	Химическая группа	Генерические и некоторые наиболее распространенные коммерческие названия
<b>Нейролептики</b>	Фенотиазины	Хлорпромазин (аминазин), трифлуперазин (стелазин, трифтазин, тразин), левомепромазин (тизерцин) пипотиазин (пипотрил), <b>перициазин (неулептил),</b> <b>алимемазин (терален)</b> <b>тиоридазин (сонапакс,</b> <b>меллерил), перфеназин</b> <b>(этаперазин, трилафон)</b>
	Ксантены и тиоксантены	Клопентиксол (клопиксол) <b>хлорпротиксен (труксал),</b> <b>флупентиксол (флюанксол)</b>
	Бутирофеноны	Галоперидол (галдол, сенорм), <b>трифлуперидол (триседил,</b> <b>триперидол)</b>
	Пиперидиновые производные	Флушпирилен (имап), пенфлуридол (семап), <b>пимозид (орап)</b>
	Бициклические производные	<b>Рisperидон (рисполепт)</b>
	Атипичные трициклические производные	<b>Кветиапин (сероквел)</b>
	Бензазепиновые производные	Клозапин (лепонекс, азалептин), <b>оланзапин (зипрекса)</b>
	Бензамидовые производные	<b>Сульпирид (эглонил, догматил),</b> <b>тиаприд (тиапридал)</b>

<b>Антидепрессанты</b>	Трициклические (ТЦА)	Амитриптилин (триптизол, саротен), имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил), нортриптилин (памелор), <b>доксепин (синекван),</b> <b>дезипрамин (петилил)</b>
	Комбинированные	<b>Амиксид-лимбитрол (амитриптилин - 12,5-25 мг+хлордiazепоксид — 5-10 мг)</b>
	Атипичные (ССОЗС)	<b>Тианептин (коаксил, стаблон)</b>
	Тетрациклические	<b>Мапротилин (лудиомил),</b> <b>миансерин (леривон)</b> -СИОЗН, <b>пирлиндол (пиразидол)</b> - ОИМАО-А, <b>миртазапин (ремерон) - СНСА</b>
	Бициклические (СИОЗС)	<b>Сертралин (золофт),</b> <b>пароксетин (паксил),</b> <b>циталопрам (ципрамил),</b> <b>тразодон (триттико)</b>
	Моноциклические	<b>Флуоксетин (прозах, продеп),</b> <b>флувоксамин (феварин) -СИОЗС,</b> <b>милнаципран (иксел) - СНСА</b>

	Ингибиторы МАО** (ИМАО)	<b>Ниаламид (ниамид, нуредаль),</b> <b>фенелзин (нардил)</b>
	Обратимые ингибиторы МАО (ОИМАО-А)	<b>Моклобемид (аурорикс)</b>
<b>Транквилизаторы</b>	Бензодиазепины	<b>Диазепам (валиум, седуксен,</b> <b>реланиум, сибазон),</b> <b>хлордiazепоксид (элениум,</b> <b>либриум),</b> <b>бромазепам (лексотан),</b> <b>лоразепам (ативан, мерлит, трапекс),</b> <b>феназепам,</b> <b>клоназепам (ривотрил),</b> <b>клобазам (фризиум),</b> <b>нитразепам (эуноктин, радедорм)</b>



	Триазолобензодиазепины	<b>Алпразолам (ксанакс, алзолам), триазолам(хальцион), мидазолам(дормикум)</b>
	Производные дифенилметана	<b>Тидроксизии (атаракс)</b>
	Гетероциклические производные	<b>Буспирон (буспар), зопиклон (имован), золпидем (ивадал)</b>
<b>Ноотропы и вещества с ноотропным компонентом действия</b>	Производные пирролидона	<b>Пирацетам (ноотропил)</b>
	Циклические производные ГАМК	<b>Пантогам (гаммалон, аминалон)</b>
	Производные пиридоксина	<b>Пиритинол (энцефабол)</b>
	Производные девинкана	<b>Винкамин,винпоцетин (кавинтон)</b>

Хотя в табл.6 представлены далеко не все психотропные средства, которыми располагает современная психофармакология, приведенной информации достаточно, чтобы убедиться в том, что препараты, применяемые в клинической практике, обладают свойствами, позволяющими воздействовать на широкий спектр психических нарушений. Существуют теоретические обоснования такого целенаправленного воздействия на биологические механизмы, лежащие в основе психических расстройств.

Среди гипотез, объясняющих механизм действия *нейролептиков*, наибольшее признание получила концепция преимущественного влияния на дофаминергические нейромедиаторные процессы путем блокирования дофаминовых рецепторов при одновременном задействовании серотониновых рецепторов.

Воздействие *антидепрессантов* интерпретируется с позиций коррекции дефицита центральной серотонинергической активности. При этом наряду с классификацией по химической структуре тимолептики подразделяются по механизму действия на следующие группы: МАО — необратимо блокируют внутриклеточную МАО-А и МАО-В; ТЦА - неизбирательные ингибиторы нейронального захвата (ингибируют обратный захват моноаминов — серотонина и норадреналина, блокируют М-холинорецепторы,  $\alpha_1$ -

адренорецепторы и H<sub>2</sub>-рецепторы), включают атипичные ТЦА или ССОЗС — селективные стимуляторы обратного захвата серотонина, СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, избирательно воздействующие на 5-HT<sub>1</sub>-рецепторы; СИОЗН - α<sub>2</sub>-адреноблокаторы; ОИМАО - селективные обратимые ингибиторы МАО-А.

Свойства *транквилизаторов* связывают с активным воздействием на ГАМКергические системы путем стимуляции физиологических механизмов подавления активности большинства нейронов.

Считается, что *ноотропы* неспецифически активируют ферменты, участвующие в обмене АТФ, синтезе РНК и ДНК, повышают обмен нейротрансмиттеров.

Клиническую активность психотропных средств основных классов, в соответствии с которой определяются показания к их применению, отражают характеристики, представленные в табл. 7.

Из приведенных данных видно, что в общей медицинской практике могут применяться все транквилизаторы и ноотропы.

**Таблица 7**

**Клинические свойства и показания к применению психотропных средств при пограничных состояниях и психосоматических расстройствах**

\*Выделенные курсивом свойства психотропных средств не обязательно распространяются на все препараты соответствующего класса

Класс	Клиническое действие		Показания к применению
	основное	дополнительное	
Нейролептики	Антипсихотическое (купирующее воздействие — бредовые, галлюцинаторные расстройства, проявления психомоторного возбуждения, сверхценные образования, стойкие алгии; корректирующее воздействие — патохарактерологические расстройства)	Седативное, <u>гипнотическое</u> *, <u>антиэмпатическое</u>	Симптоматические и органические психозы, мании, смешанные состояния, тревожно-фобические, конверсионные, соматоформные, личностные расстройства; <u>депрессии — в сочетании с антидепрессантами</u>

Транквилизаторы	Анксиолитическое, купирующее тревогу, противосудорожное	Гипнотическое, вегетостабилизирующее	Острые тревожно-фобические расстройства (генерализованная тревога, панические атаки), соматовегетативные кризы, фобии, конверсионные, соматоформные, личностные расстройства; <u>депрессии</u> — <u>в сочетании с антидепрессантами</u>
-----------------	---	--------------------------------------	---

Антидепрессанты	Тимолептическое (антидепрессивное), купирующее гипотимию	<u>Седативно-гипнотическое, противоаллергическое, анксиолитическое</u>	Депрессии (лечение, профилактика рецидивов), тревожно-фобические (панические атаки), обсессивно-компульсивные расстройства
Ноотропы	Церебропротекторное, нивелирующее мнестико-интеллектуальные расстройства, антигипоксическое		Органические расстройства сознания, острая или резидуальная церебральная недостаточность, астенические расстройства, задержки развития; <u>депрессии — в сочетании с антидепрессантами</u>
Психостимуля	Стимулирующее, повышающее		Астенические расстройства,

торы	порог бодрствования		дефицит внимания; депрессии — <u>в комбинации с антидепрессантами</u>
Нормотимики	Профилактическое, предупреждающее рецидивы фазовых аффективных расстройств (депрессии, мании)	е, седативно, <u>тимолептическое</u>	Аффективные фазы (депрессии, мании) — предпочтительно назначаются при рекуррентных маниях/гипоманиях и биполярных расстройствах

Что же касается нейролептиков, то их антипсихотические свойства не являются "точкой приложения" по отношению к пограничным психическим расстройствам. При терапии этих расстройств используются главным образом дополнительные эффекты нейролептиков: седативный, гипнотический, анти-эмитический. Предпочтение отдают препаратам с мягким сбалансированным действием и новейшим средствам этого класса (см. табл. 6).

При назначении антидепрессантов больным с неглубокими, стертыми депрессиями необходимо учитывать не только их основной - тимолептический - эффект, но и индекс безопасности и переносимость. Два последних требования в условиях общемедицинской практики приобретают особую значимость. Оптимизация действия средств этого класса оказалась возможной благодаря синтезу препаратов нового поколения, применение которых позволяет минимизировать побочные эффекты и осложнения. В скобках в табл. 6 приведены аббревиатуры, соответствующие механизму действия препарата, поскольку эта характеристика не всегда совпадает с химической структурой.

В учреждениях общей медицинской практики с учетом непсихотического уровня психических расстройств, выявляемых у большинства больных, рекомендуется использовать достаточно низкие дозы психотропных средств (табл. 8).

**Таблица 8**

**Рекомендуемые суточные дозы (в мг) психотропных средств (генерические названия), применяемых в терапии пограничных психических и психосоматических расстройств в общемедицинской сети**

Класс	Доза, мг	Класс	Доза, мг
<b>Антидепрессанты</b>		<b>Транквилизаторы</b>	
<b>ТЦА:</b>		<b>Производные бензодиазепина:</b>	
доксепин	50-100	дiazepam	10-30
дезипрамин	50-100	хлордiazепоксид	10-30
<b>Комбинированные:</b>		бромazepam	4-6
		нитразepam	5-10

амиксид	3-4 таб.	лоразепам	2-4
<b>ССОЗС:</b>		феназепам	1-2
		клобазам	10-20
тианептин	25-37,5	клоназепам	1-3
<b>СИОЗС:</b>		<b>Производные</b>	
		<b>триазолобензоди</b>	
		<b>азе</b>	
		<b>пина:</b>	
флуоксетин	20	алпразолам	1-2
флувоксамин	50-100	триазолам	0,25-0,5
сертралин	50-100	мидазолам	7,5-15
пароксетин	20-40		
циталопрам	20-40		
тразодон	50-150	<b>Гетероциклическ</b>	
циталапрам	20-40	<b>ие</b>	
<b>СБОЗН:</b>		<b>производные:</b>	
		бус пирон	10-15
		зопиклон	7,5
миансерин	30-60	золпидем	10
<b>ОИМАО-А:</b>			
моклубемид	300	<b>Производные</b>	
пирлиндол	100-150	<b>дифенил метана:</b>	
		гидроксизин	25-75

<b>тиоксантены:</b>			
	хлорпротиксен	15-45	<b>Производные пиридоксина:</b>
	флупентиксол	2-6	
<b>ы:</b>	<b>Бутирофенон</b>		<b>Производные девинкана'.</b>
	трифлуперидо	1-2	
<b>л</b>			<b>винкамин, винпоцетин</b>
<b>ые</b>	<b>Пиперидинов</b>		
	<b>производные</b>		<b>15—20</b>
<b>:</b>	пимозид	1-3	
<b>ие</b>	<b>Бициклическ</b>		
	<b>производные</b>		
<b>:</b>	рисперидон	1-2	
<b>кие</b>	<b>Атипичные</b>		
	<b>трицикличес</b>		
<b>:</b>	<b>производные</b>		
	кветиапин	25-200	
	<b>Производные бензамидов:</b>		
	сульпирид	50-300	
	тиаприд	150-300	
	<b>Производные бензапина:</b>		
	оланзапин	5-10	

Тем не менее избежать большинства побочных эффектов, чаще развивающихся при терапии высокими суточными дозами, практически невозможно и прежде всего — у пожилых пациентов, страдающих соматическими заболеваниями. Этот контингент образует группу риска развития побочных эффектов в связи с повышенной чувствительностью к психотропным средствам.

Основной побочный эффект при лечении **нейролептиками** выражается **нейролептическим синдромом**, в картине которого преобладают экстрапирамидные расстройства (гипо- либо гиперкинетические). *Гипокинетические расстройства*: лекарственный паркинсонизм с повышением мышечного тонуса, тризмом, ригидностью, скованностью, замедленностью движений и речи. *Гиперкинетические расстройства*: тремор, гиперкинезы (хореоформные, атетоидные и др.), дискинезии. Могут наблюдаться акатизии - неусидчивость, тасикинезия (потребность двигаться, менять положение), беспокойство в ногах. *Дискинезии* подчас носят пароксизмальный характер и проявляются спастическими сокращениями мышц глотки, языка, челюстей, распространяются на другие мышечные группы (окулогирные кризы, тортиколиз, торсионный спазм, экзиторные кризы). При длительной терапии возможна *поздняя (тардивная) дискинезия* — произвольные движения губ, языка, мимической мускулатуры, хореоформные гиперкинезы конечностей.

Терапия нейролептиками может осложняться также:

- \* **холинолитическими эффектами** (расстройства зрения, дизурия);
- \* **вегетативными расстройствами** (чаще — ортостатическая гипотензия, потливость, запоры, поносы);
- \* функциональными **нарушениями деятельности сердечно-сосудистой системы** с изменениями на ЭКГ (увеличение интервала Q-T, снижение зубца Т или его инверсия), тахи- или брадикардией;
- \* кожными **аллергическими реакциями** (крапивница, лекарственный дерматит), явлениями фотосенситивности (повышенная чувствительность к инсоляции), пигментации кожи;
- \* **пролактиновыми эффектами**: галакторея, расстройства менструального цикла (дисменорея, олигоменорея), псевдогермафродитизм у женщин, гинекомастия и задержки эякуляции у мужчин, снижение либидо, увеличение массы тела;
- \* **общими аллергическими и токсическими реакциями** (гепатиты, токсические изменения сетчатки, патологическая пигментация преломляющих сред органа зрения в сочетании с патологической пигментацией кожи рук и лица - *кожно-глазной синдром*);
- \* **нарушениями картины крови** (лейкопения, агранулоцитоз, апластическая анемия, тромбоцитопения).

Кроме того, осложнением терапии нейролептиками могут стать **психические расстройства**: анестетическая депрессия, делирий, эпилептиформные припадки.

Нейролептики новых поколений по сравнению с традиционными производными фенотиазинового ряда и бутирофенонами значительно более безопасны.

Основные побочные эффекты **антидепрессантов** развиваются при терапии ТЦА. К их числу относятся:

- \* **холинолитические** - нарушение аккомодации, повышение внутриглазного давления, сухость слизистых оболочек, тошнота, запоры вследствие атонии кишечника, диарея, задержка мочеиспускания;
- \* **нейротоксические** — сомнолентность или бессонница, головокружение, слабость либо раздражительность, атаксия, тремор, оральные гиперкинезы, дизартрия, акатизия;
- \* **расстройства сердечно-сосудистой системы** — артериальная гипотензия, синусовая тахикардия, нарушения атриовентрикулярной проводимости;
- \* **осложнения со стороны органов кроветворения** — лейкопения, тромбоцитопения, агранулоцитоз, гемолитическая анемия;
- \* **аллергические реакции** — кожный зуд, крапивница, отек Квинке, дерматоваскулит, фотосенситивность, лекарственные гепатиты.

Антидепрессанты новых поколений отличаются значительно лучшей переносимостью и большей безопасностью, однако следует отметить, что при назначении СИОЗС и ОИМАО-А зарегистрированы нарушения деятельности ЖКТ: тошнота, рвота, диарея, головные боли, бессонница, тревога. Описаны также сексуальные дисфункции на фоне приема СИОЗС. При комбинации ТЦА с СИОЗС или с ОИМАО-А возможно формирование **серотонинового синдрома** (гипертермия с признаками интоксикации).

**Психические нарушения** на фоне терапии антидепрессантами:

делирий, эпилептиформные припадки, инверсия аффекта (смена депрессии гипоманиакальным синдромом).

**Транквилизаторы** относительно безопасны, их применение не сопровождается выраженными побочными эффектами. Сонливость в дневное время, вялость, мышечная слабость, нарушения концентрации внимания, развивающиеся на фоне приема транквилизаторов, как правило, неглубоки и носят преходящий характер. Однако не исключены:

\* **явления миорелаксации**, которые могут сопровождаться дизартрией, тремором и атаксией, что особенно опасно у пожилых пациентов;

\* **угнетение дыхательного центра** (возможна остановка дыхания!);

\* **нарушение аккомодации, диплопия.**

К числу **психических нарушений**, осложняющих терапию транквилизаторами, принадлежат *парадоксальные реакции* (тревога, бессонница, психомоторное возбуждение). Длительная терапия транквилизаторами может привести к развитию *лекарственной зависимости*.

Даже с учетом информации о побочных эффектах психофармакотерапии врачу общей медицинской практики не следует преувеличивать ее опасность и с предубеждением относиться к лечению психотропными средствами. Их положительное влияние на психические функции перевешивает нежелательные эффекты, а использование в строгом соответствии с медицинскими рекомендациями позволяет добиться успеха в лечении и повысить качество жизни больного.



## **ГЛАВА 8. ФОРМАЛИЗОВАННАЯ СИСТЕМА ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Необходимость формализованной оценки психических расстройств (т.е. применения клинических шкал и опросников) в условиях общей медицинской практики обусловлена двумя основными факторами. Во-первых, многие больные не предъявляют спонтанных жалоб на психические расстройства, так как не осознают наличия у себя психического заболевания или не желают обсуждать свое беспокойство по этому поводу с врачом из-за страха социальной стигматизации. Во-вторых, многие интернисты не обладают специальной квалификацией, обеспечивающей своевременное распознавание психических расстройств. Для облегчения их предварительной диагностики и осуществления первичного отбора больных, нуждающихся в консультации психиатра, в условиях первичной медицинской службы используются стандартизованные клинические шкалы и опросники. В рамках настоящего издания предлагается сокращенная версия Формализованной системы диагностики (ФСД)<sup>1</sup> психических расстройств в общей медицинской практике, адаптированная к МКБ-10 (приводится ниже).<sup>1</sup>-Система разработана в 1992 г. в США и успешно применяется в ряде европейских стран.

ФСД может использоваться при осмотре всех пациентов или только тех, у кого подозревается психическое расстройство. Эта четкая и простая стандартизированная процедура диагностической оценки построена таким образом, что занимает у врача общей практики от 5 до 15 мин, обеспечивая распознавание психических расстройств в пределах 3 основных категорий МКБ-10: 1) расстройства настроения (депрессия); 2) тревожные расстройства (паническое, генерализованное тревожное расстройство); 3) соматоформные расстройства.

**ФСД** психических расстройств в общей медицинской практике состоит из Опросника пациента (ОП) и Схемы клинического опроса (СКО).

**В Опросник пациента (ОП)**, заполняемый самим пациентом до врачебного осмотра, входит 21 вопрос, требующий ответа "Да" или "Нет", и 1 вопрос, касающийся самооценки пациентом своего здоровья в целом. Пункты ОП отражают симптомы 3 диагностических категорий психических расстройств, отмечающиеся в течение предшествующего месяца, и указывают врачу на то, какой из блоков СКО следует использовать. **Пояснения к ОП:**

\* следует попросить пациента заполнить ОП в приемной врача и объяснить ему, что ОП поможет врачу лучше понять его возможные соматические и эмоциональные проблемы; как правило, пациент отдает заполненный ОП своему врачу, который просматривает его и определяет, насколько необходимо обращаться к вопросам того или иного раздела СКО.

\* на необходимость использования блока "Соматоформные расстройства" из СКО врачу указывают 3 или более утвердительных ответа на вопросы №1-16 из ОП, на необходимость использования блока "Расстройства настроения" из СКО - утвердительные ответы на вопросы №17-18 из ОП, на необходимость использования блока "Тревожные расстройства" из СКО - утвердительные ответы на вопросы № 19-21 из ОП.

**Схема клинического опроса (СКО)** используется врачом для получения дополнительной информации по тем проблемам, которые были выявлены утвердительными ответами в ОП. СКО может быть использована на любом этапе осмотра пациента, но обычно такую информацию собирают после того, как выяснена причина, по которой пациент обратился к врачу. Диагнозы имеющихся на данный момент психических расстройств ставятся по мере того, как клиницист получает ответы на вопросы СКО, сгруппированные в 3 диагностических блоках: "Расстройства настроения", "Тревожные расстройства" и "Соматоформные расстройства". На 1-й странице СКО даны основные инструкции врачу и пациенту. Закончив опрос пациента, врач записывает предварительные диагнозы состояния пациента на последней странице СКО — "Заключительный диагноз". ОП и лист "Заключительный диагноз" могут быть включены в историю болезни пациента. Используемая форма СКО уничтожается.

## Пояснения к СКО:

1. Инструкции для врача даны **жирным шрифтом**, а диагнозы — **жирным курсивом** и заключены в рамку. Ваши вопросы и обращения к пациенту напечатаны обычным шрифтом.

2. Вопросы блоков СКО помогут врачу поставить правильный диагноз (или диагнозы) каждому пациенту. Каждый блок СКО специально выделен для простоты идентификации. Выбирайте блок работы в СКО на основании утвердительных ответов из ОП, как показано на 1-й странице СКО. Если Вы подозреваете у пациента какое-либо расстройство, не отмечаемое им самим в ОП (например, пациент выглядит подавленным, но не отметил в ОП наличие подавленного настроения или потерю интереса к жизни), Вы можете работать в соответствующем блоке.

3. В пределах каждого блока всегда последовательно переходите от одного вопроса к другому. **Если нет дополнительной инструкции**, либо переходите к другому вопросу, либо выходите ("ВЫХОД") из блока. **Помните:** всегда переходите к следующему вопросу, **если нет инструкции** действовать иначе.

4. **"ВЫХОД"** всегда означает выход из блока, в котором Вы в данный момент работаете. Затем, по необходимости, переходите либо к следующему блоку либо к последней странице СКО — "Заключительный диагноз".

5. Чтобы получить необходимую информацию. Вы можете **дополнить** предлагаемый перечень вопросов. Можно также обсудить с пациентом значение результатов обследования.

## ОПИСАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ БЛОКОВ

### 1. Блок "РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ"

Блок начинается с вопросов, касающихся 9 характерных симптомов **"депрессивного эпизода" (F32)**. 5 или более таких симптомов указывают на диагноз **"депрессивный эпизод"**. Если на эти вопросы дано менее 5 утвердительных ответов, рассмотрите раздел **"дистимия" (F34.1)**, затем раздел **"Субдепрессия (депрессивный эпизод легкой степени тяжести)" (F32.0)**. Утвердительный ответ пациента на вопрос №15, касающийся приема лития или диагноза маниакально-депрессивного расстройства в прошлом, предполагает возможность **"биполярного расстройства" (F31)**. Хотя биполярное расстройство не так часто встречается в общей медицинской практике, очень важно, чтобы оно было выявлено, поскольку обычно при нем требуется лечение, отличное от такового при других расстройствах настроения.

Последний пункт в блоке "Расстройства настроения" - вопрос №16 — ставит перед врачом достаточно сложную задачу дифференциальной диагностики: являются ли выявленные депрессивные расстройства биологически обусловленным соматическим расстройством, медикаментозным лечением или влиянием каких-либо препаратов? Примеры возможной этиологии депрессивных расстройств: гипопункция щитовидной железы (гипотиреозидизм), некоторые расстройства ЦНС (например, кардиоваскулярные расстройства, болезнь Паркинсона); антигипертензивное лечение и прием галлюциногенов. Если ответ на вопрос №16 утвердительный или неопределенный ("возможно"), ставится дополнительный диагноз **"органическое расстройство настроения" (F06.3)** или **"расстройство настроения (неуточненное)" (F39)**.

### 2. Блок "ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА"

В этом блоке сначала оценивается наличие **панического расстройства (эпизодической пароксизмальной тревожности) (F41.0)**, затем — **генерализованного тревожного расстройства (F41.1)**. Инструкция по оценке **панического расстройства (F41.0)** предполагает, что Вы перейдете к другому разделу, если получите отрицательный ответ на вопрос №21 в ОП, касающийся случаев панических атак. Вне зависимости от того, был ли поставлен диагноз **панического расстройства (F41.0)**, Вам следует далее оценить возможность **генерализованного панического расстройства (F41.1)**. Если наблюдаются значительные симптомы тревоги, которые,

однако, полностью не отвечают критериям **панического расстройства (F41.0)** или генерализованного **тревожного расстройства (F41.1)**, ставится диагноз **"тревожное расстройство (неуточненное)" (F41.9)**. И, наконец, если был поставлен диагноз любого вида тревожного расстройства, Вам следует рассмотреть возможность дополнительного диагноза **"органическое тревожное расстройство" (F06.4)** — вопрос № 45. Возможная этиология таких расстройств: гиперфункция щитовидной железы (гипертиреозидизм), феохромоцитомы, чрезмерные дозы кофеина и прием стимуляторов, например амфетаминов или кокаина.

### 3. Блок "СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА"

В рамках блока оценивают, является ли соматоформным каждый из соматических симптомов, обозначенных вопросам и №1-15 в ОП, т.е. соответствуют ли тяжесть симптома, серьезно беспокоящего пациента в течение прошедшего месяца, и связанные с ним нарушения жизнедеятельности объективному соматическому состоянию больного, выявляемому при соответствующем обследовании. Если поставлен диагноз **депрессивного эпизода (F32)** или **панического расстройства (F41.0)**, соматические симптомы, включаемые в диагностические критерии для этих расстройств, не рассматриваются как соматоформные (например, нарушение ритма дыхания или нехватка воздуха при **паническом расстройстве (F41.0)**, утомляемость или бессонница при **депрессивном эпизоде (F32)**).

### ОПРОСНИК ПАЦИЕНТА (ОП)

ФИО		Пол муж. <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/>		Возраст	Дата
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ		ОБРАЗОВАНИЕ			
<input type="checkbox"/> Состою в браке		<input type="checkbox"/> 7 классов и менее			
<input type="checkbox"/> Вдовец/вдова		<input type="checkbox"/> Незаконченное среднее			
<input type="checkbox"/> Расстались		<input type="checkbox"/> Среднее			
<input type="checkbox"/> В разводе		<input type="checkbox"/> Незаконченное высшее			
<input type="checkbox"/> В браке никогда не состоял (-а)		<input type="checkbox"/> Высшее			
ИНСТРУКЦИИ. Этот опросник поможет Вашему врачу лучше понять состояние Вашего здоровья. Ваш доктор может задать Вам дополнительные вопросы по каждому из приведенных ниже пунктов. Пожалуйста, проследите за тем, чтобы <b>каждый</b> пункт был заполненным.					
В течение последнего месяца Вам причиняли большое беспокойство:					
	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ
1. Боль в желудке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Чувство нехватки воздуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Боль в спине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Запоры, поносы или частое мочеиспускание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Боль в руках, ногах или суставах (коленях, бедрах и т.п.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Тошнота, газоотделение или диспепсия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Болезненные менструации или иные менструальные нарушения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Ощущение усталости или ослабленности, упадка энергии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Боль или иные проблемы при сексуальных контактах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Нарушения сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Неконтролируемый, чрезмерный прием пищи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Боль в груди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Потеря удовольствия от ранее приятной деятельности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Головокружения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Чувство сниженного настроения, подавленности или безнадежности	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Обмороки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. "Нервозность", чувство тревоги или нетерпения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Замедление (ускорение) сердцебиений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Беспокойство по поводу множества различных вещей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			21. В течение последнего месяца были ли у Вас приступы тревоги (внезапное чувство страха или паники)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
В целом Вы оцениваете свое здоровье как:					
<input type="checkbox"/> Отличное					
<input type="checkbox"/> Очень хорошее					
<input type="checkbox"/> Хорошее					
<input type="checkbox"/> Удовлетворительное					
<input type="checkbox"/> Плохое					

### **СХЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ОПРОСА (СКО),**

пересмотренная для МКБ-10

**Ф.И.О. пациента:** \_\_\_\_\_

#### **ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ ВРАЧА**

1. Инструкции для Вас напечатаны **жирным** шрифтом и/или заключены в рамку. Ваши вопросы и обращения к пациенту напечатаны обычным шрифтом.

2. В пределах каждого блока переходите последовательно от вопроса к вопросу, в том случае если нет указания пропустить ряд вопросов или выйти из блока. Помните: всегда переходите к следующему вопросу, если нет других указаний.

3. Диагнозы напечатаны **жирным курсивом** и помещены в рамку.

**4. ВЫХОД** означает выход из того блока, с которым Вы работаете. Затем либо переходите к другому блоку для дальнейшей оценки, либо к листу "Заключение" на последней странице Схемы.

#### **ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

"Позвольте мне посмотреть Ваши ответы на вопросы. Я задам Вам несколько вопросов, чтобы уточнить некоторые из отмеченных Вами пунктов. Некоторые вещи я буду записывать в ходе нашей беседы".

#### **РАБОТА С БЛОКАМИ СХЕМЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОПРОСА (СКО)**

Работайте последовательно в каждом блоке в том порядке, в каком они представлены в "Схеме клинического опроса" (сначала задавайте вопросы из блока "Расстройства настроения", затем переходите к блоку "Тревожные расстройства"; последний блок — "Соматоформные расстройства").

Выберите блок, учитывая ответы в "Опроснике пациента", следующим образом:

Утвердительные ответы на вопросы №17 или №18

#### **"РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ"**

Утвердительные ответы на вопросы №№19-21

#### **"ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА"**

Не менее 3 утвердительных ответов на вопросы №№ 1-15

#### **"СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА"**

**Вам следует работать со «семи блоками вне зависимости от ответов пациента, в том случае если Вы подозреваете какое-либо расстройство.**

#### **БЛОК**

#### **"РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ"**

**ДЕПРЕССИВНЫЙ ЭПИЗОД (F32)**

За прошедшие 2 нед сталкивались ли Вы с какой-либо из нижеперечисленных проблем почти каждый день?

ДА    НЕТ

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Трудности засыпания, плохой сон или повышенная сонливость.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Чувство усталости или нехватки сил.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Плохой аппетит или неумеренность в еде.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Потеря интереса или удовольствия от привычной деятельности.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Чувство подавленности, угнетенности, безнадежности.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Плохие мысли о самом себе - ощущение того, что Вы неудачник или же позволили опуститься себе или своей семье. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Трудности сосредоточения, например, при чтении газеты или просмотре телевизионных передач.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ощущения беспокойства, неусидчивости, заставляющие двигаться больше обычного.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ЕСЛИ НЕТ, были ли противоположные явления: Вы двигались или говорили так медленно, что другие люди могли бы это заметить? ☐ ☐

**Считайте, что у пациента имеются симптомы расстройства, если дан утвердительный ответ на любой из этих вопросов.**

9. В последние 2 недели приходила ли Вам в голову мысль о том, что было бы лучше, если бы Вы умерли, или мысль о нанесении себе какого-либо ущерба? ☐ ☐

ЕСЛИ ДА, расскажите мне об этом.

- 10 БОЛЕЕ 5 УТВЕРДИТЕЛЬНЫХ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ №№1-9 (1 ИЗ КОТОРЫХ – №4 или №5). ☐ ☐

**ДЕПРЕССИВНЫЙ  
ЭПИЗОД (F32)**

**БЛОК****ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

**ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО**  
(ЭПИЗОДИЧЕСКАЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ) (F 41.0)

Если в Опроснике пациента ответ на вопрос №21 (панический приступ) отрицательный, переходите к вопросу № 33. ДА    НЕТ

17. Вы отметили, что в этом месяце пережили приступ тревоги. Случалось ли такое с Вами когда-либо ранее? ☐    ☐

**ПЕРЕХОДИТЕ  
К №32**

18. Случалось ли когда-либо так, что чувство паники приходило совершенно внезапно, "как гром среди ясного неба"? ☐    ☐

Если ответ неопределенный: В тех ситуациях, когда Вы обычно спокойны или чувствуете себя в безопасности?

**ПЕРЕХОДИТЕ  
К №32**

19. Случалось ли Вам испытывать чувство беспокойства по поводу возможного повторения приступа паники или по поводу мыслей о том, что у Вас что-то не в порядке со здоровьем? ☐    ☐

Отметьте "ДА", если такое когда-либо случилось

Вспомните свой последний самый тяжелый приступ

**ПЕРЕХОДИТЕ  
К №32**

**ПЕРЕХОДИТЕ К №31, как только отметите 4 из следующих симптомов, проявившихся при последнем, наиболее тяжелом, приступе у пациента.**

20. Чувствовали ли Вы нехватку воздуха? ☐    ☐

21. Чувствовали ли Вы ускорение или замедление сердцебиения? ☐    ☐

22. Чувствовали ли Вы боль или давление в груди? ☐    ☐

23. Вы потели? ☐    ☐

24. Чувствовали ли Вы удушье? ☐    ☐

25. Чувствовали ли Вы приливы жара или холода? ☐    ☐

26. Чувствовали ли Вы тошноту или расстройство желудка? ☐    ☐

27. Чувствовали ли Вы головокружение, шаткость походки, были ли обмороки? ☐    ☐

28. Чувствовали ли Вы покалывания или потерю чувствительности в разных частях тела? ☐    ☐

29. Чувствовали ли Вы озноб или дрожь? ☐    ☐

30. Испытывали ли Вы чувство, что умираете? ☐    ☐

31. Вы получили 4 или более утвердительных ответов на вопросы №№ 20-30? ☐    ☐

**ПАНИЧЕСКОЕ  
РАССТРОЙСТВО (F 41.0)**

**ТРЕВОЖНОЕ  
РАССТРОЙСТВО  
(НЕУТОЧНЕННОЕ) (F 41.9)**

## БЛОК

### "СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА "

Подсчитайте число симптомов, отмеченных пациентом положительно (ответ "Да" в Опроснике пациента. пункты 1-15).

Беспокоило ли это Вас **сильно** в течение прошедшего месяца?

НЕТ ☐ ДА ☐

На основании Вашей клинической оценки: **имеет ли выявленный симптом физиологическую природу, которая адекватно объясняет тяжесть состояния и степень нетрудоспособности больного?**

ДА ☐ Необходимо ☐ рассмотреть развитие симптомов НЕТ ☐

**НЕСОМАТОФОРМНОЕ ? СОМАТОФОРМНОЕ**

Пункт в Опроснике пациента

1.	Боль в желудке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Боль в спине	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Боль в руках, ногах или суставах (коленях, бедрах и т.п.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Болезненные менструации или иные менструальные нарушения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Боль или иные проблемы при сексуальных контактах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Боль в груди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Головокружения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Обмороки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Замедление (ускорение) сердцебиений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Чувство нехватки воздуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Запоры, поносы или частое мочеиспускание	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Тошнота, газоотделение или диспепсия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ощущение усталости или ослабленности, упадка энергии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Нарушения сна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Отметьте "несоматоформное", если симптом появляется только во время панических атак

Отметьте "несоматоформное", если симптом связан с расстройством настроения или тревожным расстройством

➡ Если ни один симптом не отмечен как "соматоформный", переходите к разделу "ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО"

**СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО (F45)**

45. Среди утвердительных ответов на вопросы №№ 1- 15 в Опроснике пациента не менее 3 симптомов указывают на соматоформное расстройство, т.е. тяжесть выявленных жалоб пациента и степень снижения его социального функционирования не могут быть объяснены собственно физическими (соматическими) причинами

ПРИМЕЧАНИЕ. Если также ставится диагноз "депрессивный эпизод" или "паническое расстройство", то соматические нарушения, включенные в диагностические критерии этих расстройств, не должны рассматриваться в рамках соматоформных (например, сердцебиения или неполный вдох при паническом расстройстве; ощущение бессилия или бессонница при большом депрессивном расстройстве).

ПЕРЕХОДИТЕ К №61

46. На протяжении последних нескольких мес были ли у Вас эти или какие-то другие симптомы или жалобы, которые Ваш доктор затруднялся объяснить? (Наблюдались ли у пациента эти или другие, мало объяснимые с точки зрения биологического состояния, симптомы, на протяжении нескольких лет?) Считайте ответом "ДА", если пациент жалуется "на нервы" или стресс.

СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО (F45)

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО (F45.1)

**ХРОНИЧЕСКОЕ СОМАТОФОРМНОЕ БОЛЕВОЕ РАССТРОЙСТВО (F45.4)**

47. Есть ли среди отмеченных как "соматоформный" (№№1-7) хотя бы 1 болевой симптом? ДА ☐ НЕТ ☐

ПЕРЕХОДИТЕ К РАЗДЕЛУ  
"ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ  
РАССТРОЙСТВО"

48. Мешала ли эта (эти) боль (боли) Вашей жизни или работе более половины всего времени за прошедшие 6 мес? ☐ ☐

**ХРОНИЧЕСКОЕ СОМАТОФОРМНОЕ  
БОЛЕВОЕ РАССТРОЙСТВО (F45.4)**

**ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (F45.2)**

☐ ⇐ Пометьте слева и выходите из данного раздела, если не выявлена неадекватная фиксация пациента на симптомах заболевания. (Ответ на вопрос №16 Опросника пациента отрицательный)

49. Беспокоила ли Вас мысль о том, что Вы серьезно больны? Как Вы думаете, что это за заболевание? ☐ ☐

☐ ⇐ Пометьте слева и выходите из данного раздела, если обеспокоенность пациента своим соматическим состоянием небезосновательна.

50. Есть ли что-то такое, что постоянно заставляет Вас думать о себе и что сильно Вас беспокоит? ☐

51. Объясняли ли Ваши врачи когда-либо причину Вашего состояния, пытались ли изменить Ваш взгляд на беспокоящие Вас проблемы? ☐

52. Что они Вам говорили? ☐

53. Пациент постоянно озабочен и расстроен не имеющей реальных оснований мыслью о наличии у него серьезного соматического заболевания даже после того, как врач попытался переубедить его. ☐

(Считайте, что НЕТ, если обеспокоенность пациента своим соматическим состоянием имеет основания или реакция на объяснение врачом причин этого состояния непонятна)

54. Испытывали ли Вы беспокойство по этому поводу на протяжении 6 мес или дольше? ☐

**ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ  
РАССТРОЙСТВО  
(F45.2)**

**ВЫХОД**

**ВЫХОД**

**ВЫХОД**

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_ № истории болезни \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Отметьте все установленные при опросе диагнозы. В скобках дан шифр, соответствующий классификации МКБ-10

☐ Ни в одном блоке диагноз не установлен

**РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ**

☐ Депрессивный эпизод (F32)

☐ Дистимия (F34.1)

☐ Субдепрессия (депрессивный эпизод легкой степени тяжести) (F32.0)

☐ Биполярное расстройство (F31)

☐ Органическое расстройство настроения (F06.3)

**ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

☐ Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F41.0)

☐ Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)

☐ Тревожное расстройство (неуточненное) (F41.9)

☐ Органическое тревожное расстройство (F06.4.)

**СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

☐ Соматоформное расстройство (F45)

☐ Недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1)

☐ Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4)

☐ Ипохондрическое расстройство (F45.2)



