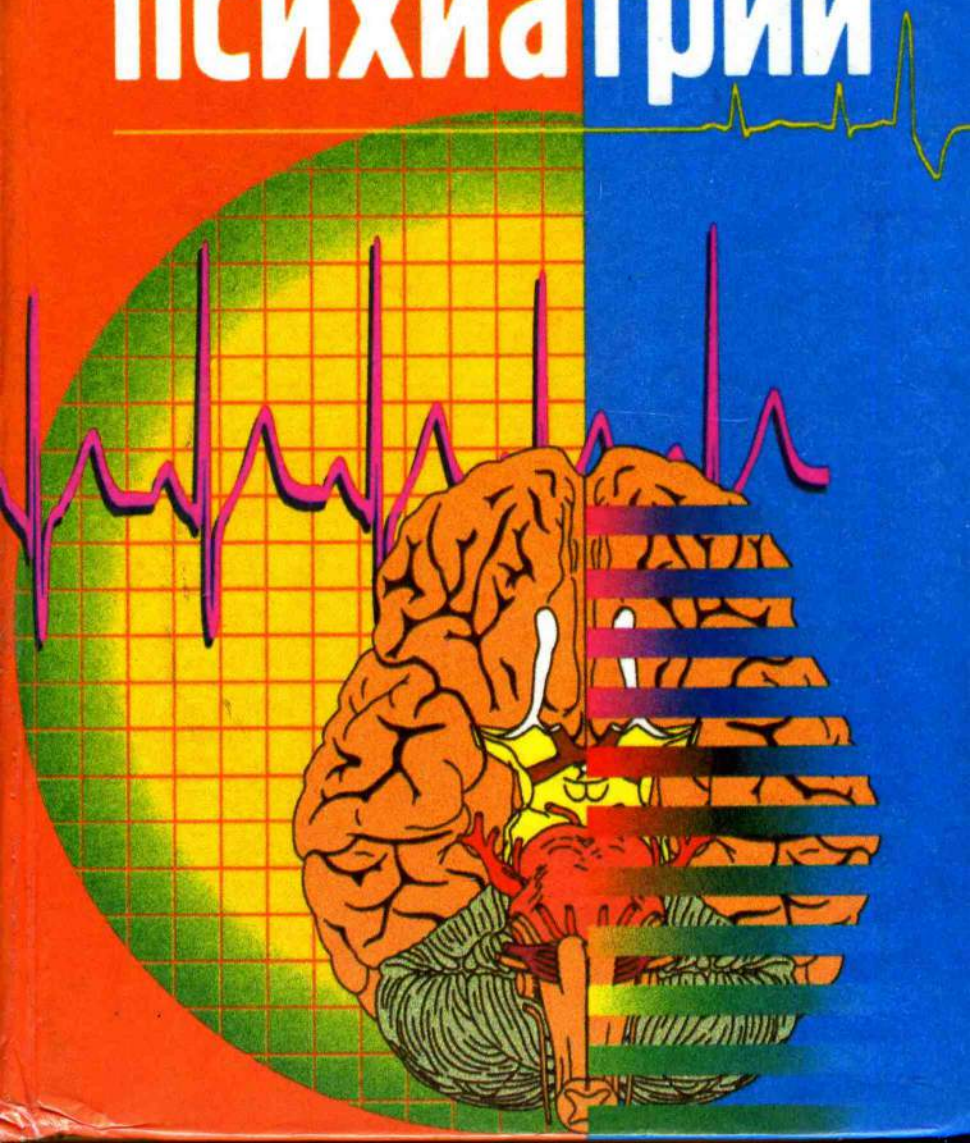


В. С. ЧУДНОВСКИЙ
Н. Ф. ЧИСТЯКОВ

ОСНОВЫ ПСИХИАТРИИ



ББК 65.5

Ч 72

УДК 616.89-008.441.13 (079.3)

Ставропольская государственная медицинская академия
Северо-Кавказский филиал Московского открытого
социального университета

Рецензенты:

зав. кафедрой психиатрии Казанской медицинской академии,
доктор медицинских наук *А. М. Карнов*; профессор кафедры
психиатрии Казанского медицинского университета, доктор
медицинских наук *К. К. Яхин*; зав. кафедрой психиатрии
Ивановской медицинской академии доктор медицинских
наук, профессор *В. А. Дереча*.

Чудновский В. С., Чистяков Н. Ф.

Ч 72 Основы психиатрии. — Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс»,
1997. — 448 с.

Руководство содержит основные разделы психиатрии и наркологии, знание которых необходимо для медицинских работников и психологов, работающих в сфере медицинской, социальной и педагогической психологии. В нем широко представлены психологические аспекты психических расстройств с использованием данных психоанализа, гештальт-психологии, социальной и гуманистической психологии. Наряду с этим уделяется внимание нейрофизиологическим, биологическим аспектам психиатрии. Специально выделены разделы патологии психической деятельности детского и подросткового возраста, включая вопросы педагогики и профилактики психических и наркологических заболеваний. В отличие от издаваемых в отечественной литературе руководств по данным дисциплинам клинические описания и диагностические указания даются с учетом Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). При этом сохраняется преемственность с принципами классической европейской и отечественной психиатрии. По-новому строится соотношение общей (клинической) психопатологии и частной психиатрии, причем акцент делается на большую логическую связь между этими разделами дисциплины.

Учебная литература для студентов медицинских вузов и социально-психологических факультетов университетов, интернов и врачей.

ББК 65.5

ISBN 5—85880—553—1

© В. С. Чудновский, Н. Ф. Чистяков, 1997
© Оформление, изд-во «Феникс», 1997

Введение

Предлагаемое руководство предназначено для студентов высших медицинских учебных заведений, социально-психологических факультетов университетов, интернов и врачей, овладевающих основами клинической психологии, психопатологии и психиатрии. Акцент в нем делается на концептуальных основах учения о психической патологии, на доступных современной науке общих закономерностях психических болезней. Это должно дать возможность психиатру и клиническому психологу в дальнейшем накапливать свой индивидуальный опыт не бессистемно, а накладывая его на канву теоретического анализа фактов. Научный способ мышления здесь противопоставляется свойственному человеческому эмпиризму взгляду на психические расстройства как на процессы, слабо детерминированные и не имеющие прямых аналогов с материнскими процессами в организме человека, подлежащими объективному изучению. Разумеется, этот принцип не в состоянии охватить все стороны и все виды психической патологии человека. Здравый научный подход поможет специалисту осознать, как мало еще сделано на пути познания духовного, но позволит также избежать неоправданного скепсиса в этом отношении.

Наиболее полно концептуальные основы психиатрии находят выражение в разделе общей психопатологии, которую Карл Ясперс обозначал, в отличие от частной психиатрии, как истинную науку. Изучаемые и описываемые в этом разделе картины болезненных состояний, психопатологических синдромов в основном совпадают с вошедшими в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра видами расстройств психической деятельности. Поскольку российским психиатрам предстоит в ближайшем будущем освоить и практически применить данную класси-

кацию, принятые в ней обозначения включены в настоящее руководство. Но делается это таким образом, чтобы сохранить преемственную связь с традиционной для европейской и отечественной психиатрии нозологической классификацией психических болезней, органически связывающей психиатрию с общей медициной.

Особенностью данного руководства является также подход к изложению материала общей психопатологии в ее отношении к частной психиатрии, основанный на собственном опыте авторов в преподавании психиатрии и наркологии в медицинском вузе. Этот опыт показывает следующее.

1. Принятая во многих руководствах последовательность изложения материала общей психопатологии: от симптома к синдрому — лишь на первый взгляд кажется способом, более всего способствующим его усвоению. На деле же она лишь облегчает механическое запоминание понятий и терминов в схематичной и абстрагированной форме. Целостный образ психопатологического синдрома как картины психических нарушений на том или ином этапе развития психической болезни при этом не формируется, а попытка сложить его из беспорядочно выявляемых симптомов при самостоятельном обследовании больного не дают положительного результата. Оправданным в научном и дидактическом отношении служит ознакомление обучающихся с описанием целостного синдрома, а от него — к распознаванию отдельных составляющих его симптомов.

2. Распределение симптомов и синдромов по сферам психической деятельности (восприятие, мышление, память и др.) теоретически мало обосновано, а в дидактическом отношении непринемлемо. Более оправданно расположение изучаемых синдромов в порядке их усложнения и углубления продуктивных и негативных нарушений психической деятельности.

3. Логическая преемственность изучения разделов общей и частной психиатрии не может быть достигнута путем замечаний относительно того, что данный психопатологический синдром чаще встречается при шизофрении, сосудистых или каких-либо иных психических заболеваниях. Не обеспечивается она и посредством механического запоминания синдромов, встречающихся в рамках отдельных нозологических форм болезней. Для того, чтобы обеспечить преемственность, необходима определенная система построения материала. Такую систему мы видим в распределении психопатологических синдромов в разделе общей психиатрии в соответствии с их относительной групповой специфичностью, иными словами, с их предпочтительным выявлением в группах заболеваний психогенной, эндогенной, цереброорганической и экзогенной природы. Такая группировка синдромов давно уже сложилась в психиатрии и подтверждена критерием практики. Она не только не противоречит принципам нозологической классификации болезней, но существенно облегчает их практическое применение, делает понятным и логичным переход от синдромологического к нозологическому диагнозу. Она соответствует также группировке психических расстройств в МКБ-10.

4. Описание синдромов в разделе общей психиатрии должно быть дополнено указаниями относительно методики выявления и описания психических расстройств аналогично тому, как описание патологии внутренних органов в курсе пропедевтики внутренних болезней сопровождается указаниями по применению методов физикального исследования больного. В учебной психиатрической литературе этому вопросу уделяется мало внимания, хотя искусство обследования психически больного не приходит само собой, а требует специальных навыков.

Основная цель любого руководства — вобрать в себя то лучшее, что содержится в данной области знаний. Это отно-

сится не только к фактам и теориям, но и к форме их изложения. Авторы данного руководства считают возможным в ряде случаев использовать наиболее удачные клинические описания в отечественных и зарубежных работах.

Авторы приносят благодарность за помощь в работе и издании руководства администрации Ставропольской государственной медицинской академии и Северо-Кавказского филиала Московского открытого социального университета.

Глава I

Основные направления в развитии психиатрии

Изложение любой медицинской дисциплины принято начинать с исторического обзора. В этом есть определенный смысл, так как нельзя понять современное состояние науки, не выводя его из прошлого. Став научной медицинской дисциплиной, психиатрия продолжает сохранять и некоторые черты натурфилософии — учения о развитии природы конца XVI — начала XIX столетия, заменявшего опытное научное исследование реальных связей и законов природы догадками и произвольными логическими построениями. Причина заключается в том, что психиатрия — это не надстройка над обществом, а часть самого общества, в котором продолжают сохраняться противоречивые воззрения на соотношение психического и биологического в человеке. Если, согласно одним представлениям, психическое здоровье целиком зависит от состояния телесных функций («В здоровом теле здоровый дух»), то другие в основе чуть ли не всех соматических болезней человека видят дисгармонию психики и верят в исцеление словом или магической волей обладающего ею «чудодея».

Возникновение психиатрии, как и любой другой медицинской науки, начиналось с накопления эмпирических и случайных знаний, не связанных единой теорией. Толчком к их научному осмыслению послужил прогресс и развитие общества и гуманистических идей в эпоху Великой французской революции конца XVIII века. Под влиянием этих идей французский врач Флепп Пниель (1745—1826) в порученной ему заботах парижской психиатрической больницы Бисетр осуществил высокогуманный акт — освободил душев-

нобольных от цепей, которыми они были прикованы к каменным стенам, и постарался, насколько это было возможно, улучшить условия их содержания. С этого времени стало возможным наблюдать и изучать проявления и течение психических расстройств, менее искаженных неблагоприятными условиями в прежних домах умалишенных.

Не только гуманистические настроения в обществе послужили толчком к созданию новой медицинской дисциплины. Любое движение в науке от незнания к знанию предполагает появление научного открытия. Открытие, сделанное Пинелем и его последователями, состоит в том, что психические расстройства представляют собой болезнь, то есть новое и особое качество психической деятельности, отличное от состояния здорового человека. Эта идея, казалось бы, незамысловатая и очевидная, ознаменовала собой отказ от веками сложившегося представления о «сумасшедшем» как о человеке, явно отличающемся от прочих сограждан, но в то же время одержимом «злой волей», не желающем добровольно отречься от заблуждений, стремления совершать нелепые и опасные поступки и потому презираемом и всеми отвергаемом. Этот взгляд настолько укоренился в обществе, что несмотря на прогресс цивилизации, он не покинул полностью сознание людей, упорно сопротивляющихся аналогиям между психической и телесной болезнью. Даже современный врач бывает несвободен от искушения дать психически больному совет «выбросить из головы» неправильные, с его точки зрения, мысли или «взять себя в руки», хотя он никогда не даст подобного совета больному с приступом бронхиальной астмы или дизентерией. Тем более велика заслуга Пинеля, о котором говорят, что он возвел сумасшедшего в ранг больного. С появлением научных психиатрических знаний меньше стало уделяться внимания душевным переживаниям как главной или даже единственной причиной психических заболеваний и появились исследования этнологической роли соматических и наследственных факторов.

Идея наследственного происхождения нарушений психичес-

кой деятельности была подхвачена итальянским психиатром Цезарем Ломброзо (1836—1909) и вынесена им за пределы клинической психиатрии в область юриспруденции. Ломброзо находил черты вырождения в личности преступников, проституток, отличавшихся от других людей биологически обусловленными аномальными чертами характера, но также и особенностями телосложения. При большом предрасположении эти дегенеративные черты проявляются как бы самопроизвольно; чем меньше выражена дегенерация, тем более возрастает роль внешних, социальных факторов, толкающих человека на преступные деяния.

В клинической психиатрии теорию наследственного происхождения заболеваний развивал французский психиатр Огюст Бенедикт Морель (1809—1873). Он так определял понятие дегенерации: «Это есть болезненное отклонение от первоначального типа. Как бы ни было элементарно это отклонение, оно обладает свойством передаваться по наследству, все более и более увеличиваясь». На основе этой концепции во Франции Валентин Маньян (1835—1909) создал учение о дегенеративных психозах — сложных по форме психических заболеваниях, включающих разнообразные бредовые идеи и галлюцинации, инволюцию, слабоумие и многие другие симптомы. Особый интерес представляет описание им хронического бредового психоза, в развитие которого включены четыре этапа: период инкубации с тревогой, подозрительностью; период персекуторный* — с бредом преследования и слуховыми галлюцинациями неприятного содержания; период развитого бреда величия с разнообразными галлюцинациями и повышенным настроением; наступающий спустя много лет от начала болезни период слабоумия. Важность открытия Маньяна состоит в установлении им факта закономерного развития психического заболевания, отражающего присущие ему внутренние биологические механизмы. Этот принцип в дальнейшем лег в основу клинического направления в психиатрии, получившего наибольшее развитие в Германии и в нашей стране. Оно привело к

* Persecutio (лат.) — преследование.

созданию нозологической классификации психических болезней. После большой подготовительной работы по сбору фактического материала в трудах многих ученых ее завершил немецкий психиатр Эмиль Крепелин (1856—1926).

Разработанная Крепелином нозологическая классификация основывалась на высказанном им принципе: «Душевная болезнь представляет собой закономерный биологический процесс, разделяющийся на несколько видов, каждый из которых имеет определенную этиологию, характерные физические и психические признаки, типическое течение, патолого-анатомическую основу и тесно связанный с самой сущностью процесса предопределенный исход». На основании этого принципа были описаны многие психические заболевания с определенной этиологией, объективно установленной или гипотетической: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, инфекционные, сосудистые, старческие психозы и пр. Большинство из них сохранились в национальных и международных классификациях психических болезней. Накопленный в рамках клинического направления практический опыт дал много ценного для психиатрии. Знание основ этого опыта определяет уровень эрудиции современного психиатра. Популярность клинико-нозологических идей во многом связана с тем, что они сближают психиатрию с общей медициной.

Естественно, что наиболее тесные контакты были установлены между психиатрией и неврологией. Высказанная в середине прошлого столетия немецким психиатром Вильгельмом Гризингером (1817—1868) мысль о том, что психические болезни — это болезни головного мозга, надолго определила дух и направление развития мировой психиатрии. Отечественный психоневролог и исследователь нервной системы академик Владимир Михайлович Бехтерев (1857—1927) писал: «Не может быть сомнения, что психические и общие нервные болезни в патолого-биологическом смысле представляют собой если не единое целое, то тесно обособляемые друг от друга области патологии».

Неврологические исследования психически больных дали

начало психоморфологическому направлению в психиатрии. Смысл его заключается в поисках локализации психических нарушений в головном мозге. Развитию его способствовали успехи нейрохирургии, создавшие условия для изучения патофизиологических механизмов психических нарушений. Но, несмотря на большие усилия, локализовать психические расстройства в определенных структурах головного мозга не удалось. Был подтвержден тот факт, что большая часть психических нарушений является функциональными и не имеет четкой анатомической основы. Даже если удастся установить органическое поражение мозга, с которым можно связать психическое заболевание, отношения между его локализацией и характером психических нарушений гораздо менее определены и постоянны, чем отношения между локализацией органического процесса и нарушениями функции органа при соматических заболеваниях.

Согласно современным представлениям, физиологическая основа нормальных и патологических психических явлений не сводится к деятельности какого-то определенного и четко локализованного участка нервной ткани, а представляет собой функциональную систему. Эта система включает в себя многочисленные нервные элементы в разных отделах мозга, между которыми устанавливается функциональная связь. Объединение нервных элементов в единую систему, по мнению академика П. К. Анохина, подчиняется лишь одному принципу — общему их участию в осуществлении данного вида деятельности. Каждому из звеньев функциональной системы соответствует определенный анатомический субстрат. Но для нас важно не то, где локализуется психическое расстройство, а то, как очаг поражения нарушает всю мозговую деятельность, приводя к данной картине симптомов.

Биологическая концепция в психиатрии, утверждая приоритет матеральных основ психических заболеваний, в то же время привела ее сторонников к пониманию того факта, что аналогии между психическими и соматическими болезнями не могут простираются дальше определенного предела; вне этих пределов они становятся умозрительными, недостаточно

учитывающими специфику психических расстройств. Неудачными оказались попытки построения нозологической системы психических болезней, полностью отвечающей этиопатогенетическим принципам нозологии в общей медицине. Этиология и патогенез многих психических заболеваний остаются невыясненными, границы между ними — нечеткими, а психопатологическая картина, течение и исход каждой из нозологических форм болезнью отличаются таким разнообразием, что требуется разделение их на множество подтипов, часто имеющих между собой мало общего. К этому нужно добавить, что, как показала практика биологической терапии, выбор ее в большинстве случаев ориентируется не на нозологическую природу болезни, а на особенности психопатологического синдрома. Все это заставляет современную психиатрию сделать шаг назад, к отступлению от ортодоксального нозологического учения о психических болезнях с ее клинико-биологической направленностью.

Вместе с ослаблением позиций биологической психиатрии стала возрастать роль социального направления, ставящего во главу угла не болезнь как таковую, а личность психически больного человека, создание условий для его адаптации в социальной среде. Эти задачи оказались трудновыводимыми лишь из природных, физиологических свойств организма человека, включая строение и функцию его центральной нервной системы. Накопление знаний толкало исследователей к признанию того, что в человеке нужно видеть нечто большее, чем простое сочетание сложных физиологических функций. В психиатрии это убеждение постоянно направляло внимание врачей в сторону психологии — науки о закономерностях специфически человеческих процессов психической деятельности. Необходимость использования психологических знаний определяется уже тем обстоятельством, что описание психических расстройств возможно лишь с помощью психологических понятий и терминов — другим языком психиатр не обладает. Но, пользуясь психологической терминологией, психиатр одновременно усваивает и стиль психологического прояснения в переживания больного.

Психология как наука обособилась от философии и теологии в середине прошлого столетия, но продолжала нести на себе груз представлений об уникальности психического, его несопоставимости с физическими явлениями. Само по себе право психологии на самостоятельность обуславливалось глубоким разграничением сознания и его материального субстрата: если последний может быть познано объективно путем научного наблюдения, подвергнут математическому измерению, то сознание недоступно объективному анализу, и нет другого инструмента его познания, кроме умения взглянуть внутрь себя — интроспекции.

Умение человека следить за ходом своих мыслей и пережитых, делать их предметом анализа вовсе не является функцией. Но психические явления воспринимаются субъективно, и понять их может только тот, кто сам их пережил. Так, физика определяет длину волны электромагнитных волн, соответствующих ощущению красного цвета. Физиология выясняет, какие нервные элементы и процессы участвуют в его восприятии. Но никакие физические и физиологические знания не дадут человеку, слепому от рождения, той информации, которую соединяют со словом «красный» нормально видящие люди.

Научная психология, начиная с периода своего становления, пыталась преодолеть субъективизм познаваемых психических явлений с помощью лабораторного эксперимента, позволяющего измерять психические действия подобно тому, как физиолог измеряет частоту дыхания или величину артериального давления. Для этого потребовалось расчленить единый психический акт на его составляющие, каждое из которых несет в себе определенную функцию и служит приспособлению человека к окружающей среде. Так были проведены исследования функций восприятия, памяти, внимания, мышления, воли. Несмотря на экспериментальный способ изучения, эти функции продолжали мыслиться как принадлежащие сознанию, познаваемому исключительно путем интроспекции. Как писал основатель экспериментальной психологии немецкий психолог Вильгельм Вундт (1832—1920),

если кто-то хочет знать, что такое мышление, он наблюдает за людьми и просит их описать, как они мыслят.

Клиническая психиатрия, вслед за функциональной психологией, в описании психических расстройств исходила из их отношения к нарушению психических функций, каждая из которых может изучаться в отдельности. Так произошло расчленение симптомов и синдромов психических нарушений по группам в зависимости от их связи с изменением той или иной психической функции; были выделены расстройства восприятия, мышления, памяти, интеллекта и т. д., и такое разделение до настоящего времени сохраняется в руководствах по психиатрии. Оно стало привычным для многих отечественных психиатров.

Представление об интроспекции как основном способе познания психических явлений у человека в норме и в патологии было серьезно поколеблено теорией психоанализа, создателем которой стал австрийский психиатр Зигмунд Фрейд (1856—1939). Смысл психоанализа или глубинной психологии заключается в том, что сознательные процессы, о которых человек может судить с помощью интроспекции, занимают лишь небольшое и подчиненное положение в психике человека. Сознание оказывает сопротивление неосознаваемому, в результате чего возникают симптомы болезни.

Теория Фрейда, пользующаяся в качестве инструмента исследования психологическим методом, является по сути своей биологической. По мнению ее основателя, человек рождается с запасом энергии, хранящейся в бессознательной сфере («Оно», «Ид»), которая состоит из сексуальных и агрессивных инстинктов. Вывести эти процессы из физиологических законов организма Фрейд не удалось, и он обратился к анализу гипнотического внушения, сновидений и патологических переживаний больных людей. Наблюдая за одной из пациенток, Фрейд заметил, что та стала выражать по отношению к врачу чувства, которые раньше испытывала к отцу. У него возникла мысль, что бессознательные детские влечения могут переноситься на других лиц, что позво-

ляет догадываться о содержании бессознательных мыслей и чувств. Вслед за переиосом (трансфером) способом проникновения в сферу бессознательного стал метод свободных ассоциаций: если субъекту предложить гонорить все, что приходит ему в голову, то он высказывает странные мысли или вдруг испытывает замешательство, жалуется, что не знает, о чем говорить. Фрейд полагал, что пациент таким образом сопротивляется внутреннему «цензору», о котором ему самому ничего не известно. В последующем эти исследования были дополнены проективными тестами, с помощью которых можно обнаружить проекцию бессознательных чувств испытуемого на его ответы.

Во всех проявлениях психической жизни Фрейд видел конфликт между сознанием и бессознательным, а также механизмы защиты от него. Наша жизнь, писал он, полна конфликтов, но сознание накладывает вето на все, что может сделать жизнь невыносимой. Так, из сознания устраиваются воспоминания о первых годах жизни, наполненных постыдным для взрослого человека сексуальными желаниями ребенка своих родителей и страхом подвергнуться за это наказанию (комплекс Эдипа) или агрессивными побуждениями по отношению к родившемуся младшему ребенку и семье. Большая часть вытесненных желаний не может получить прямого удовлетворения, из-за чего возникает конфликт, проявляющийся тревогой, неразрешимым напряжением — фрустрацией. Вследствие этого появляются психические нарушения. Так, большой шизофренией, испытывая чувство враждебности по отношению к другим людям, бессознательно переиосит это чувство на окружающих и убежден, будто его самого хотят уничтожить, мир полон опасности. Если происходит переиос тревоги на внутренние органы, то возникают телесные нарушения: головная боль, тик, приступы бронхиальной астмы и другие симптомы, в которых находят выражение скрытые и неудовлетворенные желания и конфликты.

Движущей силой в человеке Фрейд считал инстинкты жизни и смерти, проявляющиеся соответственно сексуальным и

агрессивным поведением. Но поскольку жизнь всегда заканчивается смертью, инстинкт смерти сильнее, он проявляется у человека разрушительными действиями в отношении к окружающим (садизм) или к самому себе (мазохизм). При неврозах это может проявиться насильственным (компульсивным) повторением прежнего поведения, даже если оно является саморазрушающим, например пьянством. Воспоминание о пережитой в детстве психической травме подавляется сознанием («Суперэго»). Но, будучи забытой, эта травма сохраняется в бессознательном и производит невротические симптомы позже в течение жизни. Цель психоаналитической терапии — раскрыть детскую травму и вернуть ее в сознание, где она может подвергнуться рациональной обработке. Это можно сделать, воздействуя на Я («Эго») — субстанцию, занимающую промежуточное положение между «Оио» и «Суперэго» и служащую удовлетворению бессознательных инстинктов сознательно приемлемым способом. Невротик этого достигает, используя врача-психоаналитика как образ одного из родителей, на которого он и переносит свои инфантильные сексуальные влечения. Врач при этом должен оставаться безразличным и равнодушным, предоставляя пациенту полную свободу проецировать свои желания, фантазии и образы родителей, направлять их патологическую энергию в другое русло.

Последователи Фрейда уделяли меньше внимания инстинктивным импульсам бессознательного и больше — функциям сознательного «Эго». Так, американский психиатр Гарри Салливэн (1892—1949) считал, что развитие личности происходит путем межличностных (интерперсональных) отношений субъекта с реальными или воображаемыми людьми, начиная с детского и кончая подростковым возрастом. Удовлетворяющие субъекта отношения создают у него чувство безопасности, а вызывающие тревогу — чувство неуверенности. Психическая болезнь есть результат ложной концепции себя и других людей, а способ лечения состоит в том, чтобы выявить, что было неправильным в раннем периоде развития, и обсудить эти находки с пациентом. Карен Хор-

ни (1885—1952) более широко, по сравнению с Фрейдом, обрисовывала связи между ребенком и матерью, не сводя их к комплексу Эдипа. По ее мнению, переживания детства не являются единственным фактором невротического конфликта; не меньшее значение имеют текущие переживания, страхи и конфликты. По мнению Эрнха Фромма (1900—1980), сущность любого невроза составляет борьба за свободу и независимость. Ей противостоят чувства одиночества, растерянности и страха человека в современном мире, от которых он освобождается, подчиняясь другим людям или общественному режиму.

Как психоанализ Фрейда, так и неофрейдизм выросли из узконаправленной системы взглядов в широкое учение, претендующее на универсальное понимание личности человека в норме и в патологии. «Великое множество проблем, писал Э. Фромм, на первый взгляд неразрешимых, исчезает, как только мы решаемся отказаться от представления, будто бы люди всегда осознают мотивы своих действий, мыслей, чувств; на самом деле их истинные мотивы не обязательно таковы, как им кажется». Фрейд стремился создать строго научную методологию психоанализа, ожидая встретить и механизмы бессознательного истинную мотивировку действий здорового и больного человека. Но в действительности ему не удалось выйти за пределы гениальной гипотезы, с помощью которой он пытался проникнуть в мир неосознаваемых вещей и символов, содержащих в себе скрытые от глаз мысли и чувства. Истолкование этих символов остается в значительной мере субъективным. Можно, конечно, предполагать, что если мальчик во сне видит себя бегущим навстречу матери, это символизирует его скрытые инцестные (кровосмесительные) желания. Можно предположить, что устрашающие галлюцинации при белой горячке есть способ, которым алкоголик наказывает себя за эти инцестные желания, скрытые в бессознательном. Но доказать это столь же трудно, как и опровергнуть.

Не было внесено дополнительной ясности в проблему бессознательного и с помощью массового анкетирования боль-

ных, получившего особенно большое распространение и США. С помощью этого метода было, например, показано, что многие больные бронхиальной астмой видят во сне воду: потоки воды, дождь и т. п. Этот факт следует принять во внимание. Но психоаналитическая его интерпретация как выражения раннего детского конфликта — асфиксии плода при прохождении через родовые пути матери с одновременным отхождением вод при родах — не может претендовать на истинно научное объяснение фактов. Что же касается практического значения психоаналитической терапии, то результаты ее оцениваются по-разному. Лечение длится долго, годами, и в этих условиях всегда трудно сказать, является ли выздоровление или улучшение состояния пациента результатом терапевтического воздействия или оно возникает само по себе. В классическом варианте психоаналитическая терапия в настоящее время используется редко, но элементы психоанализа включаются в структуру многих разновидностей психотерапии при психических и психосоматических заболеваниях. «Живучесть» идей фрейдизма в медицине показывает, что в основе этого учения лежат реальные жизненные наблюдения, которые ждут еще убедительного научного истолкования с помощью адекватных методов исследования.

Мысль Фрейда о подчинении сознательной воли человека бессознательным инстинктивным, желаниям и влечениям встретила, однако, противодействие как со стороны многих психологов и психиатров, так и со стороны интеллектуальной общественности. В Европе, а затем и в Америке сформировалось гуманистическое направление в философии и психологии, оказавшее большое влияние на развитие психиатрии. Представители его, не отрицая факт биологической сущности человека, убеждены, что нельзя познать человеческий разум только лишь на этой основе. Своеобразие природы человека, писал французский писатель и философ-экзистенциалист Жан-Поль Сартр (1905—1980), состоит в его силе творить себя. Нет такой вещи для человека, как правда или реальность, если только он сам не участвует в ней, не

осознает ее, не имеет с ней каких-либо связей. Только такая «живая правда» способна влиять на уровни бытия, включая то, что называют бессознательным или подсознательным, но всегда содержащим в себе элементы сознания. Один из основателей теории экзистенциализма датский философ Сёрен Кьеркегор (1813—1855) писал, что смысл жизни заключается в познании Я, которое превращает жизнь в высшее ее проявление — экзистенцию, дух, способный к свободному выбору человеком морали, этики и религии, своего поведения. Восприняв идеи христианской религии, гуманистическая психология утверждает первичность и неповторимость свойств каждой индивидуальности, проинкнут в которые можно лишь путем «оживания», «вчувствования». Нужно научиться интуитивно представлять себе, что происходит в душе человека, нечто ускользающее от исследовательской науки, несознаваемое и недоказуемое. Общим для всех направлений гуманистической психологии является отрицание традиционного научного познания функций человеческого организма. Последние в качестве объективно существующих процессов вообще не должны затрагивать интересы психолога-экзистенциалиста, который находится «по другую сторону познания» и должен лишь путем субъективного анализа прояснить собственные предположения.

Восприняв последовательный субъективизм гуманистической психологии, экзистенциальная психиатрия пошла по пути отказа от понимания психических расстройств как психической болезни, имеющей собственные патогенетические закономерности развития. Диагноз болезни и ее биологические механизмы вообще лишаются смысла и значения. Задача психиатра-экзистенциалиста заключается в том, чтобы показать пациенту, где, когда и в какой степени он не сумел реализовать полноту человеческого Я, где ему случилось потерять верный путь и погрузиться в эфемерный мир фантазии. В процессе экзистенциально-аналитической психотерапии врач ищет для депрессивного больного возможность «выйти из подземной пещеры и сделать несколько шагов по земле», объяснив ему, что это единственный способ существ-

ования, при котором может быть реализована полнота человеческих возможностей. Он поведет больного шизофренией из искаженного внутреннего мира в общий мир. Сам пациент должен обрести уверенность в себе как личности уникальной, понять, что он сам может создавать в себе нужные потребности, преодолевать деструктивные тенденции, бросить вызов болезни и самой смерти.

На крайнем полюсе этого романтического учения в 60—70-х годах нынешнего столетия в Западной Европе сформировалось экстремистское направление, получившее название «антипсихиатрия». Его представители решительно утверждали, что понятия психической болезни не существует, что это лишь выдумка общества и психиатров и что наклеивание «психиатрического ярлыка» ведет к нарушению прав человека и снятию с него всякой ответственности. Главным инструментом терапии они считали межперсональные отношения, а главной целью — достижение свободы личности, которую нельзя стеснять даже в случае, если пациент пытается совершить самоубийство или общественно опасные действия. Идеи антипсихиатрии в последующие десятилетия нашли отголосок в Советском Союзе. Поводом к этому послужили факты злоупотребления психиатрией в борьбе с инакомыслием. Эти факты широко обсуждались общественностью и средствами массовой информации, в результате чего в Российской Федерации был принят закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», отвечающий признанным мировым сообществом гарантиям прав человека и гражданина.

Гуманистическое направление в психиатрии сыграло положительную роль. Оно позволило преодолеть ограниченность клинического метода, сконцентрировав внимание психиатра на индивидуальных свойствах личности больного, познаваемых путем глубокого проникновения в его внутренний субъективный мир. Это позволяет говорить о новой революции в психиатрии, подобной той, которая была ранее совершена благодаря деятельности Ф. Пинеля. Вместе с тем в стремлении оказать немедленную помощь больному средствами

психологического воздействия гуманистическая теория игнорирует перспективы дальнейшего развития психиатрии на основе прогресса естественных и научных знаний. Великий русский естествоиспытатель академик Иван Петрович Павлов (1849—1936), настаивая на необходимости использования гуманных средств содержания душевнобольных в больницах, которые «не истязают так непосредственно чувство собственного достоинства», в то же время писал: «...сколько тысячелетий человечество разрабатывает факты психологические, факты душевной жизни человека! Ведь этим занимаются не только психологи, но и все искусство, вся литература, изображающая механизм душевной жизни людей... а результатов этого труда — законов душевной жизни человека — мы до сих пор не имеем»*.

Прогресс психиатрии как медицинской специальности не мыслится вне изучения материального субстрата патологических психических явлений. Без знания о физических, физиологических, биохимических процессах высшей нервной деятельности, лежащих в основе психических нарушений, трудно обосновать критерии психической патологии и применение биологической, в том числе лекарственной, терапии психических заболеваний. О кризисе биологической психиатрии можно говорить лишь как о временном явлении, обусловленном отставанием от требований практики фундаментальных наук о человеке, которые служат источником знаний о материальной природе расстройств психической деятельности.

Поиск радикальных решений основных проблем психиатрии труден и долг. Пройдет еще немало лет до той поры, когда психиатр получит право сказать: все, что я знаю и умею, есть результат развития науки о человеке; свои знания о больном я могу сообщить другому врачу, пользуясь символикой научных понятий и терминов; мой пациент ждет от меня реальной помощи, основанной не на вере в магическое исцеление, а на знании законов психической деятельности, ее

* Павлов И. П. Соч., т. III, кн. 2, с. 132.

болезненных уклонений и методов их лечения; результаты тех действий, которые я произвожу в интересах больного, можно предвидеть на основе научного прогнозирования; частью моего знания и умения являются не только мой научный опыт, но и врачебная интуиция, способность сопереживать, понимать внутренний мир больного.

Глава II

Понятие психического заболевания

Психические болезни представляют собой специфически человеческую форму патологии, в основном проявляющуюся в нарушении отражения человеком окружающего и своего собственного внутреннего мира, в результате чего страдает его адаптация в социальной среде.

Общественное мнение традиционно склонно относить к психическим болезням психозы, при которых у больного возникают качественно новые свойства психики, отличающие его от психически здорового человека. В представлении широкого круга людей держится образ «сумасшедшего» — неизлечимо больного человека, высказывающего нелепые идеи и совершающего бессмысленные, опасные для окружающих поступки. Такие представления берут начало в наблюдениях за психически больными с наиболее тяжелыми формами психозов — постоянными обитателями психиатрических больниц. Но психозы не всегда таковы, во многих случаях они ограничиваются немногочисленными или даже единичными приступами с благоприятным исходом, который может быть приравнен выздоровлению. Если даже психоз не ведет к выздоровлению и болезнь становится хронической, она не всегда завершается тяжелым исходом; часто наступает послабление болезни — *ремиссия*, при которой больной способен в той или иной степени адаптироваться в условиях социальной среды, и сохраняющиеся психические расстройства не лишают его полностью жизненной перспективы.

Психозы по частоте значительно уступают п о г р а и ч н ы м р а с с т р о й с т в а м, при которых психические процессы изменяются не столько в качественном, сколько в количествен-

ном отношении в сторону усиления или ослабления тех или иных психических реакций. При них свойственные любому человеку реакции раздражения, чувство усталости, колебания настроения, тревога усиливаются до такой степени, что приводят к значительному ухудшению самочувствия больного, к снижению его социальной адаптации и трудоспособности; кроме психических изменений у таких больных с большим постоянством обнаруживаются функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и других внутренних органов, симптомы вегетативных расстройств, часто обозначаемые как вегето-сосудистая дистония. В повседневной медицинской практике мысль о патологии психической деятельности в подобных случаях возникает тогда, когда эмоциональные расстройства и нарушения поведения у больного выступают на первый план, а его жалобы на состояние здоровья перестают соответствовать характеру и тяжести объективных соматических симптомов.

Различия психозов и пограничных состояний не всегда бывают достаточно отчетливыми и определенными. Кроме того, при многих психических заболеваниях психотические и пограничные расстройства сочетаются в разных пропорциях. В связи с этим в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) деление психических нарушений на психотические и пограничные отсутствует.

Психические расстройства наблюдаются не только при психических заболеваниях в собственном смысле этого слова; они могут иметь место при многих соматических болезнях. Не является, например, редкостью возникновение быстро проходящих нарушений сознания с бредом и сновидными галлюцинациями на высоте лихорадочного состояния при инфекционных заболеваниях. При некоторых соматических болезнях изменения психической деятельности настолько постоянны и типичны, что они описываются в руководствах по внутренним болезням в качестве симптомов основного заболевания, например раздражительность при желтухе или гипертиреозе, понижение настроения при язвенной болезни желудка, страх смерти при инфаркте миокарда и т. п.

Психиатрия как самостоятельная клиническая дисциплина не имеет четких границ, и предмет ее во многом определяется особенностями культуры данного общества. Принято считать, что чем выше уровень цивилизации и культуры общества, тем чаще люди обращаются за психиатрической помощью. Хорошо известно, что тягостное душевное состояние бывает у человека в связи с трудными жизненными обстоятельствами и душевными потрясениями, не связанными с патологическими процессами в центральной нервной системе. Человек в современном высокоразвитом обществе не всегда бывает готов мириться с ним, он ищет помощи и поддержки у специалиста — психотерапевта, психоаналитика или психиатра. Во многих странах такая практика стала повсеместной и широко распространеной. Это еще более размывает границы деятельности психиатрической службы, которая вступает в тесное взаимодействие с системой медицинской психологической и социальной помощи населению. Связи между ними тесны, не поддаются точному регламентированию и устанавливаются в зависимости от культурных традиций общества в данном регионе.

На разных этапах развития общества, особенно в периоды экономических и политических его кризисов, возрождаются антипсихиатрические тенденции, широкое распространение среди населения получают суеверные, ненаучные представления о природе и лечении психических болезней. Возникает культ необычной личности — экстрасенса, колдуна, народного целителя, которому приписывается обладание необыкновенными, мистическими способностями, силами «биополя», магией слова и жеста, позволяющими чудесным образом исцелять больных. На поверку оказывается, что конечная цель заключается не столько в исцелении данного конкретного больного, сколько в удовлетворении мистических потребностей определенного круга людей. В этих предрасудках оживают архаические черты мышления людей первобытного общества, основанные на вере в силы, хотя и не ощутимые с помощью органов чувств, но представляющиеся тем не менее реальными. Если эти коллективные представления предполагают в предметах наличие определенных

свойств, пишет французский психолог Л. Левн-Брюль, то уже ничто не в состоянии разубедить людей с чертами первобытного мышления. Точно так же, как неудача какого-то магического обряда, например заклинания дождя, не может обескуражить тех, кто в него верит.

Все сказанное позволяет прийти к выводу, что в обществе и в медицине существует большой диапазон представлений о психической болезни и мерах по оказанию помощи лицам с психическими расстройствами. Психиатрия среди клинических медицинских дисциплин является наиболее «социальной», на нее оказывают большое влияние общественное мнение и общественные настроения. В. М. Бехтереву приписывают слова: «Отношение к психиатрии является показателем уровня цивилизации общества». С другой стороны, идет медленный процесс накопления подлинных знаний о природе психических болезней и их лечении, опирающийся на прогресс фундаментальных наук о человеке. Можно усомниться в совершенстве современных психиатрических научных знаний. Но нельзя сомневаться в том, что за двести лет существования психиатрии в разных странах накоплено немало достоверных сведений о существовании психической патологии, классификации различных ее форм и методах лечения.

Глава III

Методы психиатрического обследования больных

Психиатрическое обследование начинается с выявления и описания психопатологического синдрома, представляющего собой картину психических нарушений на данном этапе развития болезни, болезнь в «поперечном разрезе». В одних случаях синдром бывает простым, включает в себя 2-3 симптома, в других — чрезвычайно сложным, полиморфным, что указывает на большую глубину расстройства психической деятельности.

Психопатологический синдром, отражая патофизиологические механизмы нарушений высшей нервной деятельности, не исчерпывает всех особенностей психики больного. Наряду с нарушенными психическими процессами могут оставаться сохранившимися другие психические функции, позволяющие больному правильно воспринимать и оценивать окружающую обстановку, организовывать свое поведение в соответствии с ситуацией. Даже при тяжелых нарушениях психики, таких как галлюцинации, бред, внешний вид и поведение больного, могут оставаться мало измененными, и при случайном знакомстве с ним у окружающих не возникает впечатления о его психической ненормальности. «Здоровые» стороны личности пациента также должны быть выявлены и описаны; вместе с психопатологическими симптомами они составляют психический статус больного.

§ 1. Психопатологический метод

Метод, с помощью которого психиатр в условиях клинического обследования больного выявляет и описывает синдром и психический статус, называют психопатологическим. Он включает наблюдение за поведением, мимикой

больного, анализ его высказываний и самоотчета о внутренних, субъективных переживаниях. При описании психического статуса психиатр пользуется обычными психологическими и бытовыми, разговорными терминами; он отмечает, что больной тосклив или апатичен, замкнут. Он задает вопросы и выслушивает ответы пациента, выясняя, как тот относится к своим близким, к пребыванию в больнице, считает ли себя больным и т. д. Самоотчет больного позволяет врачу проникнуть в скрытые от окружающих мысли, чувства и намерения.

Все то, что врач познает в больном посредством своих органов чувств, относится к объективным признакам болезни, и они позволяют контролировать достоверность сообщенных больным сведений о его внутренних переживаниях. Но это, по мнению одного из основателей психопатологии, немецкого философа и психиатра Карла Ясперса (1883—1969), еще не позволяет глубоко постичь душевный мир пациента. Собственно душевное познается иррациональным способом: вчувствованием, сопереживанием. Так, например, поведение больного, испытывающего страх, это объективный признак болезни, но само переживание больным страха объективно непознаваемо и может быть раскрыто лишь интуитивно с помощью эмпатии (сопереживания, умения настроиться на эмоциональную волну другого человека).

Ясперс развил тезис о «понимающей психологии», под которой он понимал выведение *душевного* из *душевного*, то есть то, как одно психическое явление с очевидностью вытекает из другого, первичного по отношению к нему душевного явления. Если содержания мыслей вытекают друг из друга по законам логики, то эти связи мы понимаем рассудочно. Например, больной, который слышит галлюцинаторные «голоса», дает им бредовое, но логически понятное объяснение: с ним говорят «инопланетяне», Бог и т. п. Если же содержание мыслей вытекает из настроений и опасений, то тут мы проникаем в феномены психической деятельности собственно психологически, то есть путем вчувствования. Так, мы можем, поставив себя на место больного с тоскливым настроением (депрессией), представить себе, какими путями тот пришел к ложному убеждению в своей виновности и к

мысли о том, что среди окружающих есть люди, которые хотят его уничтожить.

Девиз представителей феноменологического направления, к которому относился Ясперс, заключается в следующем: психология и психопатология неотделимы друг от друга; мы должны быть способны понять, насколько это возможно, все то, к чему больной приобщается на разных уровнях не только в мире слов, которые он произносит, но и схватить выражение его лица, жесты, различные чувства, которые он хотел бы передать неуловимым образом, даже если он не может выразить их словами.

Глубокое и тонкое проникновение и описание душевных явлений у психически больного человека, в том числе на уровне интуиции, иррационального постижения, несомненно бывает присуще мастерски подготовленному и утонченному психиатру. Однако чрезмерное увлечение тонкостями индивидуального восприятия таит в себе опасность неточных и субъективных решений. Можно так тонко заточить психопатологический карандаш, что он начнет ломаться. Психиатры, исповедующие феноменологический метод, бывают склонны в описании психического статуса и в интерпретации высказываний больного использовать сложные термины, понятия и метафоры, и всегда существует риск, что они не будут восприняты и поняты однозначно другими специалистами.

Спорным является положение Ясперса об отсутствии принципиальных различий между психологией и психопатологией и о том, что последняя изучает действительные, то есть осознаваемые самим больным психические процессы. Дело заключается в том, что представленные в самоотчете больного наблюдения за своими патологическими переживаниями сами по себе не есть объективный факт психического расстройства. Самоотчет больного представляет собой выражение отношения больного к своему душевному состоянию. Пациент интерпретирует его, сравнивая его со знакомыми ему состояниями у других людей. Российский психолог А. Потебня писал: наши душевные состояния уясняются лишь по мере того, как мы обнаруживаем их в других или выражаем в слове. Темными остаются для нас те осо-

бенности душевной жизни, которые мы не выражаем никакими средствами и которые мы не увидим ни в ком, кроме себя.

Изучая самоотчет больного о его внутренних переживаниях, мы узнаем, как его мысли, чувства и поступки отражаются в его собственном сознании, то есть судим о его самосознании. Содержание самосознания зависит от опыта больного. При первом контакте с врачом-психиатром он может отметить у себя известные ему и виденные в других людях симптомы болезни, такие как головная боль, раздражительность, слабость, плохая память, пониженное настроение. Но признаки болезни, которые ему менее известны, например, навязчивые мысли, тревогу, извращенное половое влечение, он отразит в самоотчете лишь с помощью наводящих вопросов врача. Еще более затруднено отражение в самосознании и самоотчете таких болезненных переживаний, которые совершенно неизвестны больному и не имеют аналогов в психике здорового человека, например псевдогаллюцинаций, ложного восприятия размеров и положения в пространстве частей своего тела (нарушения «схемы тела»). Все, что не содержится в самосознании больного, не получит отражения и в его самоотчете.

После повторных встреч с психиатром больной начинает описывать ранее ему не известные субъективно тягостные симптомы, пользуясь усвоенными терминами и способом толкования их врачом. Все это не означает, что психопатологические симптомы, незвакомые больному и не находящие отражения в его самосознании, у него отсутствуют и что психиатр их «внушает», создает у пациента. Эти нарушения, несомненно, имеются у больного независимо от его контактов с психиатром, и они находят отражение в его мимике и поведении. Но они существуют в виде «темных» ощущений, недифференцированных тягостных внутренних переживаний, создающих общий дискомфорт и влияющих на поведение больного. Это еще не синдром как таковой, а контур синдрома, образуемый патологическими изменениями процессов высшей нервной деятельности в головном мозге. Архитектурный компонент синдрома, его информационная часть создается в результате опыта общения. Так, больная с депрессией на протяжении долгого времени страдает от чув-

ства бессилна, она полна мрачных мыслей, совершает попытку самоубийства, внешний вид ее отражает состояние подавленности, но только после повторных бесед с психиатром она начинает жаловаться на тоску и детально ее анализирует, а на вопрос о том, с какого времени она поняла, что у нее тоска, уверенно заявляет: «С тех пор, как стала общаться с психиатром». Таким образом, самоотчет психически больного есть результат взаимодействия собственного субъективного опыта и усвоенного им (интериоризированного) опыта других людей, в частности лечащего врача-психиатра.

Одно и то же заболевание по-разному отражается на психическом состоянии больных, принадлежащих к разным социальным слоям и разным культурам. Эти отношения изучаются этнопсихиатрией — отраслью научной психиатрии, которая исследует особенности психических заболеваний и разных этнических группах населения с их особенными традициями и складывающимися в обществе отношениями. Так, в обществах, где старение человека ведет к снижению его социальной ценности, авторитета и самоуважения, старческие изменения личности проявляются тревожными опасениями одиночества, обнищания, беспомощности. Падает интерес к событиям внешнего мира, появляются эгоистичность, ворчливость, мелочность и скупость. Эти изменения личности в старости значительно менее характерны и обществах, где социальная роль пожилых людей традиционно считается высокозначимой и у стариков нет чувства собственной малоценности и ненужности.

С изменением отношений личности и общества во многом связана и трансформация картин психических заболеваний — их патоморфоз. Так, например, в исторические периоды, когда алкоголизм среди населения встречался сравнительно редко и алкоголики отвергались обществом, алкогольная деградация личности проявлялась психическими нарушениями и поведением, которое соответствовало социальной роли, отводимой алкоголику: чувством вины, компенсируемым бахвальством, асоциальным и нарочито развязным поведением, иеряшливостью в одежде и другими признаками опустившегося человека. По мере все большего распространения алкоголизма и возрастания терпимости к нему со стороны

общества среди лиц с этим заболеванием все чаще встречаются люди внешне респектабельные, с чувством собственного достоинства и высокой самооценкой, не уклоняющиеся от своих обязанностей на работе.

Проблема раскрытия и описания психического статуса больного, действительно соответствующего контуру психопатологического синдрома и его патофизиологической структуре, сложна и противоречива, и она не может быть решена одними лишь средствами психологии. Для клинициста знания о больном, почерпнутые из его самоотчета и наблюдения за поведением, только тогда приобретают значение реальности, когда они подчинены критериям и законам психопатологии. Клиническая психопатология не является частью психологии. Она использует психологические термины, но оперирует специфическими общемедицинскими понятиями: симптом, синдром, этиопатогенез. Среди них центральным является понятие синдрома. Его нельзя отнести, как это раньше делалось, к той или иной сфере психической деятельности: к ощущениям, восприятиям, мышлению, интеллекту, сознанию. Мы практически не встречаем психических расстройств, относящихся лишь к одной из этих сфер, в каждом из них участвует вся целостная психическая деятельность, соответственно этому «схватывание» синдрома как картины заболевания на данном этапе должно быть целостным. Согласно концепции гештальт-психологии*, любое восприятие должно быть целостным. Каждый объект воспринимается как фигура на фоне: фигура имеет контуры, тогда как фон бесформен и безгранично простирается за пределами фигуры.

Психиатр уже при первых контактах с больным узнает психопатологический синдром путем схватывания его целостного образа и выделяя его из фона — разнообразных анамнестических сведений, поступков и высказываний больного, прямо не относящихся к данному синдрому. Улавливаются таким образом основные проявления, *контур* психопатологического состояния. Этот процесс узнавания синдрома подобен узнаванию на улице знакомого человека, даже если во внешнем его облике произошли изменения (другая одежда,

* Gestalt (нем.) — образ, фигура.

появились усы и т. п.). Психологический акт узнавания требует определенной установки — отношения к узнаваемому объекту, зависящего от индивидуального опыта. Начинаящий врач познает картину психических нарушений у больного, глядя на предмет глазами своих наставников, усваивая их клинический опыт. Научиться психопатологическому обследованию самостоятельно, по книгам практически невозможно. В связи с этим взгляд профессионала-психиатра всегда отличается от впечатлений, полученных от того же больного дилетантом, не имеющим систематического психиатрического образования.

Распознав психопатологический синдром, врач получает возможность анализировать его, выявлять и описывать отдельные симптомы болезни. Сами по себе симптомы представляют собой абстракцию и приобретают реальное значение только в структуре синдрома. В этом также находят отражение принцип гештальт-психологии: не целое зависит от частей, а восприятие частей — от целого. Так, диагностировав у больного депрессивный синдром, психиатр выявляет у него затем пониженную самооценку, мысли о беспредельности жизни, тревогу, придавая этим симптомам именно то значение, которое диктуется их принадлежностью к депрессивному состоянию; вне депрессии эти симптомы никакого определенного значения для распознавания болезни не имеют. В структуре синдрома анализ входящих в него симптомов имеет важное значение, позволяя установить индивидуальные особенности картины заболевания.

Распознавание психопатологического синдрома позволяет отличать психические нарушения от внешне сходных психических явлений у здорового субъекта. У каждого человека, не страдающего психическим заболеванием, бывают навязчивые мысли и сомнения, колебания настроения, каждый может высказывать ложные суждения и быть при этом уверенным и своей правоте. Но закономерное сочетание симптомов, образующих психопатологический синдром, встречается только при психических расстройствах.

Характер психопатологического синдрома отражает определенную глубину расстройств психической деятельности. Как показали исследования академика Андрея Владимиро-

вича Снежневского (1904—1987), существуют общепатогенетические закономерности динамики психопатологических синдромов — перехода одного синдрома в другой, более сложный, в процессе развития болезни. В наиболее легких случаях расстройства психики проявляются астенией — чрезмерной чувствительностью к обыденным раздражителям и истощаемостью психических процессов. В случае дальнейшего развития заболевания возникают аффективные расстройства — изменения эмоционального отношения к миру и к самому себе, повышение или понижение настроения. Прогрессируя, расстройства психики достигают уровня нарушений чувственного восприятия (галлюцинаций) и искажающих действительность понятий и суждений (бреда). Если в дальнейшем процесс распространяется на все сферы психической деятельности, включая двигательные функции, наступает глубокое нарушение психики — кататония. Видя, как в процессе заболевания невротические расстройства постепенно сменяются аффективными, галлюцинозными-бредовыми, а затем кататоническими, психиатр убеждается в том, что выявленные в анамнезе и в психическом статусе больного изменения — не плод его воображения, а объективно существующие признаки патологии психической деятельности.

Содержание и динамика психических расстройств выявляются при непосредственном контакте врача с больным в процессе свободной, неструктурированной беседы. Именно эта форма изучения психической деятельности часто подвергается критике как необъективная, позволяющая произвольно истолковывать результаты наблюдения. В этих критических замечаниях есть доля истины. Однако свободная беседа с больным, проводимая квалифицированным психиатром, имеет преимущества перед применением стандартизованных опросников. Она позволяет оперативно в процессе беседы учитывать индивидуальные особенности пациента, понимание им смысла задаваемых вопросов, его эмоциональную реакцию на те или иные замечания врача. Психиатр значительно увеличивает объем получаемой информации, располагая к себе больного, пользуясь разными интонациями голоса, мимикой и жестиком, что служит естественной

формой коммуникации для людей. Заметив необычную эмоциональную реакцию больного с прозвучавшей в ней тревогой, подозрительностью в отношении к окружающим, опытный психиатр оперативно меняет направление беседы, и это часто позволяет выявить целые пласты ранее нераспознанных переживаний пациента, имеющие решающее значение для диагностики. Конечно, это ставит результаты обследования в зависимость от индивидуальных качеств психиатра, от его искусства в области психопатологического метода, но не лишает последний свойств, присущих научному исследованию. В свою очередь искусство врача зависит от его знания психопатологии и ее общих законов, от умения пользоваться ими. Как утверждал И. П. Павлов, «если нет в голове идей, то не увидишь и фактов».

Психопатологическое обследование, учитывая большую сложность изучаемого предмета — психики больного, имеет и свои ограничения. Недостаточная стандартизация давних исследований, активное вмешательство исследователя в психическую деятельность пациента, нестабильность результатов при повторных обследованиях больного разными специалистами, неодинаковые этические убеждения относительно допустимых границ вторжения в интимный духовный мир больного — все это приводит к большой противоречивости во взглядах психиатров разных школ и направлений на одни и те же проблемы психиатрии. Поэтому вполне естественно стремление дополнить психопатологический метод обследования другими методами, позволяющими повысить объективность и сопоставимость результатов изучения больных, которые в оптимальном варианте могли бы быть подвергнуты математическому измерению и статистической обработке.

§ 2. Экспериментально-психологические методы исследования. Психодиагностика

Клинициста-психиатра, изучающего психический статус больного человека, интересуют две стороны психической деятельности: психопатологический синдром и индивидуаль-

но-психологические особенности личности пациента. Они составляют единую и целостную личность больного, и разделить их можно лишь условно. Но методические подходы к изучению и описанию этих сторон единой психики могут быть различны.

Для изучения индивидуально-психологических особенностей личности применяются методы психодиагностики, позволяющие оценить качественные и количественные характеристики психических процессов. Психологический диагноз может быть объективным, субъективным и проективным. Объективный диагноз ставится на основе измерения результатов действий испытуемого, например успешности решения им задач разной степени трудности или констатации способа их выполнения. Субъективный — строится на самоописании испытуемым своего поведения в тех или иных ситуациях. Проективный подход к диагностике имеет в виду выявление личностных свойств испытуемого, которые находят не прямое отражение в его реакциях на неопределенные, слабо структурированные стимулы, допускающие любое число неоднозначных ответов. Объективные методы в свою очередь включают два типа тестов: тесты интеллекта и тесты личности.

Тест Бине — Симона — один из первых тестов интеллекта, не утративший своего значения в качестве инструмента измерения умственного развития детей и подростков. Он содержит перечень вопросов, предназначенных испытуемым от 3 до 15 лет. Задачи расположены по степени трудности и затрагивают различные стороны интеллекта: школьные знания, повседневные навыки, случайные сведения, природные свойства психики (таблица 1). Тот, кто выполнит все положенные для данного возраста задания, считается соответствующим своему умственному (ментальному) возрасту. Выполнивший задание для более старшего возраста характеризуется как более одаренный. Справившийся с заданиями лишь предыдущих возрастов считается отставшим на 1, 2 или более лет. Отношение между умственным (ментальным) и хронологическим (ХВ) возрастом рассчитывается по

$$\text{формуле: } IQ = \frac{YB}{XB} \times 100^*$$

* IQ — Intelligence Quotient (англ.) — коэффициент интеллекта.

Таблица 1

Тест Бине—Симона

3 года	8 лет
<ul style="list-style-type: none"> — показать свой рот, нос, глаза — повторить фразу из 6 слогов — назвать предметы на картинке — назвать свою фамилию 	<ul style="list-style-type: none"> — сравнить по памяти 3 пары предметов — сосчитать в обратном порядке от 20 до 0 — указать недостающие части в нарисованных лицах — назвать день и число
4 года	9 лет
<ul style="list-style-type: none"> — назвать свой пол — назвать 3 предмета домашнего обихода — повторить ряд из 3 цифр — сравнить длину двух линий 	<ul style="list-style-type: none"> — дать сдачу с 20 копеек, с 16 копеек — определить 5 предметов — назвать по порядку месяцы года — ответить на 3 легких отвлекающих вопроса
5 лет	10 лет
<ul style="list-style-type: none"> — сравнить коробочки разного веса и указать более тяжелую — скопировать квадрат — повторить фразу из 10 слогов — сосчитать 4 мелких монеты — составить из 2 отрезков параллелограмм 	<ul style="list-style-type: none"> — расположить по порядку 5 коробочек различного веса — нарисовать по памяти несложный чертеж — найти несообразности в 4 фразах — дать ответ на более трудные отвлекающие вопросы
6 лет	12 лет
<ul style="list-style-type: none"> — определить время дня — описать 5 предметов — срисовать ромб — сосчитать 13 монет — сравнить 2 нарисованных лица с эстетической точки зрения 	<ul style="list-style-type: none"> — противостоять внушению (даются задания различить по длине отрезки 4 и 5 см, 5 и 6 см, 6 и 7 см) — составить предложение из 3 предложительных слов — произнести в течение 3 мин более 60 слов — определить 3 отвлеченных понятия — восстановить умышленно нарушенный порядок слов
7 лет	15 лет
<ul style="list-style-type: none"> — показать, правую руку и левое ухо — срисовать картинку — выполнить 3 нетрудных поручения — назвать сумму трех 1-копеечных и трех 2-копеечных монет — назвать 4 цвета 	<ul style="list-style-type: none"> — повторить ряд из 7 цифр — подобрать 2 рифмы к заданному слову — повторить фразу из 26 слогов — объяснить смысл 3 картин — вывести заключение из ряда фактов

Более информативным и трудоемким является тест интеллекта Векслера. Он в разных вариантах используется для исследования интеллекта как детей и подростков, так и взрослых людей. Тест включает набор стандартизированных заданий, в которые входят 6 вербальных субтестов, позволяющих установить информированность испытуемого в разных областях знания и понятливость в духе здравого смысла (способность запоминать цифры, найти общее в содержании разных слов, расположить в порядке последовательности рисунки, составляющие короткий рассказ) и 5 невербальных субтестов на решение конструктивных, практических задач (найти в серии рисунков недостающий, воссоздать фигуру из разноцветных кубиков и т. п.). Ответы испытуемых, одененные в баллах соответственно возрасту по каждому из субтестов, сравниваются с распределением соответствующих показателей в семи возрастных группах в общей популяции. Сумма их показывает, в каком отношении находятся результаты обследуемого субъекта к средним результатам определения IQ у лиц того же возраста в популяции. Данные тестирования помогают выделить группу лиц с умственной отсталостью, которые могут стать объектом медицинской диагностики в медицинского наблюдения (таблица 2).

Таблица 2

Распределение людей и популяции по уровню интеллекта

В баллах	Уровень интеллекта	Процент лиц с данным IQ в населении
130 и выше	Очень высокий	2,2
120—129	Высокий	6,7
110—119	Хорошая норма	16,1
90—109	Средний	50,0
80—89	Низкая норма	16,1
70—79	Пограничная умственная отсталость	6,7
69 и ниже	Умственная отсталость	2,1

Методики, позволяющие дать характеристику личности, основываются на том, что такая характеристика нуждается в большом количестве сведений об испытуемом. В их числе есть такие, которые обозначают основные (релевантные) свойства личности, наиболее полно отражающие ее сущность. Примером может служить личностный тест Каттелла. Испытуемые заполняют анкету, каждый пункт которой позволяет характеризовать одно из 187 свойств личности. Эти свойства оказались не независимыми и часто выступают в определенных сочетаниях. С помощью статистического факторного анализа автору при обследовании нескольких сотен испытуемых удалось выявить 12 основных первичных свойств или факторов, каждый из которых характеризует определенный тип личности. В качестве иллюстрации можно привести характеристику личностного фактора А при циклотимии и шизотимии:

Циклотимия, А+	Шизотимия, А—
Добродушный, беззаботный	Агрессивный, жадный, критикующий
Охотно вступающий в сотрудничество	Упрямый
Внимательный к людям	Холодный, замкнутый
Тактичный, мягкосердечный	Твердый, педантичный
Доверчивый	Подозрительный
Приспосабливающийся	Бескомпромиссный

Анкета Каттелла содержит 187 положений и заполняется испытуемым так, что на поставленный вопрос дается один из трех возможных ответов: да, иногда, нет.

Одним из наиболее популярных личностных тестов, применяемых в психиатрии, является Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI)*. Основным достоинством этой методики является ее способ-

* Minnesota Multifasic Personality Inventory (англ.).

ность обрисовать нарушения в системе личности достаточно объективно, то есть независимо от установок исследователя; при точном соблюдении инструкции у разных экспериментаторов при оценке одного и того же испытуемого получаются сходные данные. Испытуемому предъявляются 550 карточек с утверждениями такого характера: «Мне бы понравилась работа библиотекаря», «Моя мать была хорошей женщиной», «У меня никогда не было припадков с судорогами» и т. п. Карточки разделены на 9 шкал, отражающих личностные характеристики наиболее частых и важных синдромов: ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, гипомании, личностные аспекты разделения полов, паранойи, психастении и шизофрении. Испытуемый раскладывает карточки на две группы: «Согласен» и «Несогласен». С помощью математической обработки полученные данные переносятся на профильную карту — график, изображающий соотношение у испытуемого личностных особенностей. Хотя MMPI не имеет самостоятельного диагностического значения, его с успехом применяют в качестве дополнительной диагностической методики для отграничения неврозов от психозов, для выявления скрытых тенденций к совершению самоубийства, при выборе терапии и т. д.

Проективные тесты занимают особое положение среди методик изучения личности. В основе их лежит представление о том, что любое действие индивида, его эмоции, восприятия, высказывания несут на себе отпечаток личности. Реагируя в условиях эксперимента на различные стимулы, испытуемый в своих ответах невольно раскрывает свои личностные черты, проецирует их на свои реакции. Личность в эксперименте проявляется тем ярче, чем менее стереотипны стимулы, побуждающие ее к активности. Это могут быть психодрама, в которой обследуемый играет роль самого себя или другого лица; изображение персонажей в неприятной (фрустрирующей) ситуации — тест Розендвейга; таблицы с неопределенными цветными и черно-белыми фигурами, в которых испытуемому предлагается найти сходство с известными ему предметами — тест Роршаха; стандартные разноцветные квадраты, из которых испытуемый должен по-

следовательно выбирать понравившиеся ему — тест Люшера; свободное истолкование какого-либо события, ситуации — тематический апперцептивный тест (ТАТ). Главной особенностью проективных тестов служит постановка перед испытуемым малоопределенной, относительно неструктурированной задачи, допускающей почти неограниченное число решений. Обычно это методики «замаскированного» тестирования, поскольку обследуемый не подозревает, какое истолкование будет дано экспериментатором его ответам. Проективные тесты рассматриваются их сторонниками как наиболее эффективная процедура для выявления скрытых, завуалированных или неосознаваемых сторон личности, которые ускользают от наблюдения в условиях обычного общения или клинического обследования пациента.

Данные психодиагностики нередко расходятся с результатами клинического обследования больных, и психиатр в этих случаях всегда отдает приоритет последнему. Основанием для предпочтения клинического наблюдения экспериментальному исследованию могут служить клинические навыки и интуиция врача, которая, представляя собой воплощение организованного и доведенного до автоматизма опыта клинициста, способна бывает преодолеть обстоятельства, искажающие результаты эксперимента: нежелание испытуемого вступать в контакт с экспериментатором, скрытое противодействие процедуре исследования, недостаточное понимание испытуемым поставленной перед ним задачи и др. Но главной причиной расхождения клинических и экспериментальных данных является то, что в обоих случаях ответы и реакции пациента на поставленные вопросы отражают не только свойства его личности, но прежде всего отношение пациента к самому себе, к своему Я, его осознанную или слабо осознаваемую самооценку. Психолог Э. В. Ильенков писал: «Судить о человеческой форме отношения к себе по фактам, открывающимся исключительно в актах самонаблюдения, самоотчета о своих собственных состояниях, было бы по меньшей мере неосмотрительно: реальная личность вовсе не совпадает с тем, что человек о себе говорит или думает, с вербальным самоотчетом, даже самым искренним. В меньшей степени это отражается на результатах проектив-

ного исследования личности и в большей — на результатах исследований с помощью различных опросников.

Расхождение между самооценкой и объективной оценкой одних и тех же параметров личности служит существенной помехой для широкого использования психодиагностической техники в психиатрии. Но это обстоятельство одновременно открывает возможности объективного изучения одной из наиболее важных функций психики человека — его самосознания.

Самосознание представляет собой свойство человека, позволяющее отражать в своем сознании образ своего Я, оценивать его. Самосознание есть высшая форма сознательной деятельности человека. Человек познает свое Я, перенося на себя знания о других людях, смотрит в них, как в зеркало. Путем сравнений и самоанализа он создает образ Я — описательную составляющую самосознания. Образ Я не безразличен для человека, он оценивается им глубоко эмоционально. Оценка своих положительных и отрицательных качеств, самоуважение, «приятно себя» во многом отражают те оценки, которые даются значимыми для субъекта другими — родителями, воспитателями и педагогами, товарищами. Если человек не пользуется уважением и любовью хотя бы ограниченного круга лиц в своем окружении, его представление о себе (*Я-концепция*) характеризуется низкой самооценкой своих личностных качеств, что в свою очередь ведет к снижению эффективности в обществе, к социальной дезадаптации. Относительная стабильность восприятия своего Я (аутоидентичность) поддерживает постоянство личности человека на протяжении всей его жизни; изменение образа Я может происходить лишь в связи с большими событиями, влияющими на всю судьбу человека.

Проблема самосознания, писал видный психолог академик А. Н. Леонтьев, это проблема высокого жизненного значения, венчающая психологию личности. Самосознание служит источником саморегуляции и самоконтроля, оно неотделимо от понятия свободы человека в рамках, осознаваемых им как допустимые и социально приемлемые. Особое место в структуре самосознания занимают представления

человека о своем Я, о месте, занимаемом в обществе, о своих правах и обязанностях. Культура самосознания превращает человека из обособленной индивидуальности в такой социальный «материал», из которого формируется народ как сознательный объект истории (Л. В. Скворцов).

Определение уровня самосознания субъекта как одной из функций психической деятельности основывается на установлении степени адекватности самооенок, их соответствия оценкам тех же сторон личности испытуемого, которые даются компетентным экспертом. Чем большее число параметров личности оценивается субъектом адекватно, тем выше уровень самосознания. Эксперт воплощает в себе «генерализованного другого» — обобщенное мнение о различных сторонах личности испытуемого со стороны значимых для него лиц, на которых испытуемый ориентируется в своих оценках различных параметров собственного Я. Так, в качестве эксперта при изучении самосознания у учащихся могут выступать педагоги и воспитатели, хорошо знающие испытуемых. При обследовании больных, длительное время страдающих психическими заболеваниями и находящихся под медицинским наблюдением, компетентным экспертом является лечащий врач-психиатр.

Наиболее информативным способом изучения самосознания при психических заболеваниях является предложенный В. С. Чудиновским метод «условного двойника» в трех его вариантах, позволяющий дифференцированию определять когнитивный (логический), эмоциональный и действительно-волевой компоненты сознания Я. В основе данного метода лежит изучение способности больного адекватно отражать в своем сознании и оценивать свою социальную роль человека, находящегося под психиатрическим наблюдением, и болезненный характер имеющихся у него расстройств психической деятельности.

Один из вариантов обследования — метод «обобщенного двойника» — заключается в том, что испытуемому предлагается прочитать специально подобранный отрывок из руководства по психиатрии или монографии, в котором приводится обобщенное описание психического заболевания, сход-

ного по характеру психических нарушений и течению с тем, которое имеется у него самого. Больному далее предлагается сравнить свое собственное психическое состояние с описанным в литературе, сделать заключение в отношении их сходства и различия, оценить как проявление психической болезни и дать совет в духе здравого смысла страдающему ему человеку. С позиций теории символического взаимодействия, разработанной американским психологом Дж. Мидом (1863—1931), от испытуемого требуется, чтобы он одел свою социальную роль психически больного человека, глядя на себя как бы со стороны, с позиции «обобщенного другого». Психические расстройства, с которыми он в данном случае сравнивает свое собственное состояние, представляют собой абстрактный образ, лишенный черт индивидуальности, и потому с ним невозможно эмоциональное сопереживание. Вот почему ответ испытуемого при использовании методики «обобщенного двойника» в основном характеризует логический, когнитивный процесс познания Я, позволяющий производить сравнение путем отвлеченного анализа и самоанализа. При высоком уровне самосознания больные легко устанавливают сходство предъявленного описания с проявлениями своего заболевания и оделяют его как расстройство психической деятельности. При снижении уровня самосознания больные обычно выражают удивление: «Все, как у меня», но тут же заявляют, что это — не болезнь. Замечание врача о том, что описание приведено в руководстве по психиатрии, ставит их в тупик, но все же не убеждает в наличии у них психических расстройств («У меня это не совсем так»). Больные с наиболее низким уровнем самосознания обычно отказываются делать какие-либо сопоставления, с раздражением заявляя, что ничего похожего на них здесь нет.

Состояние эмоционального компонента самосознания, позволяющего убежденно идентифицировать себя с образом «другого», раскрывается с помощью метода «воображаемого двойника». Испытуемому предлагается дать оценку имеющихся у него психических нарушений, глядя на себя глазами воображаемого «другого». Для этого экспериментатор предлагает испытуемому «игру»: «Представьте себе, что вы

встретили друга (подругу), с которым давно не виделся. Друг вам рассказывает...» (Далее от лица «друга» ведется рассказ о самом испытуемом, описываются его болезненные переживания и нарушения поведения). Испытуемому предлагается оценить рассказ и дать «другу» совет. Трудности сравнения «двойника» с образом Я в данном случае не возникает, так как речь в рассказе ведется о самом испытуемом. Но идентификация себя с «двойником» требует преодоления эмоционального сопротивления принятию роли психически больного человека. Полное принятие этой роли, когда испытуемый сразу же заявляет, что речь в рассказе идет о нем самом, что описывается психическое заболевание, и дает «другу» совет обратиться к психиатру, бывает обычно после завершения острого приступа психоза и при практически полном восстановлении психического здоровья,

ной среде. Но чаще больные, соглашаясь с тем, что «друг» психически болен и давая ему правильный совет, не могут с уверенностью соотнести его образ со своим Я и не считают совет, данный «другу», пригодным для себя. В данном случае узнавание себя в образе другого лишено эмоциональных свойств убежденности.

Метод «конкретного двойника» позволяет судить о сочетанном участии когнитивного и эмоционального компонентов в процессе самосознания. Он заключается в том, что испытуемый при участии экспериментатора вступает в непосредственное общение с другим больным со сходной клинической картиной заболевания. Ему предлагается затем оденуть состояние «двойника» и сопоставить его с проявлениями психической болезни у себя самого. Такой вариант исследования позволяет судить о способности формировать образ Я, приняв роль «другого», сопоставляя ее со своей ролью психически больного человека. При этом общении с «другим» предусматривает не только словесный контакт, но и эмоциональное взаимодействие. Как показали исследования, метод «конкретного двойника» наиболее полно раскрывает состояние самосознания психически больных и механизмы саморегуляции поведения. Он более всего приближается к условиям так называемого естественного эксперимента

(квазиэксперимента), наиболее полно соответствующего условиям осознания своего Я путем общения в социальной среде.

Изучение самосознания у больных с психозами и с пограничными состояниями показало, что изменения этой функции психической деятельности наблюдаются при всех формах заболеваний. Наиболее они выражены в случае тяжелых аффективных расстройств (расстройств настроения) на высоте приступа психической болезни. По мере ослабления аффективных нарушений уровень самосознания постепенно повышается и появляется критическое отношение к своей болезни. Но в случаях, когда имеется стойкий психический дефект, самосознание оказывается нарушенным на протяжении всей болезни. Это обуславливает низкий уровень саморегуляции и социальной адаптации больных.

Нарушение эмоциональных процессов самосознания может быть частично компенсировано сохранившимися когнитивными процессами. В этих случаях возможно осознание своей болезни и связанных с ней обстоятельств посредством логического осмысления создавшейся ситуации: «Раз меня помещают в психиатрическую больницу, значит, я психически болен». Подобное научение на основе когнитивного познания Я, даже лишено эмоциональной убежденности, способствует улучшению адаптации больного в семье и на работе; он без больших возражений соглашается посещать лечащего врача, принимает поддерживающее лечение, что благоприятно отражается на течении болезни. Больной неврозом, испытывающий страх смерти, предполагающий у себя без достаточных оснований нераспознанное тяжелое заболевание внутренних органов, в случае ухудшения состояния и усиления тревоги обращается непосредственно к психиатру или психотерапевту, минуя врача-терапевта или онколога, хотя продолжает подозревать у себя соматическую болезнь. Без учета состояния самосознания картина психического заболевания бывает неполной и не раскрывает всех возможностей лечебно-восстановительного воздействия.

Применение указанных методов изучения самосознания, равно как и других способов психодиагностики, требует от вра-

ча соблюдения такта и правил врачебной этики. Однако, как показывает опыт, излишние опасения по этому поводу неоправданны. Напротив, сам процесс участия больного в исследовании своего душевного состояния способствует повышению уровня самосознания и саморегуляции, противостоит тенденции рассматривать себя и свое заболевание как нечто исключительное, не поддающееся познанию медицинскими методами и эффективному лечению.

§ 3. Соматическое обследование больных психическими заболеваниями

Представление о болезнях человека как едином, целостном патологическом процессе, включающем психические и соматические расстройства, требует от врача-психиатра внимательного отношения к телесным функциям организма. Соотношения между нарушениями психической деятельности и физическим состоянием больного могут быть разными:

- а) болезнь проявляется расстройством психических функций при отсутствии соматических нарушений, которые могли бы быть выявлены путем обычного клинического исследования;
- б) у психически больного имеются сопутствующие соматические заболевания, которые практически не влияют на проявления и течение психической болезни или оказывают на нее минимальное влияние;
- в) выявленные соматические нарушения служат основной причиной психических расстройств или оказывают значительное влияние на клинику и течение психической болезни, на социальную адаптацию больного;
- г) психическое заболевание включает в качестве одного из своих проявлений функциональные сомато-вегетативные нарушения (синдром вегето-сосудистой дистонии, функциональные нарушения деятельности внутренних органов), которые возникают в связи с расстройством нервной или нейроэндокринной регуляции. В дальнейшем они могут

приводить к необратимым органическим изменениям во внутренних органах, что позволяет выделить их в особую группу *психосоматических болезней*.

Широко употребляемый в медицине термин «психосоматика» имеет два значения. Во-первых, он имеет в виду целостный (*холистический*) подход к пониманию сущности болезни. Приверженцы его считают, что умозрительное разделение соматического и психического не только не реально, но и вредно. Индивидуум воспринимается ими как сложная динамическая система, находящаяся в состоянии неустойчивого равновесия и реагирующая на изменения в окружающей среде и внутри самой себя. При заболевании меняются многие аспекты этой системы. Говоря о психологических или физиологических процессах, мы подразумеваем различный подход к одному и тому же явлению. Само же явление нераздельно. В этом смысле нет ни психогенной, ни соматогенной болезни, а есть просто болезнь. Утверждая, что человек в здоровом состоянии и во время болезни представляет собой психосоматическое единство, приверженцы этого направления возрождают взгляды Гиппократов. В другом своем значении термин «психосоматика» имеет отношение к группе болезней, таких как пептическая язва, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма и ряд других, при которых психогенный фактор играет особую роль в этиологии заболевания и его патогенезе, что должно учитываться при выборе лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

В зависимости от обстоятельств и особенностей заболевания в соматическом обследовании психически больных принимают участие специалисты разных профилей (терапевты, инфекционисты, гинекологи и др.), производятся лабораторные анализы и различные инструментальные исследования, изучаются данные обследования больного в медицинских учреждениях соматического профиля. Но при всех обстоятельствах врач-психиатр должен активно участвовать в изучении соматического состояния пациента. Только в этом случае он может правильно воспринять всю совокупность

данных соматического обследования больного и в свою очередь будет восприниматься больным и его родственникам как врач, действительно заинтересованный в состоянии здоровья пациента. Если врач-психиатр обследует больного, не вынимая рук из карманов, такую психиатрию иронически называют «карманной».

§ 4. Исследование нервной системы при психических заболеваниях

Какими бы причинами ни вызывались психические заболевания: эмоционально-стрессовым воздействием, инфекцией, интоксикацией, наследственными или иными факторами — нарушения психической деятельности возникают лишь тогда, когда происходят патологические изменения в состоянии головного мозга. Эти изменения могут быть функциональными и органическими. Их разграничение имеет большое значение для диагностики, прогнозирования болезни и выбора лечебно-восстановительных мероприятий. Исследование нервной системы больного, страдающего психическим заболеванием, использует приемы, принятые в невропатологии. Неврологическое обследование помогает установить функциональный или органический характер заболевания, а в случае органической патологии позволяет диагностировать органический процесс, выявить его локализацию и принять решение о необходимом лечении. Все эти вопросы при психических расстройствах, связанных с энцефалитом, черепномозговой травмой, опухолью головного мозга и другими органическими поражениями центральной нервной системы, психиатр решает совместно с консультантом — невропатологом или нейрохирургом.

Нужно, однако, иметь в виду, что проблема функционального и органического в психиатрии не имеет простых и однозначных решений. При психических заболеваниях неврологическое исследование нередко обнаруживают рассеянные и непостоянные, не складывающиеся в картину определенного неврологического синдрома «микросимптомы ор-

гангической недостаточности», обозначаемые также как «минимальная мозговая дисфункция» (ММД). В ряде случаев они представляют собой остаточные (резидуальные) симптомы перенесенных ранее цереброорганических заболеваний инфекционного, токсического, травматического генеза, часто относящихся к периоду детства. Но во многих случаях этиология ММД остается невыясненной или по поводу ее высказываются малоубедительные предположения, основанные на неподтвержденных анамнестических сведениях о якобы имевшем место сотрясении головного мозга или каком-то заболевании, протекавшем с высокой температурой и головными болями.

Нерезко выраженные и изменчивые неврологические симптомы, не складывающиеся в четкую картину синдрома органического поражения нервной системы с определенной локализацией, не обязательно являются следствием экзогенных повреждающих воздействий. Они могут быть следствием нарушений эмбрионального развития центральной нервной системы, ее дизонтогенеза. Представляя собой аномалии развития, они занимают промежуточное положение между патологией органической и функциональной. Она находит внешнее клиническое отражение в нестойких неврологических симптомах, указывающих на *функциональную недостаточность* соответствующих им нервных центров. Так, например, то появляющиеся, то исчезающие при повторных исследованиях слабо выраженный симптом Бабинского и клонид колленных чашечек с одной или обеих сторон у больного шизофренией могут указывать на функциональную недостаточность пирамидной системы вследствие нарушения ее созревания.

Признаки дизонтогенеза центральной нервной системы при психических расстройствах могут «симулировать» синдромы наследственно-дегенеративных заболеваний. Так, у больного с шизоаффективным расстройством при осмотре обнаруживается арахнодактилия — чрезмерно длинные и тонкие «паучьи» пальцы в сочетании с астеническим телосложением, но без целостной картины синдрома Марфана. Психиатр, имеющий представление об основных проявлениях иа-

следственной патологии, нередко констатирует у больных стертые симптомы врожденной амнонии, преждевременного полового созревания, его внимание привлекает гипертелоризм и многие другие признаки аномалий нейромышечного, нейроэндокринного и нейровегетативного аппаратов, вероятно, имеющие врожденное или наследственное происхождение. Эти симптомы в силу их малой выраженности и атипичности в большинстве случаев не позволяют консультанту-невропатологу диагностировать неврологическое заболевание. Но для психиатра они важны, поскольку раскрывают некоторые стороны патогенеза психических нарушений у больного.

Представление об участии одних и тех же анатомических и структурных образований головного мозга в механизмах неврологических и психических расстройств позволяет по-новому расценить роль неврологического исследования при психических заболеваниях. С точки зрения интересов психиатрии для изучения церебральных механизмов психических расстройств нужна такая неврология, которая, пользуясь всеми существующими методами неврологического исследования больного, давала бы оценку его результатов с позиций традиционного для биологического направления в психиатрии понимания структурно-функциональных отношений в нервной системе. Эта мысль содержится в высказывании российского невропатолога Григория Ивановича Россолимо, который писал: «Современное положение наших знаний и преобладающие тенденции в их эволюции толкают нас все более настойчиво в сторону психиатрии, главным образом потому, что различные функции единого органа, в данном случае центральной нервной системы, в равной мере отражают на себе недостатки всех ее способностей и отклонений».

Этот вывод подтверждается сравнением данных неврологического исследования двух групп больных: с эндогенными психозами (шизофрения и маниакально-депрессивный психоз), при которых есть много оснований предполагать днз-онтогенез нервной системы, и с реактивной депрессией, возникающей вследствие внешнего, психогенного воздействия (таблица 3).

Таблица 3

Сравнительные данные неврологического исследования больных с эндогенными и реактивными психозами

Неврологические симптомы	Шизофрения и МДП		Реактивная депрессия		Критерий достоверности различия (u), по Фишеру
	число больных	%	число больных	%	
Неврологические симптомы не выявлены	56	46	9	75	4,4
Ослабление фотореакции зрачков	7	5,8	—	—	2,4
Слабость конвергенции глазных яблок	25	20	3	25	0,8
Асимметрия носогубных складок	25	20	2	17	0,3
Девияция языка при высовывании	19	15,6	—	—	4,0
Нистагм	10	8,2	—	—	3,0
Снижение и асимметрия сухожильных рефлексов	20	16,4	2	17	0,05
Повышение и асимметрия сухожильных рефлексов	20	16,4	—	—	4,4
Клонус стоп	1	0,8	—	—	0,09
Патологические рефлексы	20	16,4	—	—	4,4
Симптомы орального автоматизма	15	12,3	1	0,8	1,0
Положительная пальце-носовая и коленно-пяточная проба	4	3,3	1	0,8	1,5
Всего больных	122	100	12	100	

Примечание: достоверность различия, по Фишеру, при $u = 2,58$ составляет 99 %.

Данные таблицы показывают, что у больных эндогенными психозами достоверно чаще, чем при реактивной депрессии, при неврологическом исследовании наблюдаются ослабление реакций зрачков на свет, девиация языка при высывании, инстагм, повышение и асимметрия сухожильных рефлексов, патологические рефлексы с нижних конечностей. У больных с реактивным психозом чаще отмечалось отсутствие неврологических симптомов. Повышение частоты неврологических симптомов при эндогенных психических заболеваниях, не связанных с экзогенно-органическим поражением нервной системы, свидетельствует об аномалии ее развития, лежащей в основе биологического предрасположения к психозу. В этих случаях неврологическая картина обычно бывает представлена 2—3 симптомами, между которыми не всегда удается установить системную связь.

Рентгеноанатомические исследования, включая компьютерную томографию, также показывают высокую частоту аномалий головного мозга при психических заболеваниях. Чаще всего они бывают представлены небольшой наружной, внутренней или комбинированной гидроцефалией. Подобно неврологическим симптомам, эти изменения неспецифичны для того или иного заболевания и не связаны с действием внешних повреждающих факторов в перинатальном периоде. Их также можно рассматривать в качестве биологических признаков (маркеров) наследственного предрасположения к расстройствам психической деятельности. Такими же признаками служат аномалии строения черепа в рентгенологическом отображении. Известно, что череп и головной мозг развиваются из одних и тех же элементов зародышевой трубки, и их дальнейшее формирование происходит в условиях взаимных влияний (Дж. Иберт). Такие крайние и аномальные признаки черепа, как ромбовидная его конфигурация, высокий индекс лица, утолщение лобной кости, малое турецкое седло, гиперпневматизация лобных пазух, указывают на высокую вероятность аномального развития головного мозга. Сходство указанных аномалий черепа у психически больных и родственников первой степени родства подтверждает их наследственное происхождение (И. Х. Гали-

мов). Функциональное их значение подтверждается фактом многочисленных и разнообразных изменений биоэлектрической активности головного мозга. Изменения ЭЭГ бывают неспецифичны для того или иного психического заболевания и наблюдаются как в период обострения психических нарушений, так и при наступлении ремиссии. В сочетании с описанными выше нестойкими и рассеянными неврологическими симптомами и аномалиями строения черепа и мозга они представляют собой комплекс признаков, обозначаемый нами как синдром конституциональной аномалии центральной нервной системы, являющийся биологическим фактором предрасположения к психическому заболеванию.

§ 5. Клинико-генетическое обследование психически больных

Биологическое предрасположение к психическим заболеваниям бывает неоднородным и может быть связано как с дизонтогенезом нервной системы, вызванным патогенными влияниями на плод в период внутриутробного развития, так и с фактором наследственности. Наследственное предрасположение проявляется и изменении нормы реакции организма на действие агентов окружающей среды. При этом действие внешнего агента как бы проявляет заложенную в организме предуготованность к наследственному заболеванию. Известно, например, что совпадение (конкордантность) заболевания шизофренией у однояйцовых близнецов составляет около 50 %. Но шизофрения чаще манифестирует у того из близнецов, который родился с меньшим весом или подвергался действию неблагоприятных условий в период беременности (В. Поли, М. А. Шмакова).

Многие психические заболевания относятся к наследственным или имеют наследственное предрасположение. Врач-психиатр при обследовании больного должен получить представление о характере и степени этого предрасположения у самого пробанда и его родственников, выделить среди них группу повышенного риска, нуждающуюся и дополнительно-

ном генетическом консультировании и в применении профилактических мероприятий. Установление факта наследственного предрасположения помогает также в дифференциальной диагностике эндогенных расстройств психической деятельности и заболеваний экзогенной этиологии. При этом всякий раз врачу приходится решать сложную задачу, касающуюся соотношения внутренних (наследственных) и внешних патогенных влияний на психическую деятельность субъекта. Решить эту задачу без данных клинико-генетического исследования часто бывает затруднительно. Примером могут служить трудности дифференциального диагноза микроцефалии с умственной отсталостью, которая может возникать как в результате моногенной рецессивной мутации, так и под влиянием интоксикации плода при алкоголизме матери, при применении матерью тератогенных лекарственных препаратов, при воздействии рентгеновского облучения. Эту задачу практически невозможно решить без клинико-генетического исследования больного.

В клинических условиях основным методом генетического исследования является метод *генеалогический*, то есть метод родословных. Сущность его заключается в прослеживании передачи признака (болезни) среди родственников больного в нескольких поколениях. Задача состоит в установлении наследственного характера болезни. Если в семье один и тот же признак или болезнь встречаются несколько раз, можно думать о наследственной природе или семейном характере болезни. Удастся также установить тип наследования: аутосомно-доминантный, аутосомно-рецессивный, сцепленный с полом. Метод требует тщательного сбора сведений о родственниках больного, а в отдельных случаях и их специального медицинского и лабораторного обследования. Нужно иметь в виду, что полученная информация о родственниках не всегда бывает достаточно полной. Многие больные скрывают сведения о неблагоприятной наследственности или сознательно искажают их, желая переложить «вину» за возникшее заболевание с собственной семьи на семью жены (мужа). Поэтому для повышения достоверности информации желательно получить сведения от нескольких родственников пробанда, строго соблюдая при этом конфиденциальность.

Среди наследственно обусловленных болезней большое место занимают психические заболевания, связанные с *хромосомной патологией*. Генетической основой таких состояний служат хромосомные мутации — численные или структурные изменения хромосом в соматических или половых клетках. Общая клиническая характеристика хромосомных болезней заключается в том, что все они сопровождаются множественными аномалиями органов и систем организма. Так, при осмотре головы и лица наблюдаются увеличение или уменьшение размеров черепа (макро- и микроцефалия), необычная его конфигурация, низкий рост волос на лбу и затылке, малые размеры глазных яблок, узко или широко расставленные глаза, широкая и плоская переносица, отклонения в строении зубочелюстной системы, ушных раковин. При осмотре туловища характерными бывают отсутствие или наличие дополнительных грудных сосков, гинекомастия у мужчин, изменения строения наружных половых органов, деформация грудной клетки и позвоночника. Часто наблюдаются аномалии строения конечностей: укороченные или длинные, «паукообразные» пальцы, искривление конечной фаланги пятого пальца, частичная или полная синдактилия, дополнительный палец, плоскостопие или, напротив, высокий свод стопы, косолапость.

Нужно, однако, учесть, что если хромосомные изменения в яйцеклетках приводят к полиому развитию всех признаков болезни, то изменения, произошедшие на ранних стадиях развития эмбриона, ведут к мозаицизму — наличию в организме клеток с разным числом хромосом. Для мозаицизма характерна стертая и неполная картина заболевания, например, при аномалии 21 пары хромосом в случае мозаицизма рождается ребенок с нерезко выраженными внешними признаками хромосомной болезни Дауна, но типичного для этого заболевания значительного отставания в умственном развитии у него может и не быть или появляются симптомы другого психического заболевания. Поэтому для диагностики хромосомных психических болезней необходимо *цитогенетическое* исследование с определением карнотипа. Использование новых методов современной генетики и геномной ин-

женерии создает перспективу выявления в целях пренатальной профилактики участков хромосомной ДНК, отвечающих за появление наследственных дефектов.

Для решения вопроса, в какой мере психическая болезнь зависит от наследственных особенностей организма, то есть от его генотипа, а в какой — от условий внешней среды, применяется *близнецовый метод* исследования. Однояйцовые, или монозиготные, близнецы развиваются из одного оплодотворенного яйца путем его деления. Поэтому партнеры монозиготной пары имеют полностью идентичные генотипы, и различия партнеров зависят только от внешней среды. Двухяйцовые, или дизиготные, близнецы рождаются в результате созревания одновременно двух яйцеклеток, оплодотворенных двумя спермиями. Партнеры дизиготной пары генотипически неоднородны и сходны между собой не больше, чем братья и сестры, рожденные порознь. Зато благодаря одновременному рождению и совместному воспитанию у них будет значительная общность среды. Поэтому различие их признаков в основном обусловлено неидентичным генотипом. При многих психических болезнях и аномалиях психического развития частота совпадений заболевания у обоих монозиготных близнецов (*конкордантность*) значительно выше по сравнению с парами дизиготных близнецов. Так, например, по некоторым данным, совпадение по заболеванию эпилепсией в парах монозиготных близнецов достигает 56 %, а в дизиготных парах — лишь 10 %. Следовательно, в этиологии этих заболеваний наследственный фактор играет большую роль. Высокая конкордантность заключается не только в сходстве по возникновению болезни, но и в ее сходных клинических формах. В качестве примера можно привести сходство шизофрении в парах монозиготных близнецов по возрасту начала заболевания и по типу его течения (непрерывный или приступообразный). Сходным является также и лечебный эффект фармакологических средств при разных способах их введения. Зная особенности психического заболевания у одного из монозиготных близнецов, можно предположить, каковы будут индивидуальные особенности психических расстройств у другого партнера. Исследова-

ния такого рода получили название метода контроля по партнеру.

Медицинская генетика не ограничивается изучением роли наследственного фактора при психических заболеваниях и частоты наследственных болезней. Она подвергает исследованию также закономерности, которым подчиняется их распространение в группах населения (популяции) в различных географических местностях, регионах, у лиц разных национальностей и во многих других группах, которые обуславливают сохранение и изменение генотипа того или иного заболевания при смене поколений. Метод изучения распространения, сохранения и изменения генотипа в популяциях называют *популяционным*. Популяционно-генетические исследования больших групп населения показали, что частота многих патологических генов и, следовательно, распространение обусловленных ими наследственных болезней в популяции незначительны. Это обусловлено тем обстоятельством, что больные — носители этих генов менее жизнеспособны, они реже вступают в брак, а у вступивших в брак детей бывает меньше, чем у здоровых. Эти болезни «поддерживаются» только за счет мутаций, то есть повторного возникновения в популяциях тех же патологических генов, которые элиминируются отбором. При этом между мутационным процессом и отбором устанавливается равновесие, обуславливающее относительную стабильность числа больных, страдающих теми или иными наследственными заболеваниями в группах населения. Так, например, частота умственной отсталости (олигофрении) довольно стабильно поддерживается среди населения европейских стран в пределах 1-3 %. Однако не каждый патологический ген ведет к заболеваниям, которые отсеиваются отбором. Это относится к наследственным заболеваниям, проявляющимся в пожилом и старческом возрасте, когда репродуктивная деятельность человека закончилась. Поэтому столь высока заболеваемость гипертонической болезнью, атеросклерозом сосудов с сопутствующими им психическими расстройствами, а также психозами старческого возраста.

Глава IV

Классификация психических болезней

С начала развития научной психиатрии предлагалось множество классификаций психических болезней, отражающих разные точки зрения относительно природы расстройств душевной деятельности. Принципы их группирования в основном уходили корнями к классификацию болезней в общей медицине, но сохраняли при этом свои особенности. Причиной неоднозначного подхода к нозологической проблеме в общей медицине и в психиатрии стало прежде всего неоднаковое соотношение между нарушениями функции и морфологическими изменениями в органе или системе органов. Известный отечественный патолог И. В. Давыдовский, имея в виду соматическую медицину, утверждал, что болезнь — это комплекс патологических процессов, дающих те или иные достаточно характерные и в то же время динамичные клинико-анатомические картины. В отличие от этого в большинстве случаев психических заболеваний клинико-анатомические параллели отсутствуют, и диагностировать психическую болезнь на основании патоморфологического исследования невозможно. Таким образом, в психиатрическом диагнозе выпадает патологоанатомический критерий, имеющий важное значение для дифференциации и диагностики болезней в соматической медицине.

Каждая психическая болезнь, подобно соматической, несет в себе биологический радикал: фактор наследственности, патофизиологические механизмы нарушений высшей нервной деятельности, непосредственные влияния окружающей естественной среды. Но психиатрия отличается от других клинических медицинских дисциплин тем, что она особен-

но акцентирует социальные отношения человека. Связи человека с окружающей средой, пишет французский психиатр Анри Эй (1900—1977), не ограничиваются законами природы, но опосредуются культурой, то есть ценностями, которые образуют структуру мыслящего существа. Система отношений человека и обществе — это не только проблема его пассивной адаптации к окружающей среде, но и его способность целить свободные выборы своих поступков и поведения: я сам решаю, и это открывает дорогу к моей свободе. Суть психической болезни заключается в том, что она ограничивает свободу действовать по своему выбору.

Прямая и непосредственная зависимость психической патологии от культурных ценностей и традиций общества, социальных отношений, этических и нравственных норм ведет к тому, что общемедицинские, клинико-биологические критерии психиатрического диагноза часто уступают социально-психологическим и психопатологическим. Центр тяжести в понимании этиологии и патогенеза психического заболевания смещается от механизмов влияния внешних природных факторов к индивидуальным свойствам личности человека в системе общественных отношений. В соответствии с этим традиционный для общей медицины этиологический принцип классификации болезней в психиатрии оказывается размытым, и реализовать его возможно лишь в отношении к кругу типичных экзогенных психозов: инфекционных, интоксикационных, цереброорганических. При остром и грубом поражении мозговой деятельности в психической болезни со всей отчетливостью выступает этиологический фактор, устанавливаются клинико-анатомические параллели, и заболевание приобретает все главные свойства, присущие понятию болезни в общей медицине. Но те же экзогенные вредности в случае менее тупого, хронического влияния на организм человека вызывают изменения в психической деятельности, в которых сложно переплетается роль многообразных видовых и индивидуальных его свойств: наследственных, физиологических, психологических, личностных. В других случаях эти видовые и индивидуальные свойства выступают на первый план и сами становятся причиной пси-

хического заболевания. Учесть все эти сложные отношения необходимо при установлении диагноза. Но часто они становятся труднопреодолимым препятствием на пути диагностики.

Несовершенство изоляционных классификаций психических болезней на протяжении всего периода развития психиатрии создавало серьезные трудности в отношении одиотипной диагностики не только в разных странах, но и в пределах одной страны. И хотя практика лечения, профилактики психических расстройств и организации психиатрической помощи населению настоятельно требует разделения разнообразных форм психической патологии по нозологическим группам, усилия многих поколений психиатров в этом направлении не привели к установлению четких границ психических болезней, позволяющих диагностировать их единообразно. Между близкими по своей природе психическими заболеваниями существуют плавные переходы. Эта непрерывность (континуум) позволяла многим психиатрам говорить о существовании *единого психоза*, в рамках которого можно различать отдельные его стадии и варианты, характеризующиеся преобладанием тех или иных клинических проявлений.

Большой вклад в разработку некоторых аспектов теории психиатрического диагноза был внесен А. В. Снежневским. На основании установленных в медицине общепатологических закономерностей он различает в психических болезнях стойкие психические изменения, определяющие готовность к психическому заболеванию (*pathos*) и собственно болезненный процесс, динамическое, текущее заболевание (*posos*). Клиническим выражением *pathos* служат *негативные симптомы*, существующие у больного с момента рождения или образующие стойкий психический дефект вследствие самой болезни. К ним относятся стойкие аномалии личности, снижение интеллекта, ухудшение качества всех психических процессов вследствие органического поражения головного мозга, снижение энергии поведения и апатия в результате перенесенного психического заболевания, стойкая дисгармо-

ния характера и всего психического склада больного. Дефект может быть резко выраженным или незначительным, представляющим собой лишь с трудом различимый фон основных психических нарушений. Но во всех случаях он отличается общими особенностями: бедностью клинических проявлений с малым количеством симптомов и стабильностью, практической необратимостью.

Текущий болезненный процесс — носос — определяется развитием *позитивных (продуктивных) симптомов*: невротических, аффективных, бредовых, галлюциаторных, кататонических, симптомов нарушенного сознания. В отличие от негативных им свойственны богатство и разнообразие проявлений, изменчивость, обратимость. Позитивные симптомы определяют принадлежность психических расстройств к тому или иному психопатологическому синдрому. Но нозологическую специфичность передают синдрому не позитивные, а негативные симптомы. Так, подавленное настроение с мыслями о самоубийстве может возникать как в связи с наследственной отягощенностью, так и в результате склероза мозговых сосудов. Но специфику депрессивному синдрому придает не сам факт снижения настроения, а те стойкие изменения личности, на фоне которых оно возникает: в одном случае шизоидные особенности характера с замкнутостью и эмоциональной холодностью, а в другом — органическое снижение личности вследствие поражения мозговых сосудов. В схватывании психиатром целостной картины психических расстройств с их нозологическими особенностями позитивные симптомы играют роль фигуры (гештальта), а негативные — фона, который накладывает особый отпечаток на характер синдрома так же, как исполнение одной и той же музыкальной мелодии оперной певицей или ансамблем электромузыкальных инструментов определяет жанр художественного произведения.

Нозологическая специфичность психопатологических синдромов даже с учетом формообразующего влияния негативных симптомов является относительной. В строгом смысле психопатологический синдром специфичен не в отношении к

каждой болезни в отдельности, а в отношении к группе психических заболеваний «родственной» этиологии. Так, можно говорить о специфических особенностях психопатологических синдромов при психогенных, экзогенно-органических, эндогенных заболеваниях. Но попытки найти дифференциально-диагностические различия в психопатологической картине инфекционных психозов малярийной и вирусной триппозной этиологии не будут успешны. Точно так же недостоверным будет дифференциальный диагноз опухоли головного мозга и ревматического энцефалита на основании данных одного лишь психопатологического анализа. Вне общего клинического обследования, включая анамнез заболевания, изучение развития болезни, данных сомато-неврологического, лабораторного исследования, психопатологический анализ в большинстве случаев не позволяет убедительно диагностировать болезнь. Это предъявляет особые требования к общей клинической эрудиции психиатра. Можно сказать, что если психиатр — не врач, то он и не психиатр.

В оптимальном варианте диагноз психической болезни, как и любой другой диагноз, должен быть объективным и воспроизводимым в случае обследования того же больного другим врачом. К сожалению, эта цель достигается не всегда. Причиной тому служат не только неоднозначные клинические установки психиатров разных школ и направлений, но и несовершенство нозологической системы, не позволяющей дать ответ на многие вопросы при установлении диагноза. Примером может служить обычное наблюдение в повседневной клинической практике, когда у больного с церебральным атеросклерозом в связи с психогенией возникает невротическое расстройство. Психопатологическое исследование обнаруживает при этом выраженные примерно в равной степени симптомы, характерные как для группы психогенных, так и для группы цереброорганических заболеваний. Критически настроенный по отношению к самому себе психиатр, вынужденный ставить диагноз, делает это «с нечистой совестью», опираясь не столько на данные клинических и лабораторных исследований, сколько на свои субъективные предпочтения.

Оправдана разработка единой международной классификации, основанной на конвенциональных (условно принятых) критериях разграничения психических болезней, которая позволила бы психиатрам разных школ и направлений однотипно диагностировать расстройства психических функций, пользуясь стандартизированными понятиями и терминами. Этим создаются условия для объединения психиатров разных стран в поисках путей дальнейшего изучения психических заболеваний и психического оздоровления населения.

Приемлемая на современном этапе развития психиатрии группировка психических расстройств представлена в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Содержащиеся в ней диагностические рубрики (F) складываются в пять блоков, которые могут быть приравнены к основным группам психических заболеваний в классической европейской и отечественной психиатрии: органические расстройства — F0; расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (наркологические заболевания) — F1; шизофрения, бредовые и аффективные расстройства (эндогенные заболевания) — F2, F3; невротические, личностные расстройства и нарушения поведения (психогенные заболевания) — F4, F5, F6; нарушения психического развития — F7, F8, F9.

Отказ от ортодоксальных принципов крепелиновской нозологической системы в МКБ-10 устраивает многие неразрешимые проблемы диагностики, но чрезмерно упрощает представления о сущности психической патологии, созданные европейской психиатрией за многие десятилетия ее существования. Последняя должна дополнять сугубо прагматическую группировку психических расстройств, предпринятую Международным психиатрическим сообществом. Большое значение при работе над ней придавалось достижению высокой воспроизводимости в диагностических оценках разными клиницистами, но она не должна подменять собой концептуальных классификаций, сохраняющих свое значение для психиатрической науки и практики (С. Ю. Циркин). Эти классификации наиболее полно представлены в разделе частной психиатрии.

Клиническая психопатология

Психопатология — это общее учение о закономерностях психических заболеваний. Оно включает в себя семиологию — изучение и описание отдельных признаков психических расстройств (симптомов), составляющих в закономерном сочетании психопатологические синдромы. Кроме того, психопатология изучает особенности динамики синдромов в процессе болезни, общие вопросы этиологии и патогенеза психических заболеваний.

Психическая патология человека отличается большим разнообразием клинических проявлений и механизмов расстройств психической деятельности. Поэтому выявление и изучение ее закономерностей наталкивается на большие трудности. В связи с этим некоторыми авторами предлагалось изучать общие закономерности в рамках отдельных нозологических форм или в отдельных группах психических заболеваний. Этот принцип использован в настоящем руководстве. В таком виде общее учение о психических болезнях принято обозначать как *клиническую психопатологию*.

§ 1. Синдромы функциональных психогенных расстройств психической деятельности

Понятие функционального в психиатрии употребляется в двойном смысле. С давних времен оно приравнивалось к понятию психогенного, то есть вызванного психическими факторами, непосредственно меняющими душевное состояние человека. В них долгое время виделась основная и главная причина психических заболеваний. С другой стороны, к функциональным относят психические расстройства, при

которых отсутствуют морфологические изменения и вещества головного мозга, его ликворных пространствах, оболочках и сосудах, которые могут быть выявлены с помощью применяемых в медицинской практике патологоанатомических и патогистологических исследований и с которыми допустимо связать нарушения психической деятельности.

Информативность понятия повышается, когда термины «функциональное» и «психогенное» употребляются совместно. Они характеризуют собой нарушения в сфере наиболее сложных психических функций, обеспечивающие высший уровень отражения человеком социальных связей и его адаптивное поведение. Французский психиатр Пьер Жане (1859—1947) писал: в каждой функции есть низшие и высшие части. Имеется, кроме того, часть особенно высокая, состоящая в приспособлении к совокупности внешних и внутренних условий. Так, функция питания должна совершиться в тот момент, когда я должен взять пищу на том столе, среди вот этих новых лиц, в присутствии которых я еще никогда не был и таком положении, надеть особенный костюм и приспособить свое тело и свой дух к совершенно особенным социальным обычаям. Это, в сущности, все та же функция питания, но акт обеда и гостей совсем не то же физиологическое явление, что процесс отделения поджелудочной железы. Медицина не может игнорировать этого, потому что болезнь нас не спрашивает и не всегда поражает те функции, которые нам лучше известны.

Психогенные заболевания возникают не только в связи с потрясающими, драматическими событиями и жизни человека, смертью близких людей, угрозой жизни и т. п. Психический конфликт, ведущий к развитию заболевания, чаще проявляется в том, что у человека возникают жизненные трудности, которые он не в силах преодолеть, но с которыми не может и смириться. Выявить и распознать конфликт, послуживший причиной психических расстройств, бывает трудно не только потому, что многие больные сознательно скрывают от врача события жизни, которые характеризуют их в невыгодном для себя свете или представляют собой се-

мейную тайну, сложные отношения с другими людьми, разглашение которых представляется больному нежелательным. Нередко тягостные воспоминания, связанные с пережитым своей вины и стыда, вытесняются из сознания больного, и он оказывается не в состоянии их воспроизвести. Подобная ситуация складывается, например, у женщины с высокими моральными установками, которая в силу сложившихся обстоятельств вышла замуж за нелюбимого человека и не может преодолеть внутренней неприязни к нему, отворачиваясь к его ласкам и сексуальной близости. Сохраняясь в сфере бессознательного, этот конфликт тем не менее вызывает состояние стойкого эмоционального напряжения — *фрустрации*. Она не находит естественного выражения в поведении больной, которое диктуется ее нравственностью и чувством долга. Такая женщина при беседе с врачом искренне уверяет его, что семейная жизнь у нее сложилась благополучно.

Оценить степень конфликта и его патогенное значение невозможно без учета особенностей личности больного. Так, увольнение в связи с серьезными упущениями на работе для личности с развитым честолюбием и чувством собственного достоинства будет большим потрясением, которое может повести к нарушениям психической деятельности; та же ситуация для личности с узким кругом социальных интересов и без самолюбивых устремлений будет переживаться лишь как временная неприятность. Срыв высшей нервной деятельности наступает лишь тогда, когда психический конфликт затрагивает наиболее уязвимые для данной личности сферы жизненных интересов. Например, для человека эгоистичного, себялюбивого патогенным становится психический конфликт, связанный с переживанием чувства обиды, зависти, с непризнанием окружающими его действительных или мнимых заслуг. Для человека, не умеющего идти на компромисс со своей совестью, патогенной становится ситуация, при которой обстоятельства заставили его совершить недостойные с его точки зрения поступки.

Индивидуальные особенности личности человека оригинальны и неповторимы. Но все же при внимательном рассмотре-

нии психологам и психиатрам удалось выделить некоторые типовые индивидуальные особенности, которые характеризуются большей тенденцией к переходу в патологическое состояние. Немецкий психиатр Карл Леонгард назвал их *акцентуированными*. Они не всегда бросаются в глаза и не свидетельствуют о патологическом состоянии высшей нервной деятельности. В них потенциально заложены как возможности социально-положительных достижений, так и социально-отрицательный заряд. Некоторые акцентуированные личности предстают перед нами в отрицательном свете лишь потому, что жизненные обстоятельства им не благоприятствовали, но вполне возможно, что под влиянием других обстоятельств они стали бы незаурядными людьми.

Акцентуированные черты Леонгард видит у демонстративных личностей, которым свойственны способность к вытеснению из своей памяти неприятных для себя фактов, необдуманность поступков, живость фантазии, умение внушать к себе чувства симпатии и любви, талант перевоплощения. В отличие от этого педантичным личностям мало свойственны механизмы вытеснения. Им присущи разумность и основательность поведения, тщательность в выполнении своих обязанностей и трудолюбие, аккуратность. Эти качества высоко оцениваются в обществе, хотя из-за чрезмерного усердия такие люди могут серьезно осложнить себе жизнь, особенно, если им присущ излишний страх перед ответственностью. Усиленная забота о своем здоровье может послужить у них толчком к развитию ипохондрии. Сравнительно медленный темп психической деятельности сближает педантичных с застенчивыми личностями. Но у последних медлительность касается в основном застревания на эмоциональных переживаниях эгоистического характера, когда затрагиваются личные интересы и самолюбие данного субъекта. Такие люди чувствительны, обидчивы и мстительны, для них характерны также честолюбие, заносчивость и самоуверенность, недоверчивость и ревнивость. Эти черты, создавая трудности в общении с людьми, в других условиях могут стать движущей силой на пути к творческим достижениям, позволяющим человеку гордиться сво-

ими реальными успехами. Особое место занимают во збу-димые личности, которые руководствуются в жизни не благоразумием и логикой, а влечениями, инстинктами, неконтролируемыми побуждениями. Им чужда терпимость, и они не склонны искать способы примирения в случае конфликта. Моральные устои в жизни возбудимых личностей не играют заметной роли, благодаря чему у них всегда сохраняется повышенная склонность к совершению грубого насилия и к распушению в сексуальном отношении поведению. Вместе с тем в условиях, требующих от человека смелости и безумной решительности, такие люди способны проявить себя как незаурядные личности.

Акцентуированные личности как вариант нормы встречаются среди населения, по мнению Леонагарда, с такой же частотой, как и «стандартный» тип людей. Но, кроме них, наблюдаются *патологические* или *психопатические личности*, к которым относят людей, отклоняющихся от стандарта. Аномалии их характера и поведения проявляются не только в критических ситуациях, но и тогда, когда внешние обстоятельства не препятствуют нормальному течению жизни. Известный отечественный психиатр Петр Борисович Ганиушкин (1875—1933) относил к психопатическим личностям людей, которые с раннего возраста обнаруживают ряд особенностей, отличающих их от так называемых нормальных людей и мешающих им безболезненно для себя и для других приспособляться к окружающей среде. Присущие им патологические свойства представляют собой постоянные, врожденные черты личности, не подвергающиеся в течение жизни резким изменениям. Они определяют весь психический облик индивида; существование у субъекта отдельных элементарных неправильностей еще не дает оснований причислить его к психопатам. Психогенные патологические реакции у психопатических личностей возникают по тем же механизмам, что и в «нормальной» психической жизни, но со значительно большей легкостью.

При всем многообразии типов аномальных, психопатических личностей большинству из них присуща общая особен-

ность — психическая незрелость, *инфантилизм*: у взрослого человека сохраняются черты характера и поведения, свойственные детскому и подростковому возрасту. К ним относятся непрактичность, неумение самостоятельно и по зрелому размышлению решать свои жизненные проблемы. Вместо этого в мотивах поведения преобладают романтические устремления, страсть к приключениям, авантюрам, экстравагантным знакомствам, желание быть формально свободным от существующих в обществе неписаных законов и традиций, противопоставлять себя им. Характерны импульсивные поступки, то есть поступки «по наитию», без достаточного предвидения их последствий. В трудных жизненных обстоятельствах не проявляется свойственная гармоничной личности гибкость, осторожность, умение, где надо, уступить, не добиваться немедленного достижения желаемого. Без достаточных оснований возникают отчаяние, паника или, напротив, непобедимое упрямство и реакции протеста. Мышление однобокое, чрезмерно эмоциональное, суждения отличаются максимализмом — крайностями в оценке людей и событий. Попытки воспитательного воздействия на психопатическую личность наталкиваются на большие трудности в связи с тем, что психопатический субъект неохотно усваивает чужой опыт и мало способен учиться на своем, уровень самосознания личности, как правило, низкий.

Представляет большой теоретический и практический интерес вопрос о том, существует ли связь между психической незрелостью психопатической личности и биологической незрелостью центральной нервной системы. На этот вопрос пока нельзя дать ясный ответ. Но наблюдения показывают, что описанный выше синдром конституциональной аномалии встречается у психопатических личностей с большим постоянством. Особенно характерно для большинства больных наличие на ЭЭГ биполярно симметричных тета-волн, свидетельствующих о задержке созревания головного мозга.

Среди функциональных психогенных расстройств наиболее обширную группу составляют пограничные состояния, куда

относятся невроты и другие распространенные формы заболеваний. Их особенность, как было отмечено выше, заключается в том, что количественные изменения психики при них преобладают над качественными. Иными словами, все, что характеризует психическую деятельность здорового человека и определенных обстоятельствах: реакции раздражения, колебания настроения, ощущения усталости, естественная тревога за свое здоровье — при пограничных состояниях становится настолько выраженным и стойким, что приводит к дискомфорту и нарушению адаптации человека в социальной среде.

Близость механизмов патологических психогенных расстройств к механизмам психических реакций здорового человека делает их разграничение трудным. Во многих случаях однозначное решение этой проблемы оказывается невозможным. Сложность ее усиливается тем обстоятельством, что психогенные психические нарушения функциональной природы обычно представляют собой форму психологической защиты от невыносимо трудной для больного жизненной ситуации, с помощью которой больному часто удается достичь определенной «выгоды». Так, больная с истерическим неврозом, ярко демонстрируя симптомы несуществующего у нее в действительности тяжелого, «смертельного» заболевания, получает явный выигрыш в своих конфликтных отношениях с мужем и свекровью. В болезненных переживаниях пациент получает возможность свободно выразить свои противоречивые чувства, вызванные психической травмой, и находит в них для себя иллюзорную защиту. Человек, совершивший тяжкое уголовное преступление, в камере предварительного заключения начинает слышать галлюцинаторные голоса, причем суровый голос «прокурора» угрожает ему смертной казнью, а нежный женский голос, напоминающий голос матери, говорит: «Сыночек, ты ни в чем не виноват, возвращайся ко мне...» Психологическая понятность подобных переживаний, которые каждый человек, наблюдающий больного, мог бы представить у себя самого в подобной ситуации, делает их по внешности похожими на проявление сознательного и целенаправленного пове-

дения с целью уйти от ответственности, облегчить свое трудное положение, вызвать жалость со стороны окружающих. Авторы современного французского руководства по психиатрии А. Эй, П. Бериар и Ш. Бриссе, характеризуя больных с невротическими психогенными расстройствами, пишут: невротик — не пассивный носитель симптомов, он сам их создает. Это придает невроту тот вид искусственности, который сбивает с толку врача, не привыкшего общаться с невротиками. Многие широко известные психоневрологи в прошлом считали функциональные психические расстройства «симуляцией».

Отказаться от подобной точки зрения, наблюдая больных с психогенными расстройствами, нелегко. До настоящего времени у многих врачей существует убеждение, что по отношению к больному невротом нужно проявлять строгость и твердость, не поощряя его невротические «слабости». Не убеждают их и многочисленные бесплодные попытки с помощью самых вразумительных доводов доказать больному, что своим поведением он сам наносит себе вред (не станут далее держать на работе, муж не сможет больше мириться с «капризами» больной и бросит ее и т. п.).

Суть дела заключается в том, что психологическая защита при функциональных психических заболеваниях отличается от защитного поведения здорового человека тем, что она формирует у больного патологический стереотип: раз возникнув, психические расстройства возникают в последующем в той же форме под влиянием разных обстоятельств. Рано или поздно они ведут к отрицательным для больного последствиям, нарушающим его социальную адаптацию. Предотвратить эти последствия без посторонней помощи путем сознательных и активных действий пациент не может.

Так, ложная убежденность в наличии тяжкого, неизлечимого заболевания может помочь больному избавиться от чувства своей вины и ответственности, но она заставляет его на протяжении многих месяцев или даже лет проводить время в полуклиниках, на обследовании в больницах, подвергаться неприятным медицинским процедурам, видеть, как ны-

раженне жалости на лицах близких людей постепенно сменяется недовольством и раздражением. Больной с патологическим сутяжничеством, упорно добивающийся «справедливости» в десятках разных инстанций, превращается в преследуемого преследователя: постоянно испытывает страх, видит в окружающих мстителей, намеренных его уничтожить; лишившись работы, оказывается в трудном положении. Апофеозом тяжелого психогенного психического заболевания становится помещение больного в психиатрическую больницу, что противоречит его собственным желанием и неблагоприятно влияет на его социальный престиж. Все это в конечном итоге ограничивает свободу выбора больным своего поведения, направленного на достижение поставленных целей. Таким образом, функциональное психогенное заболевание, как и любая болезнь человека, представляет собой совокупность защитных и патологических механизмов. И. П. Павлов считал, что в основе его лежит перенапряжение процессов возбуждения, торможения или их подвижности в коре больших полушарий головного мозга. В ответ на чрезмерно сильное раздражение в клетках коры развивается запредельное торможение, предохраняющее клетки от гибели. Совокупность патологических процессов в больших полушариях и защитных механизмов находит свое отражение в нарушенных психической деятельности.

Содержание болезненных переживаний больных с психогенными функциональными расстройствами всегда для них высоко значимо. Разговор на эту тему вызывает выраженную эмоциональную реакцию, которая иногда затрудняет контакт с больным. Поэтому во время беседы с пациентом, стремясь расположить его к себе и добиться откровенности, не нужно быть навязчивым и излишне прямолинейным в своих вопросах и высказываниях. Выражение сочувствия и внимания к переживаниям больного не должно превращаться в позицию лица, поддерживающего его в конфликтах с окружающими, тем более осуждающего кого бы то ни было. Вопросы, направленные на выявление предполагаемого конфликта, лучше задавать как бы вскользь, попутно разговору на другие темы. Заметив, что пациент дает эмоциональную

реакцию на один из заданных вопросов, следует предположить, что он как-то затронул существенную для него проблему. В этом случае нужно попросить больного откровенно рассказать об этой стороне его жизни. Полезно при этом подчеркнуть, что вами руководит не пустое любопытство, а стремление во всех деталях разобраться в состоянии больного и помочь ему. Можно также напомнить, что признание больного — это врачебная тайна, о которой никто не будет знать за пределами лечебного учреждения. Наконец, не надо забывать, что лучше всего больные раскрывают свои переживания тем, кто умеет их внимательно, терпеливо и с искренним сочувствием слушать.

Раскрыть особенности характера и содержание личности больного, подвергающегося действию психического конфликта, еще более сложная задача. Частично она решается уже при собирании анамнеза. Главное здесь заключается в умении в форме непринужденной беседы путем наводящих вопросов переключать внимание пациента с малозначащих фактов на описание его переживаний и поступков в ответственных ситуациях, требующих самостоятельных решений. Такие ситуации чаще всего бывают связаны с адаптацией к новому коллективу — дошкольному, школьному, трудовому, семейному, с возникающими при этом большими и малыми конфликтами. Очень важно оценить воспитание и родительской семье, влияние друзей на поступки обследуемого. Об особенностях характера недостаточно получить лишь общие односторонние сведения (был, «как все», был спокойным или раздражительным; и т. п.). Нужно обязательно выяснить, в чем это проявлялось в разных обстоятельствах, попросить больного привести соответствующие примеры из жизни. Факты дисциплинарных нарушений, попытки самоубийства, частая смена мест работы, конфликты в семье и разводы, привлечение к уголовной ответственности — все это указывает на социальную дезадаптацию субъекта. Но для того, чтобы установить ее психогенную природу, нужно не только выявить факты, но и выяснить все обстоятельства дела, мотивы поведения больного в каждом отдельном случае.

В процессе беседы нужно также внимательно следить за поведением больного, его мимикой и жестами, обращая внимание на чрезмерную застенчивость или, напротив, браваду, отсутствие чувства дистанции. Склонность больного к явному фантазерству, наивная и неприкрытая «симуляция» им тяжелых заболеваний, оппозиционные отношения к собеседнику, подозрительность, испышки раздражения, конфликтное поведение не должны вызывать у врача чувство возмущения; их следует подметить и описать в качестве признаков психического состояния пациента.

Диагноз функционального психогенного расстройства со всей убедительностью ставится тогда, когда выявлены и описаны те или иные деструктивные тенденции личности больного, ее дисгармония, послужившая основанием для патологических форм реагирования на ситуацию конфликта. В принципе можно себе представить возникновение патологической психогенной реакции на тяжелое стрессовое воздействие у вполне гармоничной личности, но вероятность ошибочного диагноза в таких случаях всегда велика. Примером может служить развитие блефароспазма у взрослого мужчины в связи с психической травмой (развод с женой). Тщательный анализ не выявил у больного каких-либо признаков дисгармонии личности, деструктивных ее тенденций — это был спокойный, уравновешенный, трудолюбивый и доброжелательный человек. Несмотря на то, что блефароспазм по внешним проявлениям не отличался от такового, встречающегося при истерических реакциях, первоначальный диагноз психогенного заболевания в дальнейшем не подтвердился; речь шла о идиопатическом заболевании — идеопатическом блефароспазме Брейгеля.

Врожденные или рано приобретенные, устойчивые черты личности в форме выраженной акцентуации или психопатии с чертами агрессивности и аутоагрессивности представляют собой *pathos* — комплекс негативных симптомов, которые не только способствуют развитию функционального психогенного заболевания, но и накладывают заметный отпечаток на его клинические проявления, придавая ему нозо-

логическую специфичность. Ниже приводится описание основных синдромов, относящихся к этой группе. Обозначения этих синдромов в основном соответствуют принятой в МКБ-10 терминологии.

1. Тревожные и фобические расстройства

Тревога представляет собой один из самых частых симптомов психических заболеваний. Она проявляется безотчетным внутренним напряжением, волнением, неясными тягостными предчувствиями, ожиданием беды. Все это находит отражение в мимике и поведении больного, доступных объективному наблюдению. В состоянии тревоги больные бывают беспокойны и непоседливы, они не могут найти для себя удобную позу, начав какое-нибудь дело, не могут сосредоточиться, пальцы рук их находятся в постоянном беспокойном движении, перебирают одежду, за обеденным столом катают хлебные шарики. Больным бывает трудно контролировать свои действия, сами того не замечая, они кусают ногти, отрывают заусенцы, расцарапывают у себя неровности на коже, вслух произносят свои мысли или случайно пришедшие в голову слова и тут же, спохватившись, стараются замаять неловкость своего поступка. Выражение лица недовольное, напряженное. Сами больные обычно затрудняются в описании своего состояния и при первом контакте с врачом редко обозначают его словом «тревога». Чаще они подчеркивают характерные для этого состояния нарушения активного внимания и двигательное беспокойство («Не могу сосредоточиться», «Не нахожу себе места»). Лишь после наводящих вопросов врача и повторных бесед слово «тревога» начинает фигурировать в их жалобах.

Тревога как таковая беспредметна, сами больные не отдают себе отчет в том, чего они опасаются. Их состояние может быть представлено как дефицит информации, неопределенные тревожные ожидания. Дефицит информации побуждает к ее поиску. Поэтому тревога легко перерастает в страх, направленный, в отличие от тревоги, на реальный объект. Малейшее неблагополучие в семье превращает тре-

вогу в страх за жизнь и здоровье детей; незначительные неполадки на работе или ничтожный производственный конфликт способствуют появлению страха за свой престиж. Часто страх распространяется на свое здоровье и приводит к развитию *ипохондрии* — безосновательному опасению заболеть тяжелой болезнью или преувеличению тяжести имеющегося заболевания.

Наряду с постоянной тревогой у больных могут возникать острые состояния, обозначаемые как приступы паники, длящиеся от нескольких минут до часа и более. Внезапно возникают мучительный страх смерти, ощущение нехватки воздуха, резкая физическая слабость, головокружение, тахикардия, тремор пальцев рук, подташнивание, ощущение онемения или ползания мурашек, жара или холода. В отдельных случаях бывает внезапный страх сойти с ума. Панические реакции нередко возникают вне непосредственной связи с психической травмой, но обычно совпадают с периодами усиления тревоги, связанной с длительным психическим конфликтом. Их необходимо отличать от сходных по клиническим проявлениям приступов, возникающих в связи с гипогликемией, острым нарушением кровообращения, гипоталамическим синдромом, интоксикацией психоактивными симпатергическими веществами.

Характерной особенностью панических реакций является то, что они возникают преимущественно ночью, и больные бывают вынуждены часто прибегать к вызовам «скорой помощи». Как только больной оказывается «под защитой» медицинских работников при помещении в больницу, приступы вскоре сами прекращаются или возникают редко и в легкой форме. Это типичное свойство панических реакций нередко служит поводом для необоснованных подозрений в том, что больной агравирует свое состояние, «ушел в болезнь», не хочет «взять себя в руки», осознать отсутствие реальной опасности для жизни и здоровья. Сами же больные, сравнивая свои переживания во время приступа паники со случившимися в их жизни тяжелыми и опасными соматическими забо-

леваньями, приходят обычно к заключению, что «нервные приступы» переносятся как более мучительные.

В качестве одного из вариантов тревожных состояний принято выделять фобический синдром. По своим проявлениям он близок к приступам паники. При нем на фоне длительно протекающего тревожного состояния периодически возникают приступы страха, имеющего конкретное, чувственно-образное содержание. Чаще всего это страх внезапной потери сознания, остановки сердца, несчастного случая. Приступы страха бывают приурочены к определенной внешней ситуации, причем последняя сама по себе не представляет никакой опасности или даже просто безразлична.

Например, страх перед внезапной остановкой сердца возникает всякий раз в кинотеатре или другом заполненном людьми помещении, в общественном транспорте, при переходе улицы и т. п. Часто уже сама мысль, что сейчас придется садиться в автобус, вызывает нарастающую тревогу, которое заканчивается приступом страха, сопровождающимся «вегетативной бурей»: похолоданием конечностей, резким сердцебиением, ощущением удушья, тремором рук, расширением зрачков, бледностью и обильным холодным потом. Эти вегетативные расстройства, выходя на первый план в картине приступа, создают искаженное представление у самого больного и у окружающих, что страх служит не источником эмоционально-вегетативного приступа, а возникает в качестве психологически понятной реакции на тяжелое соматическое состояние. Поэтому при острых фобических приступах вначале нередко ставятся ошибочные диагнозы сердечно-сосудистого заболевания, гипоталамического синдрома. Многие больные проходят долгий путь обследования у врачей-интернистов в терапевтических, кардиологических, неврологических стационарах, прежде чем у них бывает окончательно установлена нервно-психическая природа заболевания.

Особенностью фобий служит то обстоятельство, что при них особенно отчетливо проявляется механизм психологической защиты от тревоги (фрустрации), служащей выра-

жением бессознательного конфликта. З. Фрейд приводил и качестве примера пятилетнего мальчика с фобией, у которого страх перед лошадьми представлял собой символическое выражение боязни наказания за бессознательную ненависть к отцу и соперничество с ним за любовь матери; перенос страха на животное освобождал мальчика от чувства враждебности и давал ему возможность любить своего отца. Вероятно, более реалистичной является гипотеза о глубинных механизмах в теории неофрейдизма, придающей особое значение интерперсональным конфликтам. Так, страх перед школой у ребенка может служить способом бессознательного контроля невротических симптомов вследствие того, что ребенок добивается тем самым поддержки и внимания со стороны родителей, с которыми у него сложились конфликтные отношения. При одном из распространенных типов фобий — агорафобии, при которой больно испытывает страх, находясь в одиночестве дома или затерявшись среди толпы на улице, фобический приступ помогает больному бессознательно контролировать свою тревогу путем воздействия на людей, с которыми он живет. Так, женщина может выходить из дома только в компании своего мужа, и он может оставить ее одну лишь с риском вызвать у нее сильнейший фобический приступ. Тем самым фобия становится средством адаптации, хотя и патологической.

При описании фобических приступов часто подчеркивают их навязчивый характер, считая, что больные понимают необоснованность своего страха и борются с ним, но не могут его преодолеть. Однако такая точка зрения справедлива лишь в отношении немногих случаев фобического синдрома. Обычно критическое отношение к своей болезни у больных бывает лабильным, оно исчезает или вновь появляется в зависимости от усиления или ослабления тревоги. В момент приступа страха критическое отношение к болезни полностью отсутствует, и больные целиком отдаются этому чувству, не пытаясь бороться с ним и не осознавая отсутствия реальной опасности для своей жизни. Характеризуя длительность приступа, больные с фобическим синдромом обычно избегают

говорить, что приступ проходит самостоятельно; ответ в этих случаях бывает таким: «длится, пока не сделают укол».

В некоторых случаях фобические приступы бывают сглаженными и границы их нечеткими, а страх принимает форму тягостного ожидания какого-то конкретного несчастья или унижения собственного достоинства. У взрослых нередко страхи загрязнения рук в туалете, заражения инфекционной болезнью при попадании микробов на кожу, «заражения раком» в комнате, где недавно умер от этого заболевания человек. Иногда такие фобии сопровождаются тягостными навязчивыми представлениями, например, страх при виде острых предметов (ножа, иголки, ножниц) сопровождается навязчивым представлением того, как больной ранит этим предметом себя или окружающих. К таким же формам относятся *социальные фобии*, проявляющиеся только в присутствии посторонних и связанные по содержанию с отношениями между людьми: страх перед публичными выступлениями, боязнь покраснеть (что обычно действительно сопровождается покраснением лица), боязнь показаться людям смешным, неловким, несмелым или боязнь подметить во взглядах окружающих, будто те замечают кажущиеся или реальные дефекты внешнего облика больного — небольшой рост, нескладное телосложение, угри на лице, и т. п. Такого рода фобии бывают присущи в основном лицам подросткового возраста.

2. Обсессивно-компульсивное расстройство

Социальные фобии занимают промежуточное положение между острыми фобическими реакциями, с одной стороны, и навязчивыми мыслями — с другой. Навязчивые мысли (*обсессии*) воспринимаются больными как нечто чуждое их личности, независимое от желаний и идущее вразрез с текущими мыслями, эмоциональными переживаниями и поступками. Внезапно возникшая в сознании, навязчивая мысль сохраняется некоторое время, не оставляя больного, несмотря на его старания отвлечься, направить свои мысли на другое, а затем постепенно угасает, чтобы спустя

некоторое время возникнуть вновь. Попытки отогнать навязчивые мысли приводят к тяжелой и истощающей внутренней борьбе, нарастанию тревоги. Но, в отличие от фобий, пациент не испытывает непобедимого страха своей гибели, краха своего престижа. Он отдает себе отчет, что речь идет не о каких-то внешних угрожающих ему обстоятельствах, а о его собственных душевных переживаниях, которые он перестает контролировать. Это свойство obsessions позволяет многим психиатрам утверждать, что главной особенностью навязчивого синдрома является критическое отношение больного к психическому расстройству. Однако это заключение справедливо не для всех случаев навязчивости. В начале развития obsessionalного синдрома больные, как правило, не воспринимают навязчивые мысли как проявление болезни, хотя и тяготятся ими; поэтому их поступки соответствуют содержанию навязчивых переживаний. Так, больной, испытывающий навязчивые сомнения, поздоровался ли он, придя на работу, со всеми сотрудниками, вновь и вновь обращается к каждому из них с приветствием, стараясь прикрыть свои опасения шуткой. Но успокаивающие утверждения товарищей не избавляют его от сомнений: «Может быть, я все же не поздоровался, а они просто хотят сгладить мою неловкость». Больной, навязчиво сомневающийся, не допустил ли он на работе ошибку в технических расчетах, без всякой надобности множество раз проверяет их, из-за чего не успевает справиться со своими обязанностями. Лишь спустя длительное время, анализируя и сопоставляя свои навязчивые переживания с мнением и поступками других людей, и особенно после разъясняющих бесед с врачом пациент приходит к убеждению о патологическом характере беспокоящих его навязчивых мыслей; с этого времени он начинает активно предъявлять жалобы врачу на навязчивости и стремится к лечению. Этот процесс все более полного отражения навязчивости в самосознании больного можно обозначить как «научение». Полнота его зависит от интеллектуальных способностей пациента. Но даже при восстановлении полностью критического отношения к болезни больной не избавляется

от болезненных мыслей и продолжает страдать от самого процесса навязчивости.

Содержание навязчивых мыслей очень разнообразно. Иногда это воспоминания и сомнения, которые черпаются из обычных жизненных впечатлений, но возникают всегда некстати, назойливо лезут в голову, не дают возможности отвлечься и заняться каким-либо делом. Так, например, больной не может избавиться от какого-то постыдного воспоминания из своей жизни, хотя и прилагает усилия к тому, чтобы об этом не думать. В других случаях содержание навязчивости бессмысленно или даже иррелевантно. Например, больной испытывает непреодолимое желание пересчитывать окна в домах, раскладывать все предметы в поле зрения симметрично. В последних случаях навязчивые мысли неотделимы от навязчивых влечений — ритуалов. К ним относятся бессмысленные действия, цели которых сам больной понять не может, но которые тем не менее имеют для него скрытое, символическое значение защиты от тревоги. Особенно часто они встречаются в детском возрасте, заменяя собой навязчивые явления в сфере абстрактных понятий. Навязчивости у ребенка проявляются в том, что он при приготовлении уроков по многу раз обводит каждую букву — «чтобы не получить двойку» — или дома тщательно обходит предметы мебели, чтобы не задеть за них — «а то умрет мама», — слишком часто моет руки — «чтобы не заразиться». Запреты и наказания могут на некоторое время отсрочить навязчивое действие, но это ведет к усилению тревоги, на высоте которой воздержаться от совершения ритуального действия больной уже не в состоянии.

Вынужденное повторение больным одних и тех же бессмысленных и не зависящих от своей воли действий может отрываться от связанных с ними навязчивых мыслей и приобретать характер самостоятельного психического акта. Такие действия носят название *компульсивных*. Так же, как и обсессии, компульсивные действия направлены на защиту от нарастающей тревоги. Но сам больной не осознает мотивы своего поведения — как и зачем он стремится совершить

данный поступок, и в момент его совершения не чувствует себя субъектом, ответственным за него. Совершение действия приводит к ослаблению тревоги и вызывает чувство удовольствия, наслаждения. З. Фрейд приводит описание 11-летнего мальчика, который не может избавиться от тревоги и заснуть, пока не расскажет матери все подробности прошедшего дня; он должен проследить, чтобы постель была придвинута к стене, подушки разложены строго определенным образом, три стула наковились около кровати. Распространенной формой компульсивных действий бывает бродяжничество, также встречающееся часто у детей и подростков. Желание уйти из дома может зародиться в связи с конфликтами в семье, боязнью наказания. Но на каком-то этапе в связи с нарастанием тревоги осознанные мотивы своих действий утрачиваются, уход из дома совершается сразу, без предварительных раздумий. Больной обычно уезжает и соседний, реже — удаленный район и бесцельно бродит в течение нескольких дней, не думая о доме и отдаваясь чувству душевного покоя и удовлетворения. Бродяжничество обычно завершается возвращением ребенка домой милицией. Ни искреннее раскаяние ребенка, ни строгое наказание и запугивание не могут предотвратить компульсивного бродяжничества. Его не следует смешивать с сознательными уходами из дома в компании сверстников, которое часто встречается у детей и подростков с отклоняющимся поведением.

3. Одержимость

Психогенная тревога и страх прикрепляются к любому объекту, роль которого в судьбе человека остается неясной, пугающей. Выбор этого объекта сугубо индивидуален. Им могут стать непрочное положение и семье, на работе, проблемы здоровья и многое другое. Под влиянием тревоги возникающие опасения овладевают сознанием больного, и он чувствует себя одержимым идеей грозящей опасности. Подобные пограничные психические расстройства отличаются от навязчивых и фобических тем, что они не воспринимаются больным как чуждые его личности, посторонние, и больной не ведет с ними активную борьбу.

Хотя выбор объекта одержимости, как было сказано, индивидуален, одержимость вместе с тем отражает коллективные умонастроения людей. На разных этапах развития общества коллективное мышление создает свои объекты страха и типовые формы реакции на них. Там, где общественное мнение терпимо к мистическим умонастроениям, в коллективном сознании легко оживают мифы прошлого, и тогда объектом страха у массы больных становятся овладевающие сознанием идеи колдовства, порчи, сглаза. Эти идеи захватывают и какую-то часть культурных слоев общества. Швейцарский психиатр и создатель аналитической психологии Карл Густав Юнг (1875—1961) писал, что психология человека меняется не так-то быстро, и основные законы ума остаются неизменными. И потому заменяющие действительность плоды фантазии, которые заступают место расстроенной функций действительности, носят ясные черты архаического образа мыслей. Мысль о «порче» заставляет людей обращаться за помощью к разного рода знахарям, колдунам, псевдоэкстрасенсам, популярность которых нередко подогревается средствами массовой информации в их погоне за сенсационными «открытиями». Роль «чудодейственного целителя» может взять на себя и врач, талант которого заключается в его неповторимой способности точно соответствовать ожиданиям обращающихся к нему пациентов и овладевающим обществом коллективным умонастроениям. Средства массовой информации способствуют также формированию массовой готовности реагировать определенного вида тревожными патологическими реакциями на случившиеся в данном регионе стихийные бедствия, агрессию, террористические акты.

Термин «одержимость» с давних пор употребляется для обозначения суеверных представлений об овладении человеком злой волей в виде колдовских чар, вселения в организм дьявола, отвратительных гадов. Но в современной науке о психических болезнях он может иметь и более широкое значение. В общественном сознании, хотя бы по внешности отличном от мистики и суеверий, их место в качестве объекта страха занимает нераспознанная и тяжелая болезнь. Одержимость

страхом перед болезнью, инвалидизацией и смертью в тяжелых мучениях носит название *ипохондри*. В психиатрической литературе комплекс симптомов, заключающихся в постоянной озабоченности возможностью заболевания опасным соматическим или психическим расстройством, нередко обозначается как «ипохондрический синдром». Однако этот термин не соответствует современному понятию синдрома, поскольку речь здесь идет лишь о содержании психических расстройств. Что же касается синдромальной структуры ипохондрических переживаний, то она может соответствовать синдромам навязчивости, сверхценному или бредовому. В отличие от этого синдром одержимости ипохондрическими идеями имеет четкую синдромальную структуру. Он возникает в связи с хронической тревогой; больные не воспринимают мысли о грозящей их здоровью опасности как чуждые личности и не борются с ними; наконец, содержание ипохондрических идей соответствует общественным настроениям — обычно речь идет о постоянной озабоченности возможностью заболевания распространенной и «модной» болезнью (сердечно-сосудистой, онкологической, аллергической).

Больные с синдромом одержимости ипохондрическими идеями постоянно предъявляют соматические жалобы, характер которых не соответствует данным соматического обследования. Нормальные телесные ощущения часто интерпретируются ими как тягостные и патологические. Каждое слово и мимическое движение врача, обследующего больного, воспринимаются как подтверждающие самые худшие опасения. Уверения врача в отсутствии опасности и в том, что «такие изменения в организма можно найти у каждого», не успокаивают больного; в них он видит либо проявления несерьезного отношения медицинских работников к своим обязанностям, либо нежелание сообщить ему «страшный диагноз». Развитию ипохондриии способствуют ятрогения, знакомство с медицинской литературой, с результатами лабораторных исследований, ложно им истолкованных. Немалую роль играют в современных условиях посещения «народных целителей», знахарей, убедивших его в том, что он стра-

дает от «сглаза», «зашлакованности» организма или от недостатка «биоэнергии».

Стойкость митохондрических расстройств обусловлена в значительной степени и функциональными соматовегетативными симптомами, обычными для тревожных состояний. Они проявляются тахикардией, неприятными ощущениями в области сердца, колебаниями артериального давления, нарушениями моторной и секреторной деятельности желудочно-кишечного тракта и другими нарушениями. Фиксация внимания больного на телесных ощущениях приводит к снижению порога восприятия импульсов, в норме не достигающих порога сознания. Возникающие при этом новые и необычные телесные ощущения обозначаются как *с е н е с т о п а т н и*. Они отличаются чувственной неопределенностью, и больные для их описания вынуждены бывают прибегать к образным сравнениям: «все тело пронизано иголками», «сердце к чему-то прилипло внутри» и т. п.

4. Неврастенический синдром

Центральным проявлением неврастенического синдрома является своеобразная астения. Она проявляется жалобами больных на снижение работоспособности, в основе которой лежит быстрая истощаемость активного внимания и тревожная суетливость. В отличие от типичной астении при соматических заболеваниях астения при неврастеническом синдроме отчетливо помечена чертами зависимости от переживаемого больным личностного конфликта. Усиление слабости и чувства разбитости возникает у больного при выполнении даже несложной работы, если он убежден, что эта работа поручена ему без учета его квалификации и профессиональных способностей в силу предвзятого отношения к нему со стороны руководства. Напротив, если больной увлечен каким-нибудь делом, то может работать с большой самостоятельностью, но все же, окончив работу, чувствует усталость, головную боль, неприятные ощущения в области сердца, жалуются на бессонницу.

Отмечается также неустойчивость настроения и эмоциональ-

ных реакций. Она проявляется раздражительностью, чрезмерной чувствительностью и обидчивостью, которые ранее не были в такой степени присущи больному. Он не может совладать с волнением перед привычным публичным выступлением, при пересказе трогательного эпизода из своей жизни или художественного произведения. Любое необдуманное слово или незначительное замечание в адрес больного вызывает усиление тревоги и ожидание катастрофических последствий для своей судьбы и престижа. Характерно преувеличение тяжести всех болезненных переживаний с чувством жалости к себе и слезливыми реакциями, пессимистическое отношение к своему будущему. Стараясь подчеркнуть утрату энергии и прежних способностей, больные словно бы ждут, что их будут в этом разуверять. Внешне это производит впечатление «кокетничания» своими несчастьями. Этим особенностям поведения больных врач должен дать правильную оценку, избегая иронического отношения к их переживаниям.

К неврастеническому синдрому относится также гиперестезия, тесно связанная с содержанием личностных реакций больного. Звук радио из соседней квартиры вызывает раздражение не потому, что они громче уличного шума, но потому, что сосед оказался невнимательным к просьбам больного умерять громкость звука. Шумная возня детей воспринимается с повышенной чувствительностью потому, что дети, по убеждению больного, избалованы родителями жены, с которыми у него сложились конфликтные отношения. Больные с неврастеническим синдромом дают также чрезмерную реакцию на боль при проведении неприятных медицинских процедур, при лечении зубов, сопровождаемую выраженными вегетативными реакциями: побледнением лица, холодным потом, головокружением, обмороками.

Отдых и пребывание в приятной, дружеской обстановке быстро восстанавливают силы больного, тогда как небольшое переутомление или обострение конфликтной ситуации вновь вызывают и усиливают неврастенические жалобы.

5. Аффективные расстройства

К аффективным или эмоциональным расстройствам при функциональных психогенных заболеваниях относятся прежде всего расстройства настроения. Снижение настроения образует депрессивный синдром. Депрессия по степени выраженности и особенностям клинических проявлений отличается большим разнообразием. Она часто возникает в сочетании с другими психическими нарушениями: астенией, ипохондрией, тревожными, обсессивно-фобическими расстройствами. Клиническая картина психогенной депрессии зависит от особенностей личности больного, от остроты и тяжести психической травмы. В происхождении депрессии немалую роль играют фактор наследственности и состояние мозговой деятельности, которые также накладывают отпечаток на клинические проявления депрессивного синдрома. Исследования последних десятилетий, проведенные по международным программам, показали, что депрессии при психогенных и других видах психических заболеваний имеют больше общих, нежели отличительных особенностей, что затрудняет отнесение данного синдрома к той или иной группе расстройств психической деятельности. Можно говорить лишь о некоторой предпочтительности выявления определенного вида депрессии при заболеваниях разной этнологии. При функциональных психогенных расстройствах чаще встречаются следующие ее разновидности.

Невротическая депрессия характеризуется умеренным снижением настроения. Преобладают скука, апатия, пессимизм, утрата живого интереса к делам, которые раньше увлекали больного. В беседах с родственниками, сотрудниками, врачом больные стремятся подчеркнуть свою неполноценность, утрату прежних способностей, снижение памяти, что в общем расходится с данными объективного наблюдения. Говоря все это, больные словно бы ждут, что их будут разубеждать. Снижение настроения сопровождается раздражительностью, ворчливостью; членов семьи больной упрекает в том, что они ведут себя легкомысленно, не заботятся о будущем; сотрудники воспринимаются как люди

халатные и безответственные, желающие всю свою работу переложить на больного, и т. п. Депрессия углубляется при любых неудачах, мелких конфликтах и уколах самолюбия, но временно исчезает в случае достигнутого на работе успеха, поощрения, пребывания в интересной и приятной компании.

Депрессивная реакция возникает вследствие сильного стресса или нарушения адаптации в обществе с потерей жизненной перспективы. Речь может идти об утрате близкого человека в случае его смерти или ухода из семьи; о привлечении к уголовной ответственности с перспективой сурового наказания и потери социального престижа; об изнасиловании с последующим шантажом и угрозами, препятствующими принятию законных мер и защите своей чести и достоинства, и о других эмоционально-стрессовых ситуациях, затрагивающих наиболее значимые для личности ценности. Депрессивная реакция может быть непродолжительной, если, несмотря на тяжелое моральное потрясение, у субъекта сохраняются в будущем возможности улучшить свое положение, найти сочувствие, понимание и помощь со стороны окружающих. Само психическое расстройство при этом становится фактором психологической защиты, «криком о помощи», привлекающим сочувственное внимание общества и позволяющим изменить его отношение к себе и лучшую сторону. Длительная (продолжительная) депрессивная реакция наступает тогда, когда средства психологической защиты исчерпаны, бессознательное стремление привлечь к себе сочувствие окружающих вызывает с их стороны еще более озлобленное отношение или когда больной в стрессовой ситуации и силу особенностей своей личности не может отреагировать на нее бурной эмоциональной реакцией. Но во всех случаях стрессовое событие является первичным и основным причинным фактором, вызывающим психическое расстройство.

Особенностью депрессии, возникающей в ответ на тяжелый стресс, являются неотвязные идеи собственной виновности, приниженности, уверенность в потере навсегда уважения со

стороны окружающих в сочетании с навязчивыми мыслями о неужности жизни и о самоубийстве. Так, женщина, потерявшая взрослую дочь в автомобильной катастрофе, не перестает винить себя в том, что «не уберегла ее», не обращает внимания на доводы и разубеждения и упорно заявляет, что жить не будет.

Несмотря на выраженность депрессии, которая может быть довольно глубокой, в серьезность намерений совершения самоубийства, в высказываниях больных с депрессивной реакцией в их поведении часто звучат мотивы защиты, бессознательного желания привлечь к себе внимание и вызвать сочувствие своему горю. Это проявляется в особой выразительности мимики, отражающей аффект отчаяния, в высказываемых мыслях о безнадежности своего положения и в активном сопротивлении всяким попыткам окружающих примирить больного с действительностью.

6. Суицидальные реакции

Самоубийство, вли с у и ц и д, за последние десятилетия превратилось в одну из серьезных социальных в медицинских проблем. В качестве причины смерти у лиц трудоспособного, молодого возраста по частоте суицид выходит на второе место, причем смертность у мужчин превышает смертность у женщин в 3—4 раза. Проблема суицида выходит за пределы медицины, поскольку лишь менее трети лиц, совершающих попытки самоубийства, страдают психическими заболеваниями или ранее обращались к психиатрам. Причина наблюдающегося во многих странах роста числа суицидов заключается в социальной дезадаптации все более широких контингентов населения, особенно молодежи. Непосредственный повод к совершению самоубийства обычно лишь реализует существующие к нему предпосылки. Известно, например, что абсолютное большинство лиц, совершающих самоубийства в связи с условиями и трудностями военной службы, воспитывались в неблагоприятных семейных условиях, включая безнадзорность, конфликты с родителями, пьянство чле-

нов семьи; большинство из них совершали суицидальные попытки еще до службы и армии (А. А. Яворский).

Причины и условия совершения самоубийств чрезвычайно разнообразны. Играть роль национальные, культурные особенности социальных групп, социальные погрязения и многое другое. По данным мировой статистики, наибольшую склонность к самоубийству, превышающую среднюю в 5-6 раз, обнаруживают учащиеся, а также люди свободных профессий и пенсионеры. Особенно высока частота самоубийств в городах с высокой концентрацией населения. У состоящих и не состоящих в браке риск суицида одинаков, но разводы служат фактором, предрасполагающим к самоубийству. Психологические свойства людей, склонных к совершению самоубийства, неотчетливы; «психологический портрет» суицидента, несмотря на многие усилия, создать не удалось.

Среди психических нарушений, являющихся причиной суицидальных попыток, наибольшую роль играет депрессия. Не менее трети составляют больные психозами; в остальных случаях имеют место пограничные расстройства душевной деятельности. Большую роль играет алкоголизм: злоупотреблявших алкоголем среди суицидентов в два раза больше, чем среди не злоупотребляющих алкоголем.

Психологические механизмы личностных расстройств, ведущие к совершению самоубийства, у здоровых и у лиц с пограничными психическими расстройствами сходны. Из психологических факторов, обуславливающих суицидальные попытки, наибольшее значение придается фактору одиночества. По мнению социолога С. Н. Покровского, наиболее остро оно ощущается и в возрасте от 16 до 20 лет, когда молодой человек входит в жизнь и начинает осознавать разрыв его идеальных представлений о ней с реальностью. Начинается «заболевание одиночеством»: кризис семьи, умирание полноценной дружбы, чувство, что ты никому не нужен, творческие способности не реализуются. Хотя одиночество — это проблема всего общества, человек осознает его как нечто личное, интимное.

Проблема одиночества остро возникает в пожилом возрасте, особенно в связи со смертью одного из супругов. В странах, где отсутствуют традиции внесемейного общения пожилых людей в кафе, клубах и социальная поддержка, и общение происходит преимущественно в кругу семьи, наблюдающиеся за последние десятилетия разрыхление семейных связей и распад семей, включающих три поколения, ослабляет узы, связывающие пожилого человека с жизнью.

Социальной психологией большое значение в механизмах самоубийства придается защите субъектом *Я-концепции*. Последняя представляет собой всю сумму знаний человека о себе в совокупности с самооценкой. *Я-концепция* определяет уровень самоуважения человека, она формируется в детском возрасте как одно из наиболее важных проявлений социализации ребенка. Высокая *Я-концепция* служит основой хорошей социальной адаптации, активности и эффективности человека в обществе. Вместе с тем *Я-концепция* представляет собой «защитный экран», с помощью которого человек ограждает себя от отрицательных оценок со стороны окружающих, если эти оценки не совпадают с его собственным представлением о себе. Это обуславливает стабильность основных свойств личности на протяжении жизни человека. В случае неэффективности этой защиты самооценка личности резко снижается, что создает глубокий внутренний конфликт. Крайней формой защиты личности *Я-концепции* служит самоубийство.

В детском возрасте одной из особенностей совершаемых суицидальных попыток служит особое отношение ребенка к понятию смерти. В 10-летнем возрасте, когда становятся возможными серьезные попытки самоубийства, ребенок еще не испытывает страха смерти. Знание о смерти не соотносится им ни с собственной личностью, ни с личностью кого-либо из близких. Нет представлений о необратимости смерти, она понимается скорее как длительное отсутствие или иная жизнь. Ребенок допускает возможность двойного бытия: считаться умершим для окружающих и в то же время быть свидетелем собственных похорон и наблюдать раская-

ние своих обидчиков. У подростка уже образуется адекватное представление о смерти.

Конфликтные ситуации, приводящие ребенка или подростка к попыткам самоубийства, могут складываться из незначительных, по мнению взрослых, неурядиц. Имеет значение максимализм в оценках событий, неумение предвидеть последствия своих поступков, отсутствие жизненного опыта, что создает превратное представление о безысходности и неразрешимости конфликта, порождает чувство отчаяния и одиночества. Самоубийство совершается сразу, без обдумывания, причем мальчики чаще прибегают к самоповешению, а девочки — к попыткам самоотравления лекарственными или бытовыми химическими препаратами. Гибель суицидентов наступает не более чем в одном проценте попыток. Но это указывает не на их несерьезность, а свидетельствует скорее о неопытности и незнании эффективных способов уйти из жизни.

7. Сверхценные идеи

Всякая мысль для того, чтобы стать действительной, должна нести на себе эмоциональный заряд, затрагивать значимые для данной личности ценности. Без сильных эмоций невозможна ни страсть к научным исследованиям, ни страсть к спортивным достижениям, ни другие сильные побуждения. Но если эмоциональная увлеченность переходит границы нормы, а объект ее избран неудачно, то нарушается гармония личности, страдает сам субъект и общество. Идея, ставшая доминирующей в психике человека и нарушающая гармонию личности, называется *сверхценной*. Для того, чтобы такая идея сформировалась, человеку должны быть присущи особые свойства характера. Э. Крепелин относил к ним психический инфантилизм с эмоционально однобоким мышлением, чрезмерно развитое чувство собственного достоинства и непомерную живость воображения. Если эти качества выражены настолько, что затрудняют адаптацию человека в обществе, возникает конфликт, в результате ко-

того наиболее значимая для субъекта идея приобретает сверхценное значение.

В медицинской практике чаще всего приходится сталкиваться со сверхценными психондрическими идеями, сверхценными идеями ревности и с патологическим сутяжничеством. Сверхценные психондрические идеи, в отличие от навязчивых, характеризуются тем, что больной стремится доказать наличие у него той или иной тяжелой болезни с целью обосновать свою правоту и морально унизить тех, кто в этом сомневался. Таких больных называют «борцами за свой диагноз». Они требуют от врача повторных исследований, направленных на консультации к авторитетным специалистам, сами читают медицинскую литературу, находя в ней описание всех симптомов своей болезни. Признать неправоту своих претензий на диагноз они не в состоянии, хотя никакой практической пользы от его установления часто не предусматривают и к назначаемому лечению относятся халатно. Этим они отличаются также от больных с *одержимостью* идеей нарушения своего здоровья.

Поводом к развитию сверхценной идеи ревности могут стать случайные и несущественные обстоятельства, вызвавшие подозрение в супружеской неверности: незапертая входная дверь, разобранная постель, сняк на бедре у жены и т. п. Возникшее подозрение не угасает, обрастая все новыми «доказательствами» измены. Разрабатывается целая система слежки за женой или мужем: выпытывание всех подробностей поведения у сотрудников, соседей, поиск подозрительных пятен на белье, внезапное возвращение домой в неурочное время и т. п. Постоянные сцены ревности у мужчин сопровождаются истязанием жены, угрозами убить ее и предполагаемых любовников. Заканчиваются они бурным раскаянием и обещаниями примирения, но эти обещания вскоре нарушаются, особенно под влиянием употребления алкоголя. Агрессивные действия в отношении жены и лиц, подозреваемых в связи с ней, в этих случаях вполне возможны.

Реакции сутяжничества (*кверулянтство*) возникают обычно в связи с мелкими конфликтами в быту и на работе.

Начинается преследование «обидчиков», которым приписываются самые отвратительные свойства, пишутся бесчисленные жалобы в государственные, общественные и судебные инстанции, в которых любые действия «противников», их мелкие просчеты квалифицируются как злонамеренные и преступные, рассылаются порочащие их анонимные письма. Круг преследуемых лиц постоянно расширяется за счет людей, принимавших участие в разборе жалоб, но не проявивших, по мнению больного, должной принципиальности и беспристрастности. Попытки убедить больных в несостоятельности их сверхценных идей не дают результатов. В тяжелых случаях не исключаются террористические акты, осуществляемые больными в отношении их «врагов».

Сверхценная идея в случае неблагоприятного развития может превращаться в сверхценный бред. Бред обычно определяют как ложные суждения, овладевающие всем сознанием больного и не поддающиеся разубеждению. Но такое определение не может удовлетворить клинициста, потому что оно основывается не столько на медицинских, сколько психологических критериях. Безусловно ложными можно считать только нелепые, фантастические идеи, выдаваемые больным за действительность: он обладает всеми богатствами мира, все внутренности у него сгнили и пища проваливается в малый таз и т. п. Что же касается сверхценного бреда, то он, подобно сверхценной идее, психологически понятным образом вытекает из конфликтной ситуации и по своему содержанию связан с ней. Во всем поведении больного, не связанном с конфликтом, заметных отклонений не обнаруживается, а истинность или ложность суждений сами нуждаются в доказательствах. Что же касается невозможности разубедить больного — то же самое можно сказать о ложных убеждениях у многих здоровых людей.

Удачно определение бреда было дано автором одного из первых отечественных руководств по психиатрии С. С. Корсаковым. Он писал, что в основе бреда лежит патологическая связь между суждениями, обусловленная болезнью напряженным стремлением к сочетанию между собой таких

мыслей, которые в нормальном состоянии не должны тесно сливаться. Ценность этого определения видится в том, что оно переносит центр тяжести с «неправильности» суждений на болезненно измененный процесс мышления, приводящий к ложным выводам. Так, например, существо сверхценного бреда ревности видится не в том, что больной убежден в измене жены, не имея для этого неоспоримых доказательств. Суть бреда заключается в том, что это убеждение основывается на суждениях, которые по законам нормальной логики не могут свидетельствовать о супружеской измене: в окне противоположного дома то зажигается, то гаснет свет — это «любовники» подают жене сигнал; жена, придя с работы, выглядит усталой — значит она «бурию проводила время»; у больного после обеда в столовой была тошнота и рвота — следовательно, жена каким-то образом вступила в преступный сговор с работниками кухни, чтобы отравить его и свободно предаться разврату. Здесь любые, в том числе случайные, события связываются больным с мыслью об измене, то есть происходит слияние разнородных мыслей, между которыми не должна устанавливаться связь. Все события больным воспринимаются правильно, но истолковываются ложно. Этому способствует эмоциональная односторонность мышления и богатство воображения, заставляющие его видеть все в «выгодном» для себя свете.

Собственная роль в происходящих событиях также видится больным искаженно. Обычно он считает себя борцом за правду и справедливость, за высокие нравственные принципы, хотя в действительности поводом к развитию конфликта служат, как правило, ущемление эгоистических интересов пациента и его непомерно развитое самолюбие. Попытки разубеждения больного даже на основании неопровержимых фактов не дают желаемого результата. Более того, недоверчивое отношение к высказываниям больного немедленно вызывает у него подозрение в новых промахах «врагов». Напротив, собеседник, не желающий вступать в спор и формально выражающий больному сочувствие, тут же зачисляется последним в разряд безусловных сторонников. Несмотря на тяжелые обстоятельства, в которые конфликт ставит

больного, он бывает полон энтузиазма, без всяких на то оснований с уверенностью ждет, что «правда восторжествует». В случае наступившего разочарования он не готов смириться с поражением и от легальных способов борьбы может перейти к агрессивным действиям.

* * *

Высказанная в начале данного раздела мысль о том, что при функциональных психогенных заболеваниях нарушения адаптации затрагивают лишь высшие слои психической деятельности, справедлива в качестве общего положения. Нужно, однако, иметь в виду, что очень большие эмоциональные потрясения могут стать причиной более глубоких расстройств высших нервных процессов, в основе которых лежат нарушения в сфере биологических (витальных) чувств. В этих случаях может наступить полный распад (диссоциация) функций сознания, и возникает картина психоза.

8. Диссоциативные расстройства

Диссоциативные расстройства при функциональных психогенных заболеваниях проявляются грубыми нарушениями во всех сферах психической деятельности. Возникает ступор — внезапное застывание, двигательное торможение с утратой речи и произвольных движений или, напротив, бурное хаотическое возбуждение с бегством в неопределенном направлении. Сознание больных при этом нарушено, все окружающее воспринимается ими неясно, фрагментарно, смысл происходящих вокруг событий не улавливается. Вступить в контакт с больными в этом состоянии невозможно, они не понимают обращенных к ним вопросов и не реагируют на них, не узнают знакомых людей, хотя мимика, дрожание век, слезы на глазах выдают владеющие ими эмоции страха, тоски, отчаяния. Иногда по отдельным фрагментам поведения и отрывочным высказываниям можно догадаться, что больные представляют себя в иной ситуации, наполненной содержанием, в котором находят отражение обстоятельства психической травмы. Эти переживания принимают характер галлюцинаторных сцен с собственным участи-

ем в них: видится обстановка боя в момент смертельной опасности, любовная сцена с мужем, в действительности покинувшим больную, и т. п. Диссоциативные реакции длятся недолго, и в пределах одного дня или нескольких дней наступает улучшение состояния. Характерна бывает а м и е з и я — выпадение из памяти всех событий и переживаний в периоде нарушенного сознания.

9. Посттравматическое стрессовое расстройство

Посттравматическое расстройство — это непсихотическая затяжная реакция на тяжелый стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека, такой как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилование и др. Типичные его признаки состоят в повторном переживании травмы и виде навязчивых воспоминаний, в сновидениях и кошмарах, на фоне «оцепенелости» чувств, эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, безразличия ко всему. Характерна а н г е д о н и я — неспособность испытывать удовольствие. Больные обычно боятся и избегают всего, что может напомнить им о пережитой травме. По временам могут возникать вспышки страха, провоцируемые событиями, даже отдаленно напоминающими о стрессе. Наблюдается повышенная вегетативная возбудимость, тревога, бессонница; бывают суицидальные мысли.

В заключение данного раздела упомянем общие свойства функциональных психогенных расстройств. Они были изучены К. Ясперсом и известны под названием триады, носящей имя автора. Она включает в себя:

- 1) возникновение психических расстройств в связи с психической травмой;
- 2) психические расстройства длятся, пока продолжается действие психической травмы и она остается актуальной для больного;
- 3) содержание болезненных переживаний отражает характер и содержание психической травмы (критерий психологически понятных связей).

§ 2. Синдромы эндогенных психических заболеваний

В предыдущем разделе, посвященном функциональным психогенным расстройствам психической деятельности, отмечалась роль личности в их происхождении. *Личность* — это сложное понятие, характеризующее индивидуальные свойства субъекта, развивающиеся из его врожденных задатков во взаимодействии с жизненной средой. Уникальные особенности личности начинают формироваться с первых дней жизни в процессе *социализации* — усвоения требований, предъявляемых человеку данным обществом. Взаимодействуя с обществом, человек усваивает его деиности, образцы поведения, его культуру, свои социальные роли.

Уникальности и неповторности индивидуальных качеств личности противостоят общность и относительный консерватизм биологических свойств человека, на базе которых происходит развитие личности. Врожденные биологические свойства высшей нервной деятельности образуют его *темперамент*, а сплав врожденных и приобретенных качеств — его *характер*. Этим термином обозначается совокупность стержневых психических свойств, накладывающих отпечаток на все действия человека в разных жизненных ситуациях. Зная характер субъекта, мы можем предвидеть, как он будет поступать в определенных ситуациях и чего от него следует ожидать.

Так же, как и личность, характер формируется в основном под влиянием воспитания и условий социальной среды. Но биологические факторы, как наследственные, так и действующие в период созревания, придают ему отчетливые типовые свойства. Известна, например, связь особенностей характера с полом, возрастом, состоянием эндокринной системы. Единство физиологических механизмов высшей нервной деятельности в норме и в патологии обуславливает также сходство некоторых особенностей характера у психически здоровых и у страдающих психическими заболеваниями. Это дало повод обозначать некоторые варианты характера

здоровых терминами, почерпнутыми из психопатологии: шизоидный, циклоидный, эпилептоидный и др.

Врожденные, наследственно обусловленные отклонения в развитии головного мозга человека могут наложить отпечаток на психику, придавая ей черты дисгармонии. Это не означает, что уменьшилось значение социальной среды в ее формировании. Но в силу аномального развития функциональных систем головного мозга адаптация человека к условиям социальной среды идет иными путями, используя иные физиологические механизмы. Такое аномальное развитие определяет и повышенную предрасположенность к психическим заболеваниям. Предрасположенность может быть настолько значительной, что иногда болезнь начинается как бы сама по себе, под влиянием обычных нагрузок на центральную нервную систему. Психические заболевания, при которых внешняя непосредственная причина отсутствует или она служит лишь пусковым толчком, выявляющим существующее предрасположение, называют **эндогенными**.

Признаки аномального психического развития прослеживаются обычно задолго до возникновения (манифестации) эндогенного психоза. Представитель биологического направления в психиатрии немецкий ученый Эрих Кречмер (1888—1964) установил, что чаще всего они проявляются шизоидными и циклоидными чертами характера. Выявить их до начала психического заболевания бывает нелегко, так как они не приводят обычно к социальной дезадаптации субъекта. При поверхностном опросе самих больных и их родственников даются характеристики: «Был спокойным, послушным... Был как все». И лишь при углубленном, внимательном исследовании за внешней обычностью выявляются своеобразные и необычные черты характера.

Шизоидия несет в своей основе недостаточное развитие эмоционального компонента сознания и самосознания, берущего свое начало в опыте раннего детства. *Эмпатия*, то есть умение сочувствовать, сопереживать, настраиваться на эмоциональную волну другого человека, вероятно, является врожденным свойством. Реакция оживления у младенца на

появление матери, его ответные улыбки, эмоциональные жесты уже являются проявлением эмпатического сопереживания. У детей с развивающимся шизоидным характером эти реакции бывают менее выраженными. В детском саду они выглядят очень спокойными, малообщительными и по-взрослому рассудительными. Это — тип «идеального ребенка», не обременяющего взрослых шалостями, с развитым чувством долга, демонстрирующего ускоренное, хотя и одностороннее, развитие умственных способностей. Они неохотно слушают разговоры других детей о том, что их занимает, и стараются перевести речь на себя. Представления о человеческих отношениях складываются у шизоидных субъектов на основе не столько живого общения, сколько готовых понятий, почерпнутых из «взрослых» разговоров, а потом из учебного материала, из книг. Не испытывая интереса к переживаниям других людей, шизоиды вместе с тем восприимчивы по отношению к абстрактному, символическому отражению внутреннего мира человека в произведениях литературы, искусства. Они воспринимаются шизоидом с эмоциональной чувствительностью, доходящей до чрезмерной сентиментальности. Поэтому знание о людях и об окружающем мире у них бывает обширным, но всегда приблизительным и неточным, богатство знаний сочетается с бедностью практического опыта, наивным романтизмом, неумением убеждать людей словами и быть ими до конца понятыми. А поскольку сознание своего Я черпается из знания о духовном мире других людей, то и собственный внутренний мир осознается ими приблизительно и схематично. Отставание в развитии эмоционального компонента самосознания как основы саморегуляции ведет к неточной адаптации и к поступкам, мотивы которых не находят достаточного понимания у окружающих, оцениваются ими как странные, чужаковатые, беспочвенно романтические. Сюда же относится некоторая необычность и неадекватность мимики и пантомимики, что придает поведению шизоида черты манерности.

В условиях дефицита эмоционального общения внутренний мир шизоидного субъекта заполняется фантазиями, которые бывают для него не менее значимы, чем реальная действи-

тельность. Сочетание их с социальной изоляцией, замкнутостью образует важное свойство шизоидии — аутизм. Вместе с недостаточно высоким уровнем самосознания и саморегуляции аутизм обуславливает неточность адаптивного поведения. Так, молодой человек, отличающийся скромностью и сдержанным поведением, хочет казаться легкомысленным и развязным, находит в себе несвойственные ему качества характера. Но попытки вести себя в соответствии с созданным им неадекватным образом Я выглядят смешно и неубедительно, ставят его в неловкое положение в обществе. Девушка, выйдя замуж, не может приспособиться к отношениям в новой семье, не соответствующим ее нереалистическим, артистическим представлениям о семейной жизни; ее бунт кажется окружающим непонятным и бессмысленным.

Природный дефицит эмпатического восприятия действительности и аутизм могут быть замаскированы правильным воспитанием, навыками повседневного общения, рассудочным контролем за своими мыслями и поступками настолько, что адаптация шизоидного субъекта оказывается вполне удовлетворительной, и распознавание шизоидии наталкивается на большие трудности. Только лишь тонкий наблюдатель из непосредственного окружения шизоида замечает необычные особенности его характера, раскрыть которые врачу полностью может лишь сам шизоидный субъект, если удастся расположить его к себе и завоевать его доверие.

Другой тип конституционально обусловленных свойств характера был обозначен Кречмером как циклоидия. К представителям этого типа принято относить людей активных, общительных, открытых во внешний мир (экстравертированных), постоянно ищущих новых впечатлений и знакомств, то есть антиподов шизоидного субъекта. Но им свойственны также неустойчивость настроения и жизненного тона. То они полны планов и желаний, включают во множество разнообразных дел, любят проводить время в веселых компаниях, где заряжают окружающих своим оптимизмом и задором; то по незначительному поводу, а то и

вообще без видимой причины у них наступает спад активности, преобладает пессимизм в оценках людей и событий, занятия, ранее вызывавшие интерес, перестают казаться привлекательными. Периоды спадов и подъемов могут быть кратковременными, по нескольку дней, или более продолжительными — до нескольких недель или месяцев. Но сами субъекты и близкие им люди не видят в этих колебаниях жизненного тонуса ничего патологического и не обращаются за помощью к врачу. В анамнезе больных, заболевших эндогенным психическим заболеванием, их выявить нелегко, поскольку они не нарушали социальной адаптации пациента. Подтверждение существования циклических колебаний настроения можно получить, если поставить вопрос в такой форме: «Бывают люди очень устойчивые и ровные, а бывают такие, у которых вся жизнь — периоды спадов и подъемов. К каким вы себя относите?» Иногда удается установить, что колебания жизненного тонуса бывают приурочены к тем или иным временам года — чаще всего к весне и к осени. Обращает на себя внимание и то, что пациенты периоды необычного подъема всегда оценивают как «норму», тогда как периоды спадов склонны оценивать как менее благоприятные этапы своей жизни.

Циклоидия изучалась психиатрами и психологами преимущественно в аспекте меняющегося настроения и активности относящихся к ней лиц. Меньше внимания обращалось на особенности внутреннего духовного мира, которые у циклоидов бывают далеко не одинаковы. Существует группа людей, у которых описанные выше циклоидные особенности характера сочетаются с элементами шизоидии. Это проявляется в поверхностности эмоциональных контактов с другими людьми, в которых циклоид видит главным образом партнеров в общении, тогда как действительного интереса к их духовному миру не имеет, и эмпатическое проникновение во внутренне переживания других, сочувствие и сопереживание не становится для него естественной потребностью. Отмечается и склонность к аутистическому фантазированию. Окружающим такие люди кажутся живыми и общительными, энергичными, но в действительности они

не такие, какими представляются со стороны; при своей подвижности и постоянном стремлении к новым знакомствам и впечатлениям они в большей степени являются интровертированными — обращенными в свой внутренний мир.

В целом шизоидия и циклоидия образуют единую форму конституционального склада личности, которая служит почвой, на которой разворачивается эндогенное психическое заболевание. Противопоставление их допустимо лишь до определенного предела. Черты того и другого состояния бывают смешанными: у циклоидных субъектов в некоторых случаях обнаруживаются черты аутизма, тогда как лицам с шизоидным складом характера бывают свойственны циклические колебания настроения и жизненного тона.

Отграничение эндогенного склада личности от манифестирующего эндогенного психоза не всегда бывает отчетливым. На границе патологического состояния (*pathos*) и развивающегося процесса (*posos*) находится так называемое шизо-типическое расстройство. Больные с подобным состоянием бывают эмоционально холодными и отрешенными. Им свойственны чужаковатость, эксцентричность и странности в поведении, социальная отгороженность. Но наряду с этими симптомами выраженной шизоидии обнаруживаются отдельные проявления болезненного процесса, такие как подозрительность и склонность к бредовому толкованию окружающей действительности, навязчивости без внутреннего сопротивления и борьбы с ними и другие симптомы болезни, не получающие, однако, дальнейшего развития. Чаще это расстройство встречается у лиц, генетически связанных с больными шизофренией. В части случаев оно выливается в четкую шизофрению. Последнее становится ясным тогда, когда на фоне шизоидии возникают отчетливые аффективные нарушения — депрессия или состояние маниакального возбуждения. Они знаменуют собой манифестацию хронически текущего процессуального психического заболевания. Этот процесс представляет собой последовательную смену психопатологических синдромов с тенденцией к их усложнению за счет включения новых элемен-

тов-симптомов. Специфический характер им придают негативные симптомы — шизоидные и циклондные особенности личности заболевшего.

Характерные для шизоидии необычность, причудливость мыслей и поступков накладывают отпечаток на *психопатологические синдромы пограничного уровня*, чаще всего встречающиеся на начальных этапах развития эндогенного психического заболевания. Астения при нем отличается двойственным (*амбивалентным*) отношением к ней больного: жалуясь на «тупость в голове», раздражительность, снижение умственной работоспособности, он в то же время объясняет это свойствами своего характера, неправильным воспитанием, давящим родителями («Воспитали расслабленным, не закалили волю»). Больные тягостятся возникающими у них навязчивыми мыслями, но не делают попыток избавиться от них и без борьбы «подчиняются» навязчивости. Так, больная, страдающая от навязчивых опасений утратить сообразительность, если она увидит остатки пищи в зубах разговаривающего с ней человека, вызывает эти мысли «домыслами», но в то же время упорно избегает смотреть в лицо собеседника. Странным и психологически непонятным является отношение больных к сенестопатическим ощущениям. Чувствуя, будто бы в голове «мозги переворачиваются», «в теменной области возникает возбуждение», средство от этого больной видит в том, чтобы жить в одиночестве, работать на свежем воздухе. Некоторые больные с гипохондрической одержимостью создают свою собственную «теорию рака», для борьбы с ним придерживаются необыкновенной диеты, при ходьбе стараются согласовать движения конечностей с дыханием и т. п. Таким образом, особенностью эндогенных психических расстройств пограничного уровня является особое отношение к своим болезненным переживаниям, далекое от реального, у пациентов формируется искаженный образ Я на основе аутизма, фантастической оценки своего духовного мира.

Дисгармония характера при эндогенных психозах обычно проявляется бессмысленной оппозицией любым попыткам

установить с больным нормальные отношения, основанные на взаимопонимании и общих интересах. Взамен этого появляются новые, особые интересы, не отвечающие духу времени и реальным жизненным обстоятельствам. Например, больной по окончании техникума отказывается работать по специальности, но целыми днями занимается игрой на гитаре, намереваясь посвятить себя искусству, хотя не обладает даже средними музыкальными способностями. Он экстравагантно одевается, даже ночью в постели не снимает темные очки и кепку, но в то же время не делает никаких попыток сблизиться с такой компанией молодежи, где бы его необычный вид и поведение могли найти хоть какое-то понимание. Особенно характерно для больных оппозиционное и злобное отношение к близким людям.

Психопатологическое обследование больных с пограничными расстройствами эндогенной природы требует терпения и навыка. Подметив в самом начале беседы замкнутость больного, формальный и уклончивый характер его ответов, нужно попытаться смягчить оппозиционность и чувство неприязни с его стороны. Для этого нужно избегать в начале беседы упоминать о нарушениях поведения пациента, послуживших поводом к направлению его в психиатрическую больницу. Особенно важно избегать вопросов, в которых содержится хотя бы косвенное осуждение больного. Нельзя, например, строгим тоном спрашивать, почему больной не желает работать, как он мог позволить себе издеваться над матерью. Все нелогичности в высказываниях пациента следует для себя отметить, но не нужно ставить его в тупик, доказывая ему, что он непоследователен и нелогичен. Относительно поведения в семье можно спросить больного, не бывает ли он «раздражителем». При уточнении, в чем заключается эта раздражительность, вполне может оказаться, что больной испытывает ненависть к родителям, которые, по его убеждению, «высасывают из него все соки». При выяснении особенностей поведения больного в быту, на работе в любом случае нужно вначале постараться понять логику и мотивы его поступков, и только тогда, когда становится ясным, что они выходят за пределы психологического понимания, можно

сделать вывод об их странности, экстравагантности и причудливости. Все же раскрыть полностью дисгармонию характера и поведения пациента в беседе с ним большей частью невозможно, и врачу приходится воспользоваться сведениями, полученными у родственников и знакомых больного.

Часто уже в начале беседы больной выражает протест против консультации психиатром или помещения его в психиатрическую больницу, заявляя, что никакого психического заболевания у него нет. На это нужно ответить, что психиатры занимаются лечением разных больных, а не только «сумасшедших» (это слово произносится с иронией) и что никто таковым больного не считает. Нужно подчеркнуть, что и сам пациент не чувствует себя вполне здоровым, жалуется на головную боль, бессоницу, раздражительность. Такой акцент на обсуждение «обычных» болезненных симптомов положительно встречается больным и может послужить отправной точкой для установления с ним полного контакта. При выяснении других, «необычных» симптомов болезни полезно пользоваться словом *иногда*. Так, задав вопрос: «Слышатся ли вам посторонние голоса?» и заметив тут же настороженную реакцию больного, врач добавляет: «Я имею в виду не постоянно, а *иногда!*» Это помогает преодолеть сопротивление пациента и получить полезные сведения о его состоянии.

Максимально раскрыть содержание психопатологических переживаний больного и объективно оценить их — важно не только для полноты обследования и установления обоснованного диагноза. Нельзя забывать о том, что больные с эндогенными психозами нередко опасны для самих себя и для окружающих. Наибольшую потенциальную опасность представляют больные, содержание патологических переживаний у которых остается нераскрытым. Никакие уходящие в прошлое меры стеснения больных и никакая бдительность персонала психиатрического учреждения не обеспечат полностью безопасности самого больного и окружающих его лиц, включая медицинских работников. Единственный надежный щит психиатра — его психиатрическая компетентность.

Среди *психотических расстройств*, чаще всего встречающихся при эндогенных психических заболеваниях, наблюдаются следующие.

1. Аффективные расстройства, или расстройства настроения

Аффективные расстройства включают депрессивный и маниакальный синдромы. При эндогенных психозах они имеют универсальное значение, встречаются в качестве самостоятельной формы заболевания и в сочетании со многими другими расстройствами психической деятельности. Аффективные расстройства связаны с глубокими биологическими изменениями в соматической сфере, что позволяет говорить о *витальных* изменениях психической деятельности. При них с наибольшим постоянством рентгеноанатомические исследования обнаруживают изменения в базальных, подкорковых структурах головного мозга, связанных с вегетативными функциями и инстинктивной деятельностью. Наблюдаются разнообразные эндокринные, обменные нарушения, расстройства сна, изменения биологических ритмов в организме. В отличие от колебаний настроения функционального, психогенного происхождения, патологические витальные чувства по-особому переживаются больными и занимают особое место в их самосознании. Под их влиянием рушится способность человека адекватно отражать в своем сознании реальное Я, относиться к себе все исходящее от него дела и поступки, видеть себя глазами «другого». Все это позволяет считать, что эндогенные аффективные расстройства происходят из глубоких слоев личности, уходящих корнями в биологические процессы в организме.

Депрессивный синдром в своей основе имеет чувство тоски. Об этом свидетельствует весь облик больного; напряженное и тоскливое выражение лица, поникшая поза, мрачное и пессимистическое направление мыслей, чувство безысходности, попытки совершения самоубийства. Но аналогично с тоскливым состоянием психически здорового человека, оказавшегося в тяжелой, травмирующей ситуации,

лишь относительны. Каждый взрослый человек в течение своей жизни так или иначе испытал чувство тоски и знает, в чем оно состоит. В отличие от этого больные с тяжелой эндогенной депрессией редко обозначают свои переживания словом «тоска», а чаще жалуются на апатию, бессилие, отсутствие всяких желаний и настроения. Особенно тяжело переживается отсутствие стремления к какой-либо деятельности, безволие. Обостренное чувство долга и ответственности заставляет больных постоянно переживать и отстаивать идею своей вины и неполноценности. Эта идея, прямо вытекающая из самого характера депрессивного аффекта, может приводить к грубому искажению реальных отношений больного в обществе и возникновению психотических симптомов, чаще всего бредовых. Больные при этом упорно считают себя здоровыми людьми, но виновными перед семьей, перед сотрудниками на работе, перед всем обществом: «Меня не лечить нужно, а отправить в милицию... Всю семью замучила...» Некоторые больные отказываются от приема пищи, считая себя недостойными есть «незаработанный хлеб». В этих высказываниях отсутствуют характерные для психогенных заболеваний защитные механизмы, бессознательное желание вызвать сочувствие окружающих, заставить их разубеждать больного, уверять его в беспочвенности его мыслей о своей виновности. Напротив, характерны навязчивые воспоминания о самых неприятных и постыдных случаях из своей жизни. Велика опасность суицидальных попыток.

На высоте депрессивного аффекта идеи, соответствующие снижению настроения и прямо вытекающие из него (*конгруентные*) могут сменяться идеями нелепыми, фантастическими: больные утверждают, что внутренности у них сгнили, склеились, они уже мертвы и двигаются лишь потому, что через них пропускают электрический ток, мир рухнет, время остановилось. Такой бред, по имени описавшего его французского психиатра, получил название *брёда Котара*. Нередко при нем возникает искаженное, иллюзорное восприятие людей и событий, бред генерализуется — распространяется на широкий круг людей: больной убежден, что

жена и дети заразились от него тяжелой болезнью, они выглядят бледными, умирающими, разлагаются заживо. Такое состояние в социальном отношении наиболее опасно, так как больные при нем способны совершить расширенное самоубийство — убийство всех членов семьи и себя самого. Генерализация бреда может также повести к появлению новых форм, не коррелирующих с депрессивным аффектом (*неконгруентных*): бреда преследования «врагами», желающими уничтожить больного, обвиняющими его в совершении тяжких преступлений; возникают слуховые, обонятельные галлюцинации неприятного, угрожающего содержания.

Происшедшее за последние десятилетия видоизменение (патоморфоз) психических заболеваний сделал описанные тяжелые формы депрессии сравнительно редкими. Напротив, депрессивные расстройства умеренной и легкой степени выраженности (*субдепрессия*) стали одним из наиболее частых проявлений психической патологии. Аффект глубокой тоски, двигательная заторможенность при них отсутствуют, внешне поведение больных может оставаться довольно упорядоченным, хотя и лишенным энергии, активности. В самоотчете больных преобладают ангедония (неспособность радоваться), отсутствие всякого настроения, тревога, неуверенность в себе. Больные отмечают, что утром трудно заставить себя встать с постели, одеться, умыться, выполнение привычных обязанностей дома и на работе требует больших усилий, нет желаний, нет уверенности в успехе любого дела. Переживаемое состояние становится особенно тягостным, когда наряду с указанными жалобами появляется чувство собственной измененности, болезненное бесчувствие: мир воспринимается тускло, безжизненно, ирреально, нет чувства радости от весеннего солнечного дня, от встречи с близкими людьми. Может утрачиваться даже ощущение голода, насыщения при еде, физической боли, при пробуждении нет ощущения перехода от сна к бодрствованию — отсюда необоснованные жалобы на «полную бессоницу». Такое тягостное переживание измененности окружающего мира и своего Я обозначается терминами: *дереализация* и *деперсонализация*. Обычная при субдепрессии тревога

нередко сопровождается ипохондрией, навязчивыми мыслями и фобиями.

Эндогенную субдепрессию трудно дифференцировать с невротической депрессией. В обоих случаях больные бывают вялыми, ипохондричными, тревожными, испытывают чувство неуверенности в себе, жалуются на нарушение сна и аппетита. Все же некоторые характерные особенности позволяют разграничить эти состояния:

- а) Эндогенная депрессия начинается вне непосредственной связи с психической травмой, а если последняя имела место, она не находит четкого отражения в переживаниях больного; разрешение психического конфликта не приводит к сглаживанию и исчезновению психических нарушений
- б) Эндогенная депрессия чаще всего протекает в форме повторных приступов длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. Наличие в анамнезе у больного беспричинных колебаний настроения и жизненного тона свидетельствует в пользу эндогенной природы заболевания. Таким же важным признаком служит установление сходных заболеваний и случаев самоубийств среди кровных родственников больного.
- в) Для эндогенной депрессии характерны закономерные колебания настроения в течение суток: больные отмечают раннее и тягостное пробуждение и подавленное настроение в первой половине дня; к вечеру наступает улучшение психического состояния. В отдельных случаях наблюдается «извращенный» суточный ритм с усилением депрессивного аффекта в вечернее время.

Маниакальный синдром. Термин «мания» имеет долгую историю и в прошлом служил для обозначения разнообразных психических нарушений. До настоящего времени в разговорном языке пользуются выражениями: «сексуальный маньяк», «мания величия». С середины прошлого столетия термин «мания» приобрел другой смысл и в прежних значениях в психиатрии более не употребляется. Под названием мании или маниакального синдрома описывают-

ся состояния интеллектуального, эмоционального и психомоторного возбуждения, протекающие преимущественно в виде повторяющихся приступов (фаз). Маннакальные состояния, так же как и депрессии, подразделяются на тяжелые и легкие. В настоящее время в связи с патоморфозом психических заболеваний встречаются преимущественно маннакальные состояния, умеренно выраженные и легкие (г и п о м а н и я).

Маниакальные больные с умеренным психомоторным возбуждением на первый взгляд могут произвести на постороннего наблюдателя впечатление людей психически здоровых, но необыкновенно веселых, нестоичимо жизнерадостных и общительных. Но это лишь внешнее впечатление. На самом деле такое состояние оказывается им несвойственно в периоды здоровья. Оно явно не соответствует ситуации и приводит больных к грубой социальной дезадаптации, делающей в большинстве случаев необходимым помещение их в психиатрический стационар.

В отделении психиатрической больницы больные с маниакальным синдромом очень охотно вступают в контакт с окружающими и активно вмешиваются в разговоры, которые их никак не касаются. Попутно они делают замечания, не лишённые остроумия, но, как правило, неуместные в адрес всех, кто в данный момент привлекает их внимание. Образуя в отделении компанию из наиболее активных больных, они организуют танцы, сами декламируют, поют и танцуют, энергично вовлекая в участие всех больных без разбора. Женщины устраивают нечто вроде кабинета красоты; при этом их «жертвами» невольно становятся и больные пожилые, депрессивные, которым маниакальная больная сооружает пышные прически, делает яркий маникюр. Сами больные с маниакальным синдромом, особенно женщины, склонны одеваться ярко и вызывающе, неумеренно пользуются косметикой, откровенно кокетничают, без тени смущения ведут разговоры на интимные темы. Затем их в отделении нестойкими, не всегда уместными, но никогда не лишёнными смысла. Они выпускают стенную газету, где в остроумной и часто

стихотворной форме описывают все, что им представляется забавным в жизни отделения, в поведении больных и медицинских работников. Сами себя они тоже делают объектом шуток: «Доктор, миленький, сделайте так, чтобы я много не говорила, а то у меня челюсть отваливается!». Такая неумная активность, несмотря на внешнюю осмысленность, будоражит других больных и может дезорганизовать всю работу в отделении. Иногда она приводит к ссорам, но маниакальные больные недолго помнят обиды и тут же вновь приходят в состояние веселого оживления, с юмором рассказывая всем о происшедшем конфликте. Их оптимизм не знает предела. Не смущает их сам факт пребывания в психиатрической больнице, будущее представляется лишь в розовом свете, сложные проблемы в жизни кажутся заслуживающими юмористического отношения. Веселость маниакальных больных вызывает желание у окружающих вступить с ними в шутовую полемику, но длительное общение с ними чрезвычайно утомительно. Сами больные, особенно при повторных приступах мании, способны подмечать черты ненормальности в своем поведении, но в целом считают себя здоровыми и не в состоянии бывают предпринять усилия для того, чтобы ограничить свою повышенную активность.

Гипоманиакальное состояние характеризуется теми же чертами, что и выраженная мания, но все симптомы при нем сглажены, отсутствуют грубые нарушения поведения, ведущие к полной социальной дезадаптации и делающие необходимым помещение в психиатрическую больницу. Больные бывают подвижны, энергичны, склонны к шуткам, чрезмерно разговорчивы. Повышение настроения у них не достигает степени бросающейся в глаза неукротимой веселости, а проявляется жизнерадостностью и оптимистической верой в успех любого начатого дела. Никакие препятствия на пути к достижению желаемого не кажутся непреодолимыми. Возникает множество планов и идей, иногда полезных и разумных, иногда чрезмерно рискованных и легкомысленных. Но даже в случаях, когда успех затеянного кажется маловероятным или недостижимым, часто больным удается добиться реализации своих планов к всеобщему

му удивлению. Этому способствует их высокая активность, «пробойность», а также исключительная бесцеремонность в обращении с людьми, от которых зависит успех дела, и несокрушимая вера в свою удачливость. Но одновременно часто большие препятствия достижению успеха возникают у больных в связи с легкомысленностью и некритичным отношением к своим поступкам. Они заводят сомнительные знакомства, становятся чрезвычайно эротичными, начинают злоупотреблять алкоголем, легко становятся на путь нарушения закона. Возражений больные не терпят, любые попытки ограничить свободу их действий вызывают реакции протеста и раздражения, которые могут вылиться в акты насилия.

Распознать гипоманиакальное состояние бывает очень трудно, особенно при первом приступе психического заболевания. Нередко врач ошибочно приходит к выводу, что возникающие у субъекта в связи с гипоманиакальным состоянием конфликты и правонарушения являются следствием антисоциальных установок или психопатического развития личности. Диагноз облегчается, когда однотипные гипоманиакальные приступы возникают повторно с определенной частотой, иногда в одно и то же время года, тогда как в периоды, свободные от психических нарушений, поведение больного резко отличается от наблюдающегося во время аффективного приступа. В других случаях диагноз проясняется, когда вслед за гипоманией развивается типичный депрессивный приступ.

Представления о том, что маниакальный синдром представляет собой полную противоположность депрессии, ее зеркальное отображение, справедливо лишь в отношении внешних проявлений того и другого психопатологического состояния. Различаясь по характеру аффекта, эти два синдрома во многом близки как в клиническом, так и в патогенетическом отношении. Известно, что электроэнцефалографические исследования показывают при том и другом синдромах повышение функционального состояния больших полушарий головного мозга и уровня бодрствования, о чем свиде-

тельствуют десинхронизация и учащение ритмов биоэлектрических колебаний. Об этом свидетельствует наблюдающаяся в клинике тенденция к укорочению ночного сна, причем ни депрессивные, ни маниакальные больные не испытывают сонливости в течение дня. При том и другом синдроме характерным бывает *ментизм* — наплыв мыслей, бесконечным потоком лезущих в голову; но если при депрессии это однообразно повторяющиеся навязчивые мрачные мысли и идеи виновности, собственной малоценности, то при мании — поток разнообразных и непрерывно меняющихся мыслей, не успевающих следовать за событиями и постоянно перескакивающих с одного предмета на другой в связи с высокой отвлекаемостью внимания.

Наиболее убедительным доказательством патогенетической близости депрессивного и маниакального синдромов является существование смешанных аффективных состояний. Под ними подразумеваются аффективные расстройства, включающие в себя одновременно симптомы мании и депрессии. Такие больные внешне выглядят оживленными, речь их ускорена, ответы на вопросы даются мгновенно, без раздумья, мысль легко перескакивает с одного предмета на другой, благодаря чему мышление кажется непоследовательным, нелогичным. Но повышение настроения при этом отсутствует. Напротив, сами больные часто отмечают дурное самочувствие, недовольство, раздражительность. Внешне они выглядят угрюмыми, недоброжелательными, гневливыми. Пониженное настроение нередко сопровождается тревогой, подозрительностью, легко возникают бредовые идеи преследования.

Трудности диагностики эндогенных аффективных расстройств, особенно выраженных в легкой степени и сочетающихся со многими другими психопатологическими симптомами, побуждают к поиску дополнительных лабораторных показателей диагноза. В психиатрической практике используется *дексаметазоновый тест*. Испытуемому в полночь дается внутрь дексаметазон (синтетический кортикостероид). В норме он вызывает торможение секреции АКТГ,

что в свою очередь ведет к уменьшению образования глюкокортикоидов надпочечниками и экскреции их метаболитов с мочой в среднем на 50 %. У больных с эндогенными аффективными расстройствами в связи с изменением функции эндокринной системы наблюдается снижение изучаемого показателя не более чем на 30 % или имеет место полная резистентность к введению дексаметазона. Эта реакция не является специфической, поскольку дексаметазоновый тест может оказаться положительным также при болезни Иценко—Кушинга, при хроническом алкоголизме, при беременности, при лихорадочных состояниях и некоторых других видах заболеваний. Наибольшая чувствительность теста характерна для неглубокой депрессии и тревожно-депрессивных состояниях, но положительные данные получают также при других вариантах депрессивного синдрома и при маниакальных состояниях (Ю. Л. Нуллер, И. Н. Михаленко).

Аффективные расстройства при эндогенных заболеваниях в зависимости от степени выраженности нарушают у больных способность адекватно отражать в своем сознании собственное Я. Вследствие этого аномальные свойства характера и содержание внутренних субъективных переживаний личности перестают контролироваться самосознанием больного. На поверхности сознания оказываются непонятные для окружающих причудливые переживания, составляющие содержание его личности. Это знаменует углубление расстройств психической деятельности и появление новых симптомов, к которым в первую очередь относятся бредовые расстройства.

2. Бредовые расстройства

Определение понятия бреда уже было дано в предыдущем разделе, посвященном психопатологическим синдромам при функциональных психогенных заболеваниях. При эндогенных психозах понятие бреда сохраняет ту же основу, но имеет и некоторые отличительные особенности. Если при сверхценном бреде речь шла об искаженном и эмоционально одностороннем толковании существующих событий, то при эн-

догениом психозе в содержании бреда находят отражение также и оторванные от реальности аутистические фантазии больных. Окружающие события не только ложно истолковываются, но и искаженно воспринимаются. Поэтому бредовые идеи больных утрачивают психологическую понятность, свойственную психогенным психическим заболеваниям. Иными словами, психически здоровому и непредвзятому наблюдателю трудно представить себе, чтобы подобные идеи возникли у него в той ситуации, в которой находится больной.

При сравнительно небольшой глубине расстройств психической деятельности, захватывающих лишь ограниченный участок психики, и при слабо выраженных аффективных нарушениях бредовые идеи у больного сохраняют связность, последовательность и складываются в определенную систему, где одно ложное убеждение вытекает из другого. Такое бредовое расстройство обозначают как *параноийный синдром*. Примером может служить больной шизофренией, у которого в начале приступа заболевания появилась тревога, снизилось настроение. Идя по улице, он случайно задел прохожего. Тот обернулся и, как показалось больному, с ненавистью посмотрел на него. Внезапно этот мало-значительный факт связался в его сознании с представлением о грозящей опасности. Подойдя к своему дому, больной увидел группу мужчин, о чем-то разговаривающих. Ему сразу стало ясно, что человек, которого он нечаянно толкнул, застал против него зло, и теперь его сообщники ведут за ним слежку. Заметка в газете о задержании милицией группы опасных преступников привела больного к убеждению, что он стал объектом преследования «банды». Он перестал выходить из дома, постоянно испытывал страх, ложась спать, клал рядом с собой топор. В отделении психиатрической больницы, куда он был помещен на лечение, больной продолжал оставаться тревожным и подозрительным, в поведении других пациентов и в их словах усматривал затаенную угрозу — значит, «преступники» сумели проникнуть в больницу и продолжают преследование.

Из этого примера видно, что у больного имеется целая система логически связанных между собой ложных суждений. Но окружающие события не только ложно им истолковываются, но и искаженно воспринимаются. Тревожная и мрачная оценка окружающего, по-видимому, отражает характер эмоциональных изменений, возникших еще до развития бреда, но свести его к патологии эмоциональной сферы нельзя. Э. Крепелин заметил, что колебания в эмоциональной сфере дают лишь толчок к образованию бредовых идей, они превращают дремлющие надежды и опасения в образы воображения. Только вследствие потери критических способностей эти представления становятся бредом и приобретают такую силу, против которой бессильна явная очевидность.

Паракоидный синдром свидетельствует о большей глубине психического расстройства. Психические нарушения при нем генерализуются, захватывают все сферы душевной деятельности, более выраженными становятся аффективные расстройства и изменения поведения. Бредовые идеи утрачивают последовательность и связность, распадается бредовая система, бред возникает подобно озарению и не требует логического подтверждения фактами действительности. Больные чувствуют себя в центре необычных, чаще всего устрашающих событий, полных скрытого смысла, окружающая обстановка воспринимается иллюзорно. Изображенная на картине тропишка в лесу означает дорогу на кладбище — значит, суждена смерть (*бред особого значения*). Больному кажется, что незнакомые люди на улице обращают на него внимание, переглядываются, жестами намекают, что он преступник, оианист (*бред отношения*). Больные в палате делают угрожающие знаки, сговариваются его убить (*бред преследования*). Психиатрическая больница, куда поместили больного, одновременно воспринимается как лечебное учреждение и как лаборатория, где над людьми производят эксперименты, готовят в космос; лечащий врач — это и врач и следователь. В окружающих больной узнает своих знакомых, родственников; напротив, отца и мать, пришедших на свидание, принимает за чужих людей, преступников, загриреваных по его родителей (*бред положительного и от-*

рицательного двойника). Все они, подобно артистам, разыгрывают какие-то роли; по радио и телевидению передают сцены из его жизни (*бред инсценировки*).

Нарушение процессов чувственного познания мира при параноидном синдроме, наряду с иллюзорно-бредовой дереализацией, проявляется также иллюзиями и галлюцинациями. **И л л ю з и и** — это искаженное чувственное восприятие реально существующих предметов и явлений. Для эндогенных психических нарушений характерны *словесные (вербальные) иллюзии*: в разговорах окружающих больные улавливают нелепые по звучанию слова, слышат, как произносятся их имя, угрозы в свой адрес. **Г а л л ю ц и н а ц и и** — это ложные восприятия, возникающие непроизвольно, без соответствующего воздействия извне на органы чувств. Чаще встречаются *слуховые (вербальные) галлюцинации*. Больные слышат посторонние голоса отсутствующих в данный момент знакомых и незнакомых людей, идущие из-за окна, из коридора, большей частью неприятного, угрожающего содержания. Могут возникать *зрительные галлюцинации*: в углу комнаты видятся смутные очертания фигуры в черном, на стене появляются изображения отдельных частей человеческого тела. Нередки *обонятельные галлюцинации*, при которых больные ощущают удручающий запах бензина, пища пахнет «трупом».

Хотя факт нарушений психической деятельности при параноидном синдроме обычно не вызывает сомнений, разобраться в содержании патологических переживаний бывает нелегко, так как больные бывают мало доступны контакту, подозрительны и замкнуты. Задаваемые врачом вопросы только тогда достигнут своей цели, когда их выбор и манера обращения к больному соответствуют его состоянию, которое раскрывается в мимике и поведении; из них врач заранее черпает предположения о характере бредовых и галлюцинаторных переживаний, а самоотчет больного может лишь подтвердить или не подтвердить эти предположения. Поэтому полнота изучения и описания психического статуса больного зависит в первую очередь от наблюдательности

врача, умения примечать каждый оттенок в мимике, жестах и речи обследуемого. Рассчитывать на то, что сам больной и его родственники дадут связное описание расстройств психической деятельности, не приходится. Помимо собственных наблюдений врача должны быть также учтены наблюдения среднего и младшего медицинского персонала в отделении больницы. Они часто дают ценные сведения о состоянии больного, которые должны затем учитываться при непосредственном его психопатологическом обследовании.

При параноидном синдроме в острых случаях заболевания больные выглядят тревожными и растерянными. Они молчаливы и насторожены, бросают на окружающих недоверчивые взгляды, напряженно прислушиваются к их разговорам, часто стоят у двери, пытаясь улучшить момент и уйти из отделения больницы. При усилении тревоги они становятся беспокойными, злобными, отталкивают от себя медицинскую сестру, врача, заявляя: «Здесь не больница, а тюрьма... Прекратите эти эксперименты, я вам не подошвытный кролик!». В таких случаях вопросы, прямо направленные на выявление бредовых идей преследования, инсценировки позволяют уточнить содержание имеющихся у больного патологических переживаний. Если больной с осторожностью и подозрительностью относится к еде, принимает пищу, воду пьет только из-под крана, наиболее вероятен бред отравления.

При расспросе о галлюцинациях также нужно учитывать поведение больных. Часто удается отметить, что больной во время разговора внезапно отвлекается, к чему-то прислушивается, перестает отвечать на вопросы, а затем, словно выйдя из оцепенения, виювь оборачивается к врачу: «А?... Что?..». Это почти безошибочно свидетельствует о наличии у больного слуховых галлюцинаций, а последующий направленный опрос позволяет уточнить это предположение. О наличии слуховых галлюцинаций свидетельствует также поведение больного, когда, оставшись в одиночестве, он разговаривает «сам с собой», внезапно хмурится, на лице появляется выражение испуга. Своим галлюцинациям больные час-

то скрывают (диссимулируют). Иногда больвой, утвердительно ответив на вопрос, не слышатся ли ему посторонние голоса, тут же отказывается от своих слов: «Ничего я не слышу... Никаких галлюцинаций у меня нет, я все придумал!». Это не должно дезориентировать врача, опирающегося на свои объективные наблюдения и знание закономерностей формирования синдрома.

Синдром психического автоматизма затрагивает еще более глубокие слои душевной деятельности, связанные со способностью человека выделять себя из окружающего мира, отделять свое Я от не-Я. Совершая любые психические операции, человек всегда чувствует и осознает их принадлежащими самому себе, ощущает произвольный (то есть зависящий от своей воли) характер своих мыслей и поступков. Способность человека относить все исходящие от него дела и поступки к своему Я, сознательно принимать на себя ответственность в качестве их автора и творца составляет функцию самосознания. При психических заболеваниях функция самосознания может измениться таким образом, что человек перестает относить к своему Я свои мысли, чувства и действия, которые начинают восприниматься как непроизвольные, сделанные с помощью какой-то посторонней силы, автоматические. В психопатологии такое изменение самосознания обозначается как *чувство овладения*. Оно лежит в основе психического автоматизма, изученного отечественным психиатром Виктором Хрисанфовичем Кандиным (1849—1889) и французским психиатром Ги де Клерамбо.

Явления психического автоматизма сначала переживаются как непроизвольный наплыв мыслей (*ментизм*), которые больной не в состоянии контролировать. Возникает ощущение, что мысли «утекают» из его головы, становятся известны окружающим. Эти симптомы *открытости* или *чтения мыслей* могут проявляться в том, что окружающие, как это кажется больному, совершают действия, о которых он только что подумал. Например, при игре в шахматы противник делает ходы, о которых больной заранее знал; в автобусе пассажир, на которого больной обратил внимание, обернул-

ся и «с понимающим видом» посмотрел на него. Крайне неприятное ощущение открытости мыслей часто сочетается с улавливанием мыслей других людей, с которыми больной находится в мысленной связи и непрерывно помимо своей воли ведет мысленный диалог. При этом он может ощущать, что независимо от себя он двигает языком, изо рта произвольно «выскакивают слова», словно кто-то говорит за него.

Позже появляется ощущение, что движения и поступки также возникают произвольно, словно под влиянием посторонней силы. Больные при этом способны различать, какие движения и поступки принадлежат им, а какие возникают помимо воли как «сделанные», «навязанные» (не путать с навязчивыми явлениями!). Если у больного меняется настроение, по каким-то причинам возникает реж в желудке, половое возбуждение, то эти естественные переживания также воспринимаются в сознании больного как навязанные извне. В наиболее тяжелых случаях больные чувствуют себя полностью управляемыми, наподобие робота. Они убеждены, что все это — результат действия на них гипнозом, специальными техническими устройствами, находящимися в руках «злодеев»: «Вставили в голову центральный мозг и наматывают мысли... Вынули сердце и легкие, вставили другие, кибернетические». Эти идеи обозначаются как *бред воздействия*.

Галлюцинации при синдроме психического автоматизма также несут на себе все характерные особенности, присущие этому синдрому. Эти расстройства восприятия обладают всеми свойствами галлюцинаций, но отличаются тем, что они не отождествляются с реальными предметами и воспринимаются как навязанные, сделанные. Описавший их В. Х. Кандииский обозначил подобного рода галлюцинаторные переживания термином *псевдогаллюцинации*. В своей книге «О псевдогаллюцинациях» (1880) он так иллюстрирует данное нарушение: больной увидел в своей комнате льва в натуральную величину, который забросил ему лапы на плечи. Образ льва виделся совершенно отчетливо,

но больной очень хорошо почувствовал, что видит его «не телесными, а духовными очами», понял, что льва ему «нарочно показали», и не испугался. Слуховые псевдогаллюцинации воспринимаются больными как «внутренние», или «мысленные», голоса. Подобно мыслям, они не имеют локализации во внешнем пространстве. Возникновение их часто связывается больными с воздействием радиоволнами, гипнозом, с телепатией, то есть сопровождается бредовыми идеями физического и психического воздействия.

В практической работе психиатру часто приходится иметь дело с больными, в самоотчете у которых синдром психического автоматизма представлен в незавершенной форме, в виде отдельных фрагментов. Особенно большие затруднения при анализе и описании своих переживаний больные испытывают в начале заболевания, при первых контактах с психиатром. Настолько эти переживания сложны, необычны для психики здорового человека, что в разговорном языке трудно найти для них подходящие характеристики. Лишь после неодиократических бесед с врачом больные усваивают лексикон, используемый психиатрами для обозначения и описания псевдогаллюцинаций, явлений психического автоматизма, и сами начинают им пользоваться. Трудности психопатологического обследования таких больных тем более велики, что часто они бывают мало доступны контакту, выглядят заторможенными, отрешенными от всего окружающего, погруженными в мир своих собственных патологических переживаний. Обычно разговор с больным протекает следующим образом: «Слышатся ли вам посторонние голоса?» — «Нет, не слышатся». — «А мысленные, внутренние голоса?» — «Слышатся». — «Так это голоса или мысли?» — «Мысли». — «Но вы их слышите?» — «Да, слышу». Для того, чтобы выявить чувство овладения и бредовые идеи воздействия, нужно задавать вопросы следующим образом: «Не бывает ли так, что окружающие действуют на вас *по-особому*, каким то образом *влияют на вас?*» (выделенные слова подчеркиваются интонацией). В случае положительного (пусть даже уклончивого) ответа выясняются все детали этих переживаний. Все же нередко бывает, что выявленные от-

дельные симптомы не позволяют с достаточной убедительностью реконструировать весь синдром. И лишь только изучение всей психопатологической картины заболевания позволяет прийти к заключению о наличии у больного синдрома психического автоматизма Каидинского—Клерамбо.

3. Шизоаффективные расстройства

Как показывает название, шизоаффективные расстройства сочетают в себе два полюса эндогенно обусловленных нарушений психической деятельности — шизофренических и аффективных. Представление о раздельном существовании этих двух форм эндогенных психических заболеваний со времени создания Э. Крепелином нозологической системы болезнью послужило стимулом для поиска критериев их разграничения. С позиций феноменологической психиатрии центральное место в проявлениях шизофреники занимают бредовые расстройства, представляющие собой внезапное и ни из чего не выводимое, нередко поразительное для самого больного возникновение тех или иных ложных убеждений. Эмоции могут присоединяться к ним в качестве понятной реакции на бредовое представление больного о том, что ему грозит опасность, или, напротив, об обладании им невероятными возможностями и могуществом. В других случаях аффект сам порождает бредовые идеи, так как при нем логика оперирует односторонним и получившим неправильную оценку материалом. Такой бред относили к вторичным психическим расстройствам, выводимым из депрессивного или маниакального аффекта. Психиатры пытались найти тончайшие нюансы симптомов, в которых ими усматривались специфические признаки шизофренических и аффективных психических нарушений.

Представители биологического направления в психиатрии, оперируя данными генетических исследований, искали критерии диагностики шизофреники и аффективных психозов в разном типе передачи наследственных признаков, подчеркивая неодинаковый характер течения и исходов того и другого заболевания. Существовала также концепция единого

эндогенного психоза, согласно которой шизофрения и аффективный психоз не разделены четкой границей, и между ними имеется цепь переходных форм. Соответственно этому принципу были выделены и описаны шизоаффективные расстройства, совмещающие в себе характерные особенности обоих заболеваний.

Шизоаффективные расстройства представляют собой депрессивные и маниакальные состояния, усложнившиеся за счет галлюцинаторно-параноидных и других психотических расстройств, которые не могут быть выведены понятным образом из нарушений в аффективной сфере. При депрессивном аффекте бредовые расстройства не ограничиваются идеями виновности и собственной малоценности; возникают также бредовые идеи преследования, инсценировки, особого значения, физического и психического воздействия. Точно так же при маниакальном аффекте бред не сводится к идеям величия, необыкновенного могущества или изобретательства, но включает в себя неконгруентные настроению фантастические бредовые идеи, далеко выходящие за пределы психологически понятных и выводимых из расстройств настроения бредовых построений.

Чем более выражены маниакальный или депрессивный аффект, тем более фантастическими и нелепыми становятся бредовые идеи и содержание галлюцинаторных переживаний: больные разговаривают «с Богом», могут по своему желанию менять погоду, управляют планетами и звездами. На высоте приступа заболевания синдром может еще более усложниться за счет присоединения грубых нарушений поведения и сновидных расстройств сознания. Содержание их черпается, по-видимому, из аутистических фантастических переживаний, существовавших в психике больных еще до развития болезни, далеко не всегда достаточно осознаваемых самими пациентами. В пользу этого предположения свидетельствует тот факт, что приступ может заканчиваться практически полным восстановлением нормальной психической деятельности, и прежние симптомы тяжелых психических нарушений утрачивают актуальность, больной неохот-

но вспоминает о них и как бы вытесняет их из своего сознания, но при повторном приступе они вновь возникают в том же виде и с теми же атрибутами. В подобных случаях принято говорить о приступах болезни по типу «клише». Очевидно, что в периоде ремиссии фантастические психические переживания не исчезают, но вытесняются в сферу бессознательного; их актуализация при рецидиве болезни всегда связана с повторным возникновением аффективных расстройств.

4. Онейроидный синдром

Название этого синдрома происходит от древнегреческого слова «онейрос» — сновидение. Острые бредовые и галлюцинаторные расстройства при онейроиде, углубляясь, приобретают характер сновидных, грезоподобных фантастических переживаний. В отличие от грез здорового человека при психических заболеваниях они возникают непроизвольно и представляют собой нечто среднее между сценическими галлюцинаторными переживаниями и появляющимися в сознании больного помимо его желания образными и яркими представлениями. Эти особенности сближают их с псевдогаллюцинациями В. Х. Кандинского. Они проносятся перед умственным взором больного, как образы сновидений у спящего, он не может управлять течением собственных мыслей и часто даже не в силах понять их смысл и значение.

Содержание грезоподобных фантазий при онейроиде отличается большим разнообразием и изменчивостью. В центре их лежит изменение чувства Я, при котором больные, воспринимая себя как чувствующее и действующее лицо, как продолжение своего прошлого Я, вместе с тем перевоплощаются в иное существо или даже в неодушевленный предмет. Благодаря этому они чувствуют себя непосредственными и главными участниками разворачивающихся в их представлении необыкновенных событий. Так, больной чувствует и представляет себя опускающимся на дно океана, окруженным диковинными растениями и животными, сам он превращается в глыбу льда и начинает плавиться, раство-

ряться в воде. Он превращается в космический летательный аппарат, падает вместе с ним на пылающую Землю, но не чувствует соприкосновения с ней. Он идет по берегу моря, его окружают китайские фанзы, люди, говорящие на незнакомом языке, который он почему-то хорошо понимает, причудливые деревья, одно из которых внезапно превращается в змею с горящими глазами, и т. д.

Характерным для онейроида является мгновенное перемещение в пространстве и времени. Больные то представляют себя в пещере эпохи каменного века, то внезапно видят себя в далеком будущем, среди прекрасных, лучезарных людей в прозрачных одеждах, одни фантастические события сменяются другими. Они оказываются способны в той или иной степени ориентироваться в реальной обстановке, могут понять, что находятся в больнице, узнают работников отделения. Однако, будучи предоставленными самим себе, они тотчас же погружаются в мир грезоподобных переживаний, окружающая обстановка начинает восприниматься иллюзорно, цветы на окне превращаются в «марсианские растения», люди прозрачны и бесплотны, как души умерших, больничная палата становится кабиной космического корабля. Из этого состояния их вновь можно вывести на время, стараясь привлечь к себе их внимание. Таким образом, в подобных случаях речь идет о колеблющемся сознании, позволяющем больному на короткое время освободиться от произвольных сновидных переживаний. При углублении расстройства сознания больные полностью отрешаются от реальной ситуации и живут целиком в мире грез.

Содержание онейроидных переживаний во многом зависит от богатства духовного мира больного. В них, по существу, материализуются знания, воспоминания о прочитанном, видеваем в фантастических кинофильмах, сказочные сюжеты детских рассказов, казалось бы забытых и малозначимых для субъекта, но возникающих в измененном сознании в сложных сочетаниях, как это бывает в сновидениях. Но еще более содержание онейроидных переживаний определяется характером аффективных расстройств. При мани-

кальиом аффекте фабула онейроида необыкновенно ярка и многообразна, воспринимается больными как цепь необыкновенно увлекательных событий, участником которых является он сам. Напротив, при депрессивном аффекте сновидные переживания протекают с оттенком страха и душевной боли, содержание их тягостное, устрашающее: идет «атомная война», больной видит себя «в аду», среди мертвецов, кругом трюмоздятся гробы, он представляет себя идущим по подземному городу, вокруг — зияющие окна пустых домов, мрачные статуи.

Двигательная сфера и мимика больных с онейроидным синдромом отличаются своеобразием. Чаще всего речь идет о заторможенности, отрешенности больного. Взгляд зачарованный, обращенный внутрь самого себя. Проинкнуть в мир переживаний пациента трудно, самоотчет его обычно ограничивается односложными, отрывочными фразами. Только лишь после завершения приступа больные начинают подробно рассказывать о пережитых фантастических событиях, и рассказ может длиться часами; создается впечатление, что больной все это «придумывает». Отношение к пережитому обычно двойственное: с одной стороны, логическим путем больной понимает его нереальность и рассматривает как проявление болезни, но с другой — не может отрешиться от внутреннего убеждения, что все виденное происходило и действительности.

5. Кататонический синдром

При этом синдроме глубина расстройств психической деятельности достигает максимальной степени и включает в себя большой диапазон нарушений психики. Они распространяются не только на высшие нервные процессы в коре больших полушарий, но и на подкорковые двигательные и вегетативные центры. И. П. Павлов, наблюдая больных с кататоническим синдромом, пришел к выводу, что в основе кататонии лежит торможение коры и возбуждение по механизму положительной индукции подкорковых ядер головного мозга. Индивидуальные психологические свойства че-

ловека, отражающие его социальную сущность, перестают здесь играть существенную роль в психической деятельности, и на первый план выступают расстройства более простых, биологических функций центральной нервной системы. Благодаря этому кататонический синдром представляет собой одно из немногих психопатологических состояний, которые частично могут быть смоделированы на животных.

Кататонический синдром включает в себя два неоднородных состояния, которые могут сменять друг друга: заторможенность (с т у п о р) и кататоническое возбуждение. Несмотря на внешние различия, они объединяются общими свойствами. Главное из них заключается в том, что произвольная и целенаправленная деятельность при них сводится к минимуму или отсутствует. На смену ей приходят двигательная заторможенность или однообразные (*стереотипные*) бессмысленные движения. Речь больных также частично или полностью прекращается или утрачивает смысловое значение и перестает служить средством коммуникации. Раствораживаются элементарные инстинктивные реакции, тонические и двигательные рефлексy; высшие вегетативные центры более не обеспечивают тонкого приспособления организма к меняющимся условиям внешней среды.

В состоянии кататонического ступора больные малоподвижны, мимика их застывшая, невыразительная, сохраняется одна и та же причудливая гримаса и необычная поза: больные неподвижно стоят, отвернув голову к стене, сидят на корточках или лежат, приведя локти и колени к животу (*поза эмбриона*), натягивают одеяло на голову на манер капюшона. Общая заторможенность может сопровождаться стереотипными движениями: больные переминаются с ноги на ногу, трут палец о палец или внезапно быстрым движением проводят ладонью около головы, как бы приглаживая волосы. Мышечный тонус повышен, благодаря чему больные могут часами лежать в постели, приподняв голову над подушкой (*симптом воздушной подушки*). Они сопротивляются любой попытке изменить их позу или заставить совершить какое-либо действие: открыть рот, снять или надеть рубаш-

ку, протянуть руку для приветствия (*негативизм*). Они подолгу задерживают кал в моче, а затем мочатся или испражняются в постель. Может наблюдаться отказ от еды и активное сопротивление при кормлении. Заторможенность и негативизм могут сопровождаться пассивным повторением движений, которые кто-либо из окружающих демонстрирует больному (*эхопраксия*). Так, если встать перед больным и резким движением поднять руку, помахать ею в воздухе, хлопнуть в ладоши, пациент бессмысленно повторяет тот же жест. Такая же пассивная подчиняемость проявляется и в сохранении больным приданной ему позы, даже если она неудобна; этот симптом, получивший название симптома *восковой гибкости*, напоминает аналогичное явление в состоянии гипнотического сна, что послужило для И. П. Павлова убедительным доказательством тормозного состояния коры и растормаживания подкорковых центров, служащих уравновешиванию частей тела в пространстве. Это торможение распространяется не только на двигательные центры, но и на центры речи, в результате чего больные не разговаривают и не отвечают на вопросы (*мутизм*).

Полностью развернутый и завершённый синдром кататонического ступора в условиях современного патоморфоза психических заболеваний встречается довольно редко и в основном при острых и тяжелых приступах эндогенного психоза. Чаще приходится наблюдать частичную психомоторную заторможенность, при которой больные сохраняют в ограниченных пределах способность к произвольным действиям. Они самостоятельно передвигаются, принимают пищу, могут отвечать на простые вопросы. Но движения их замедленные, вялые, мимика однообразная, невыразительная, взгляд отрешенный, голос тихий, речь односложная. Собственная инициатива больных резко снижена, они совершают те или иные поступки, пассивно подчиняясь окружающим, в разговор вступают неохотно, с безучастным видом, при беседе смотрят в сторону. На этом фоне обнаруживаются элементы восковой гибкости в виде склонности к непродолжительному застыванию в приданной позе с поднятой рукой, откинутой назад головой, временами наблюдается

симптом воздушной подушки, эхопраксия и другие симптомы кататонии. Такой частичный ступор обозначается как *субступорозное состояние*. Нередко он возникает при длительном, хроническом течении психоза в результате медленного и постепенного нарастания кататонических симптомов; поэтому некоторыми авторами он обозначается как *вторичный ступор*.

Кататоническое возбуждение проявляется бессмысленными и стереотипными движениями, которые совершаются больными непрерывно и без всякой связи с окружающей обстановкой. Больные делают по нескольку быстрых шагов взад и вперед по комнате, плюют на стену, сидя на стуле, постоянно то сгибают, то разгибают туловище, дотрагиваясь рукой до пола. Выражение лица у них возбужденное, злобное, волосы всклокочены. Характерны внезапные действия, лишённые понятных мотивов и совершаемые без обдумывания (*импульсивность*). Так, больной неожиданно ударяет проходящего мимо человека и тут же отворачивается, не обращая на него никакого внимания. Речь бывает заторможенной или, напротив, возбужденной и представляет собой бессмысленный набор слов, имён, иногда странно искаженных и связанных между собой только лишь по созвучию. В возбужденную речь больного случайно влетают слова, произнесенные в его присутствии окружающими (*эхолалия*). Образец речи больной: «Вот у меня папаша хороший. А папаша, мамаша знакомы. Врачи будут всем миром и чужую кровь брать и проверять на каждом шагу будут. Я не желаю... аминь это время (услышав, как врач сказал медицинской сестре, что больному нужно сделать инъекцию аминазина)... Про нашу дежурную сестру. Вот тебе и все». В таком состоянии поступки больных иногда поражают своей нелепостью и отражают грубое искажение эмоций и инстинктов: они пытаются пить свою мочу, мажутся калом, открыто онанируют.

Внутренний, субъективный мир больных с кататоническими расстройствами удастся раскрыть лишь неполно и с большим трудом, часто основываясь на ретроспективных воспоминаниях больных в случае наступившей ремиссии. При этом

выясняется, что эти переживания были полностью или частично отмежеваны от реальной действительности. Они состояли из обрывков мыслей, таких же бессвязных, как и речь больных, из несистематизированных и отрывочных бредовых идей, причудливых фантазий, отдельных галлюцинаторных восприятий. Окружающая обстановка и люди или не замечались, или, иллюзорно преображаясь, включались в содержание фантастического бреда. В некоторых случаях они приобретали форму развернутого онейроида. Состояние аффективной сферы также бывает скрыто за фасадом заторможенности больных или кататонического возбуждения. Тем не менее аффективные расстройства всегда имеют место, они находят отражение в особенностях внутренних переживаний — иногда тоскливо мрачных, иногда экстатически приподнятых. Кататоническое возбуждение с чрезмерной подвижностью, речевым напором, перескакиванием с одной мысли на другую, дурашливым смехом, легко переходящим в гневливые реакции с агрессивными действиями, во многих случаях приближается к маниакальному, но отличается от него бесцельностью, отсутствием повятных мотивов поведения, хаотичностью, бессвязностью речи, утрачивающей смысловое содержание. Дурашливость больных, гримасничество, клоунада могут выступать на первый план в картине кататонического возбуждения. В этом случае речь идет о расстройстве, которое часто наблюдается в детском и подростковом возрасте и может рассматриваться в качестве самостоятельного синдрома — гебефрении.

6. Гебефренический синдром

Существует несколько вариантов гебефренического синдрома, зависящих от степени выраженности в картине заболевания негативных психопатологических симптомов и от особенностей аффективных нарушений. При доброкачественном течении эндогенного психоза в форме относительно острых приступов с выраженными аффективными расстройствами гебефрения проявляется чрезвычайной изменчивостью психического состояния больных, причудливой смесью депрессии и мании, бессвязностью речи, двигательным возбужде-

нием с отпечатком дурачества, шутовства и маиерности. Смех, неуместные шутки неожиданно вспыхивают среди подавленного настроения, что производит на зрителя впечатление игры, кокетничания своими неинормальными ощущениями. Наряду с этим отмечаются растерянность, экзальтированность, вычурный пафос, негативизм, бессмысленное кривляние, гримасничание, действия больных имеют импульсивный характер. Автор популярного в свое время руководства по психиатрии немецкий психиатр Рихард Крафт-Эбниг (1840—1902) так описывает состояние одной из своих пациенток, входящей в состояние гебефренического возбуждения: она бегает по всему дому, требует от окружающих особых знаков почтения к себе, находится большей частью в веселом расположении духа, но по ничтожному поводу впадает в гневный аффект, при этом непокорна, не выносит ни малейших возражений или принимается шалить, как избалованное дитя. Пишет чрезвычайно много, но все ее письма полны напыщенных выражений и вздорных сентенций. Принимая комические позы, она щеголяет ими как изысканными, по ее мнению, манерами. Иногда на несколько часов эта картина прерывается болезненно мрачным настроением с раздражительностью и жалобами больной на странные ощущения, как будто бы у нее «другая, ве прежняя голова».

При злокачественном течении психоза с преобладанием в картине заболевания негативных симптомов в сочетании с депрессивными и смешанными аффективными расстройствами гебефренический синдром проявляется снижением психической продуктивности, утратой эмоционального контакта с близкими людьми, агрессивностью и злобностью. У больных обнаруживается извращение инстинктивных влечений, сексуальная агрессия, стремление к поеданию несъедобных предметов, садистические формы поведения. Так, подросток с злокачественно текущей шизофренией холоден и жесток по отношению к родителям, бьет их, делает все наперекор, включает магнитофон на полную громкость, приплясывает и гримасничает под музыку, больно щиплет маленькую сестру и заявляет, что все равно ее не слышит. На

более поздних этапах заболевания наступает эмоциональное опустошение, нарастают кататонические симптомы.

Как кататонический, так и гебефренический синдромы не всегда присутствуют в картине болезни в полном, развернутом виде. Часто они проявляют себя в виде отдельных присутствующих им симптомов, которые вплетаются в общую картину психических расстройств и указывают на значительное углубление патологии психической деятельности. Нередко оба эти синдрома образуют единую картину состояния, которую принято обозначать как *гебефрено-кататонический синдром*.

Общие особенности эндогенных психопатологических синдромов сводятся к следующему:

- 1) Развитие психических нарушений не связано непосредственно с воздействием на больных внешних патогенных факторов. Если даже началу психоза предшествуют неблагоприятные внешние обстоятельства, например психогения, то они не находят прямого отражения в картине заболевания, в содержании болезненных расстройств; заболевание развивается по своим собственным внутренним закономерностям.
- 2) Содержание болезненных переживаний и поведение больных определяются не реальными жизненными обстоятельствами и интересами, а оторванными от жизни аутистическими фантазиями. Поэтому они воспринимаются окружающими как недоступные естественному сопереживанию, непонятные, причудливые. В самоотчете больных они обычно находят лишь неполное и неточное отражение. Только благодаря повторным обсуждениям с врачом симптомов заболевания больные усваивают лексикон, используемый в психологии и психиатрии для обозначения подобных переживаний, и самоотчет о болезни становится более связным и обстоятельным.
- 3) С большим постоянством при эндогенных психозах на-

блюдаются аффективные расстройства: депрессивные, маниакальные, смешанные. Они обладают внешним сходством с аналогичными переживаниями психически здоровых людей, но субъективно воспринимаются и переживаются больными иначе («Это другая тоска...», «Это необычная веселость...»). Аффективные расстройства играют не только самостоятельную роль в картине болезни; они служат условием выявления глубинных, бессознательных комплексов, формирующих целостный психопатологический синдром, и во многом определяют его дальнейшее развитие. При наличии сильных патологических эмоций (депрессивного, маниакального аффекта) «естественные» чувства больного, его реакции на изменение жизненной ситуации и связи с болезнью бывают неадекватными и сглаженными. Больные не склонны искать сочувствия и понимания своих проблем у окружающих.

- 4) Отношение больных к своим психическим нарушениям, как правило, некритическое. Даже по завершении приступа психической болезни и при наступлении ремиссии больные обычно двойственно оценивают прежние патологические переживания. Если даже формально они приходят к выводу о наличии у них психических расстройств, то эта оценка скорее является вынужденной уступкой обстоятельствам и общему мнению, чем результатом внутреннего убеждения. «Критика» по отношению к болезни возникает за счет когнитивного компонента самосознания — «научения», тогда как принятие социальной роли психически больного, хронически болеющего и состоящего на психиатрическом учете в медицинском учреждении эмоционально отвергается, признание своих психических нарушений не достигает степени убежденности.

§3. Органические психопатологические симптомы

Понятие об органических психических расстройствах в психиатрии неоднозначно. Согласно распространенному мнению, к органическим психическим заболеваниям относятся такие

формы психической патологии, в основе которых лежат вызванные внешними повреждающими действиями структурно-анатомические изменения головного мозга. Эта точка зрения суживает представление об органической природе психического заболевания. Отсутствие структурно-анатомических изменений в центральной нервной системе, установленных посмертно с помощью патологоанатомического и патогистологического исследования или при нейрохирургическом вмешательстве, еще не свидетельствует о функциональном характере болезни в строгом смысле этого слова, так как существуют тонкие изменения мозговой ткани, которые не могут быть выявлены обычными методами патоморфологии. Существуют болезни, при которых нарушения состояния головного мозга происходят на молекулярном уровне, на уровне изменений метаболизма. Метаболические нарушения, достигая определенной степени выраженности, могут в конечном итоге проявляться морфологически. Примером тому служит гепатоцеребральный синдром, при котором нарушения обмена веществ в центральной нервной системе, вызванные заболеваниями печени, приводят к патологическим изменениям нервных и психических функций. В подобных случаях «функциональное» и «органическое» представляют собой стадии развития одной и той же болезни.

В более широком смысле к психическим заболеваниям органической природы относятся психические расстройства, непосредственно связанные с нарушениями функции головного мозга вследствие травматического, инфекционного, токсического поражения, патологии обмена веществ или наследственной природы, если эти расстройства отвечают критериям психопатологии цереброорганического процесса.

В вопросе о клинических проявлениях локальных органических поражений головного мозга остается много неясного. На современном этапе данные психофизиологических исследований позволяют сформулировать ряд общих теоретических положений. Нейропсихологом А. Р. Лурия на основании результатов многочисленных наблюдений было

высказано предположение о существовании трех функциональных блоков головного мозга, каждый из которых вносит свой вклад в организацию функциональных систем, участвующих в механизмах психической деятельности человека в норме и в патологии.

Первый блок связан с регуляцией тонуса коры больших полушарий и поддержанием уровня бодрствования, необходимого для организованного протекания психической деятельности. Главную роль в нем играет ретикулярная формация мозгового ствола и гипоталамуса. Поражение этих структур приводит к резкому снижению тонуса коры и к состоянию сна. Через посредство относительно простых обменных процессов, лежащих в основе гомеостаза (сахарный, белковый обмен, процессы внутренней секреции), осуществляется эта «витальная» форма активации. Более сложные ее виды связаны с инстинктивными формами поведения, в результате которых удовлетворяются пищевые, половые потребности. В механизмах их осуществления участвуют дизцефальная и лимбическая системы. Последняя модифицирует это поведение, придавая ему черты специфически человеческого.

Второй функциональный блок участвует в приеме, переработке и хранении внешней информации, поступающей в центральную нервную систему с помощью органов чувств. Он расположен в наружных отделах коры и занимает ее задние отделы, включая аппараты зрительной (затылочной), слуховой (височной) и общечувствительной (теменной) областей. Здесь происходит детальный анализ поступающей информации и образование из ее компонентов сложных функциональных комплексов. В «зонах перекрытия», на стыке затылочного, височного и теменного отделов коры уже происходит переход от дробного отражения частных признаков к синтетическому отражению окружающего мира в виде общих и отвлеченных схем и символов, необходимых для осуществления сложных познавательных процессов. На этом уровне происходит дифференциация функций правого и левого полушарий головного мозга. При поражении правого (субдоминантного) полушария нарушается восприятие окру-

жающего мира и самого себя на фоне измененного переживания пространства и времени. В противоположность этому при поражении левого (доминантного) полушария нет диссоциации между содержанием чувственных переживаний и поведением; последнее активно, иногда патологически утрировано, но адекватно чувственным переживаниям больного (Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова).

Третий функциональный блок мозга — блок программирования, регуляции и контроля за протекающей деятельностью — связан с активностью передних отделов больших полушарий. При его участии человек формирует планы и программы своих действий, следит за их выполнением и регулирует свое поведение, приводя его в соответствие с этими планами и корригируя допущенные ошибки. Благодаря этому человек способен обеспечивать наиболее сложные формы поведения, направленного в будущее. При поражении этих отделов мозга патологическим процессом возникает картина лобного синдрома. При нем больной утрачивает способность активно и сознательно организовывать свою деятельность, планировать и предугадывать ее результаты, критически оценивать свои поступки. Нарушаются также все психические процессы, обеспечивающие высшую интеллектуальную деятельность человека: активное внимание, память, эмоциональные реакции; психическая деятельность становится инертной, тугоподвижной, проявляется бессмысленными стереотипными реакциями на внешние стимулы, резко снижается сознательная психическая активность. В тяжелых случаях заболевания наступает глубокое слабоумие с распадом всех форм психической деятельности больного.

Любой патологический процесс в головном мозге вызывает психические нарушения, связанные не только с локальным поражением тех или иных мозговых структур, но и с нарушением деятельности всего органа, вызванным локальным его поражением: расстройством мозгового кровообращения, повышением внутричерепного давления, изменением метаболических процессов. Соотношение локального и общемозгового факторов бывает сложным, что сказывается на кар-

тине психических нарушений: нередко обширное мозговое поражение не сопровождается значительными изменениями психических функций и, напротив, ограниченное поражение одной из зон коры может повести к психическим расстройствам, если оно сопровождается отеком головного мозга, повышением порозности сосудов, ишемией мозга и другими общемозговыми изменениями. Нужно также принимать во внимание, что функции головного мозга защищены от вредных воздействий эффективной системой надежности, к которой относятся, в частности, механизмы дублирования: в случае поражения нервного центра его функцию может взять на себя другой нервный центр; возможно также выполнение одной и той же функции разными способами за счет включения резервных функциональных систем.

Все же компенсация органических поражений головного мозга не всегда бывает абсолютной. В той или иной степени сохраняются локальные и общемозговые нарушения высших нервных процессов, проявляющиеся ухудшением качества психической деятельности больного, которое замечается им самим и окружающими. Снижается острота восприятия, для понимания услышанного и прочитанного требуется большее, чем обычно, напряжение и продолжительное время. Снижается темп мышления, оно становится тугоподвижным, ригидным, мысли с трудом и медленно сменяют одна другую. Речь больных при этом становится патологически обстоятельной: начав излагать мысль, больные топчутся на одном месте, приводя множество малозначащих подробностей, их трудно бывает переключить на другую тему разговора. Интонации речи обедняются, сопутствующие ей мимика и жестикуляция утрачивают прежнюю живость и разнообразие. Ухудшается распределение активного внимания: если раньше больной мог одновременно беседовать с посетителем, отвечать на телефонные звонки и на вопросы сослуживцев, то теперь эта способность теряется, и подобная ситуация начинает вызывать у него раздражение. Больные жалуются на ухудшение памяти, особенно на трудности вспоминания имен и недавних событий, но эти имена и события спустя некоторое время сами всплывают в памяти. Новые

факты и идеи усваиваются с трудом, благодаря чему больные становятся излишне консервативными в своих взглядах и пристрастиях, всегда отдают предпочтении сложившемуся образу мышления. Эмоциональные реакции становятся менее дифференцированными, и больные на разные события реагируют либо однообразной реакцией недовольства, неодобрения или, напротив, благодушно. Снижается тонкость понимания юмора и иронии. Все это не мешает больному выполнять привычные обязанности в семье и на работе, но чувство нового и элемент творчества при этом ослабевают. Больные сами осознают ухудшение качества своей психической деятельности и своей эффективности («стал не таким, как раньше»). Весь комплекс относящихся к нему симптомов обозначается как органическое снижение личности. Оно представляет собой негативное расстройство, *rathos*, на фоне которого разворачиваются другие психические нарушения — пограничные или психотические — и которое придает специфический характер любому органическому психопатологическому синдрому, к какому бы функциональному блоку он ни относился.

Органические психические расстройства отличаются большим разнообразием клинических проявлений. Одни из них обладают малой степенью специфичности и довольно сходны как при органических, так и при психогенных и эндогенных психических заболеваниях. Другие же психопатологические синдромы отличаются высокой степенью специфичности по отношению к заболеваниям органической природы и при других видах психической патологии практически не встречаются. Объединение в одну группу столь разнообразных по своей природе и клиническим проявлениям психопатологических синдромов может встретить понятные возражения. Но оно все же может быть принято на том основании, что все эти синдромы имеют ряд общих особенностей, главным из которых служат снижение уровня бодрствования и органическое снижение личности. Те и другие наиболее рельефно выступают в двух группах органических психопатологических синдромов — острых и хронических.

1. Психопатологические синдромы при остро развивающейся мозговой патологии

В качестве самостоятельной группы они были описаны в начале нынешнего столетия немецким психиатром Карлом Боигёффером (1868—1948) под названием *экзогенный тип реакции*. Основу его составляют психические расстройства с нарушением сознания при острых инфекционных заболеваниях, интоксикациях и физических травмах.

Понятие сознания и его расстройства сложно и в науке рассматривается в разных аспектах: философском, социально-психологическом, юридическом и пр. Медицинской науке ближе всего тот аспект понимания сознания, который имеет в виду снижение уровня бодрствования, связанное с ограничением восходящих активирующих влияний на кору со стороны ретикулярной формации мозгового ствола и гипоталамуса. Вследствие этого прерывается не прекращающийся в бодрствующем состоянии поток сознания, объекты окружающей среды перестают ясно восприниматься и пониматься, нарушается последовательность и связность всех психических процессов, субъект перестает четко выделять свое Я в окружающем мире. В тяжелых случаях поток сознания полностью прекращается, наступают сопор и кома. Характерным является полное или частичное выпадение из памяти больного всех событий, происходивших в период нарушенного сознания. Этот симптом, обозначаемый как *амнезия*, позволяет выявлять нарушения сознания в прошлом, в анамнезе заболевания.

Симптомы нарушенного сознания в медицине известны давно, и о них знает каждый врач независимо от профиля своей деятельности. Описание в истории болезни статуса больного начинается всегда словами: «сознание ясное» или «сознание нарушено». Однако выделение и разграничение синдромов нарушенного сознания представляет большие трудности. Они связаны прежде всего с отсутствием между отдельными видами нарушения сознания четких границ, а также их чрезвычайной изменчивостью. Наблюдая больного с острым нарушением сознания, мы видим, как на наших глазах

меняется степень снижения уровня бодрствования: временами удается привлечь внимание больного, получить от него ответ на несложный вопрос, позволяющий считать, что больной узнает собеседника, окружающую обстановку, правильно оценивает тяжесть своего состояния. Но тут же его взгляд становится блуждающим, сонливым, больной перестает реагировать на обращение к нему, спонтанная речь утрачивает связность, представляет собой бессмысленный набор слов. Вслед за этим может наступить сонор или кома, но иногда сознание вновь проясняется. Описываемые в психиатрической литературе критерии разграничения разных синдромов нарушенного сознания представляет собой переплетение синдромологических и нозологических оценок. Так, например, внезапно возникающие приступы нарушения сознания с психомоторным возбуждением и яркими, сценическими галлюцинационными переживаниями при эпилепсии обозначаются как сумеречные состояния. От делирия, наблюдающегося при острых инфекционных, цереброорганических и интоксикационных заболеваниях, они отличаются не столько по синдромологическим, сколько по нозологическим критериям: при эпилепсии эти состояния характеризуются присущими этому заболеванию свойствами пароксизмальности, эмоциональной насыщенности и агрессивности.

Практически обоснованной можно считать точку зрения авторов английского руководства по психиатрии В. Майер-Гросса, Э. Слейтера и М. Рота, которые выделяют лишь два вида нарушений сознания, характерных для психических заболеваний: затемнение (помрачение) сознания и делирий, рассматриваемые как клиническое выражение снижения уровня бодрствования.

К частичному помрачению сознания относится синдром о г л у ш е и я . Он характеризуется резким обеднением психической деятельности и повышением порога восприятия. Объекты окружающей среды воспринимаются неясно, неотчетливо. Хорошо знакомая обстановка и люди не узнаются. Больные не могут увязать текущие впечатления со своими знаниями и прошлым опытом. Так, врач-хирург, помещен-

ный в хирургическое отделение по поводу черепно-мозговой травмы, находясь в операционной, не может понять, что его готовят к операции. Больной с оглушением сознания может понять, что он находится у себя дома, но что здесь происходит, что делают приехавшие по вызову работники «скорой медицинской помощи», почему волиуются родственники — все это не привлекает его внимания и остается для него неясным. Внешне больные с синдромом оглушения выглядят отупевшими, сонливыми, пассивными, хотя в некоторых случаях оглушение сознания сопровождается бессмысленной веселостью — эй ф о р и е й. Проникнуть во внутренний мир больного трудно, но все его поведение и мимика заставляют предполагать угнетение умственной деятельности, отсутствие каких-либо побуждений.

Делирioзный синдром, или делирий, проявляется быстро нарастающей спутанностью сознания с резко выраженными эмоциональными расстройствами и наплывом сновидных галлюцинаций, в основном зрительных. Полному развитию психических нарушений предшествуют тяжелая бессонница на протяжении нескольких дней, состояние тревоги с суетливостью, изменчивым настроением. Короткие периоды сна сопровождаются кошмарными сновидениями, от которых больные просыпаются в холодном поту. При засыпании в состоянии дремоты нередко возникают галлюцинации: перед глазами появляются образы умерших родственников, фигура в черном и т. п. Сходство этих галлюцинаций с кошмарным сновидением позволило обозначить их термином *гипнагогические галлюцинации*. Появляется и быстро нарастает страх, овладевающий всем существом больного. Это чувство имеет витальный характер, оно не выводимо из других психических переживаний и сопровождается напряжением мышц, дрожанием конечностей и головы, тахикардией, резким учащением дыхания. Страх усиливается вечером и в ночное время, в темноте. Одновременно появляются зрительные и слуховые иллюзии: трещина на стене «превращается» в змею, свет электрической лампочки воспринимается как вращающаяся спираль, вкручивающаяся в голову больного, небольшой шум в коридоре — как угрожа-

ющий рев толпы. Затем возникают и занимают все больший вес в картине заболевания разнообразные яркие галлюцинации, перемежающиеся с иллюзорными переживаниями: в комнате отчетливо видится половина лошади, люди в широких одеждах со страшными лицами, глядящие на больного, из-под кровати выкатывается шар, похожий на человеческую голову, слышатся посторонние шаги в соседней комнате, звонок у двери, стук в окно, за которым видятся лица «бандитов». Наплыв иллюзий и галлюцинаций перемешивается с восприятием реальной обстановки, но люди и предметы, окружающие больного, почти не привлекают к себе его внимания. Речь больного одисложна, отрывиста, в ней находят отражение его страх и связанные с ним ложные восприятия.

Поведение больного полностью соответствует переживаемому им страху и содержанию галлюцинаций. Он суетлив, беспокоен, возбужден, всматривается в образы галлюцинаций, бурно реагирует на них: закрывается с головой одеялом, пытается бежать, прячется, иногда сам переходит к агрессивным действиям в отношении к кажущимся «преследователям». Значительно реже настроение больных бывает повышенным; в этих случаях галлюцинаторные переживания «забавляют» больного или бывают зрелищными. Реальная обстановка в состоянии делирия воспринимается больными как верреальная, больничную палату они принимают за свою квартиру, знакомые люди не узнаются. Ориентировка во времени также бывает нарушена, больные не различают события, происходящие в настоящее время и имевшие место в прошедшие дни. После окончания делирия сохраняются более или менее полные воспоминания о пережитом.

В тяжелых случаях делирия нарастает оглушение сознания. Галлюцинации при этом становятся все более редкими, возбуждение ограничивается пределами постели: больные с выражением ужаса к чему-то присматриваются, отстраняются, отталкивают от себя врача. Иногда двигательное беспокойство проявляется перебиранием одежды руками. Такая форма делирия свидетельствует о тяжелом общем со-

стоянии; в народе знают об этом и говорят о таком больном: «обнаряется!». Если в последующем все же наступает выздоровление, при прояснении сознания у больного остаются лишь смутные и отрывочные воспоминания о пережитом: виделись толпы людей, горящие костры, слышались крики о помощи.

Вариант синдрома с более медленным, постепенным развитием, с глубоким нарушением связности и последовательности психических процессов авторы английского руководства обозначают как *подострый делирий* (в старых психиатрических руководствах он описывается как *амения*). Возбуждение при нем становится совершенно бессмысленным, хаотичным. Больные пытаются вскочить с постели, кричат, плюются, рвут на мелкие клочки белье, при попытке их накормить выплевывают пищу изо рта. Мимика их отражает калейдоскопическую смену настроения: то эротическую страсть, то ужас или страдание, то экстаз. Наиболее характерным бывает выражение растерянности и ведаоумения, отражающее глубокое нарушение ориентировки в окружающем и в собственной личности. В момент легкого просветления сознания они с выражением растерянности и беспомощности задают вопросы: «Где я?... Что тут происходит?..». При усилении возбуждения речь становится бессвязной и представляет собой бессмысленные обрывки слов и слогов: «Простите, я не была... Не естественно... А-ла-ла!.. Как вас зовут... Сейчас». Из отдельных отрывочных высказываний больных и по их мимике можно догадаться, что у них имеются отрывочные и бессвязные галлюцинации и бредовые идеи: они представляют себя находящимися в церкви, в аду, слышат вопли детей, грохот рвущихся бомб. Все эти ирреживания больные в последующем амнезируют.

2. Психопатологические синдромы при хронической мозговой патологии

Психические расстройства в связи с хроническими нарушениями состояния головного мозга представляют собой особую главу психопатологии. Они возникают в связи с сома-

тическими и неврологическими заболеваниями, приводящими к стойким или даже практически необратимым изменениям нервных клеток и проводящих путей, кровообращения и ликворообращения в головном мозге, стойким нарушениям метаболизма. Но, в отличие от экзогенного типа реакций, изменения физиологического состояния центральной нервной системы далеко не исчерпывают их патогенеза.

Больные, страдающие хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями с нарушением мозгового кровообращения, перенесшие энцефалит, менингит, тяжелую черепно-мозговую травму, нейрохирургическое вмешательство по поводу интракраниальной опухоли, в большинстве случаев продолжают чувствовать себя нездоровыми. Они жалуются на слабость, головные боли, головокружения, бессонницу, ухудшение памяти. У них могут иметь место параличи и парезы, нарушения чувствительности, координации движений, патологическое состояние внутренних органов. Все это не только непосредственно служит источником болезненных переживаний, но и приводит к изменению социального статуса больных. Снижение профессиональной пригодности или полная утрата трудоспособности, изменения отношений в трудовом коллективе и в семье вызывают со стороны больного естественную и психологически понятную реакцию. Она во многом определяется преморбидными, то есть свойственными человеку до болезни особенностями личности. То, что у одного человека вызывает стремление всеми средствами бороться за восстановление здоровья и возвращение к активной жизни, у другого вызывает пессимизм, у третьего — чувство неумеренной жалости к себе, обиды на судьбу и эгоистическое отношение к своему положению тяжело страдающего человека. При положительных установках личности эти реакции способствуют компенсации нарушенных функций, при отрицательных установках, напротив, закреплению и превращению их в невротические симптомы, что осложняет течение болезни. Не последнюю роль в формировании той или иной реакции личности на болезнь играют отношения больного в семье, на работе, а также особенности взаи-

модействня с медицинскими работниками и вся обстановка лечебно-профилактического учреждения.

Если только органическое поражение головного мозга не повело к развитию слабоумия, возникающие при нем хронические психические расстройства представляют собой результат сложной интеграции психических нарушений, непосредственно обусловленных болезнью, и реакции на нее со стороны личности больного. Такое сочетание определяет клиническое своеобразие психопатологических синдромов при хронических органических заболеваниях.

Психоорганические расстройства отличаются очень большим разнообразием. Они включают и себя всю шкалу продуктивных симптомов, характерных для психогенных и эндогенных расстройств психической деятельности: астиению, невротические синдромы, расстройства личности, аффективные, галлюцинаторные и бредовые, кататоно-онейроидные нарушения. Но, возникая вследствие органического заболевания, указанные синдромы приобретают специфические особенности в зависимости от фона, которым служит и данном случае органическое снижение личности. Именно оно окрашивает продуктивные расстройства и неповторимые тона и создает своеобразную картину психоорганических синдромов.

Не всегда органическое снижение личности четко вырисовывается на высоте приступа психического заболевания, будучи затупеваемо резко выраженными продуктивными психопатологическими симптомами; более отчетливо оно выступает при смягчении болезни и особенно при наступлении ремиссии. Так, например, картина органической депрессии вследствие церебрального атеросклероза на высоте заболевания практически не отличается от картины эндогенной депрессии. Но когда спонтанно или под влиянием лечения депрессивные симптомы ослабляются, начинают вырисовываться такие характерные черты органической депрессии, как угрюмый оттенок настроения с раздражительностью и гневливостью, монотонные идеи собственной малоценности и ненужности, возникают бредовые идеи «малого размаха» с упрощенным бытовым содержанием: соседи хотят завладеть

комнатой, подсыпают на кухне в кастрюлю порошок от тараканов, муж кладет деньги в сбербанк, чтобы завладеть ими и «весело жить с соседкой»; и т. п. Отмечаются ослабление памяти, ригидность мышления.

Встречаются, однако, психоорганические расстройства, которые следует считать специфичными для этой группы синдромов; при психогенных и эндогенных заболеваниях они практически ни в каких формах не наблюдаются. Констатация такого синдрома позволяет убедительно диагностировать органическое психическое заболевание. К психоорганическим расстройствам непсихотического уровня относится энцефалопатический синдром, обозначаемый в МКБ-10 также как *постэнцефалитический, постконтузионный* или *неуточненный органический психосиндром*. Он обычно встречается при относительно неглубоких, но обширных повреждениях преимущественно базально-стволовых и подкорковых отделов головного мозга, обеспечивающих поддержание активного бодрствующего тонуса коры больших полушарий (первый функциональный блок). Неустойчивый уровень бодрствования при нем часто проявляется сильной сонливостью в течение дня, иногда с непроизвольными кратковременными засыпаниями за столом или даже во время беседы. Становится расплывчатой грань между состояниями сна и бодрствования: сновидения при закрытых глазах могут возникать еще до полного засыпания, при легкой дремоте, что проявляется в виде периодически наблюдающихся гипнагогических галлюцинаций; пережитое во время сна яркое сновидение после пробуждения в течение некоторого времени продолжает восприниматься как реальность.

У части больных бывают кратковременные нарушения сознания в виде эпилептиформных приступов, обмороков или парексимально возникающей его спутанности. Последняя сопровождается симптомами дереализации и деперсонализации, которые, однако, отличаются от описанных выше психосенсорных симптомов в структуре эндогенной депрессии яркой чувственностью и предметностью нарушений восприятия. Для дереализации характерно то, что отдельные

фрагменты и предметы окружающей обстановки воспринимаются достаточно ясно, но узнавание целостной обстановки нарушается, меняются отношения предметов во времени и в пространстве. Так, больной различает знакомые очертания предметов в своей комнате, но все помещение в целом кажется ему нереальным и незнакомым (*симптом «никогда не виденного»*). В других случаях, напротив, незнакомая ситуация воспринимается как ранее уже пережитая. У больного, например, при разговоре с собеседником внезапно возникает четкое впечатление, что именно этот разговор с этим самым человеком и в том же месте раньше уже был (*симптом «уже виденного», «уже пережитого»*). Все предметы в комнате вдруг начинают казаться увеличившимися в размере и приблизившимися или, напротив, маленькими и удаленными, дома на улице подобны «карточным домкам» и могут развалиться, движение людей и транспорта остановилось.

Деперсонализация проявляется в виде *расстройства «схемы тела»*. Больной правильно воспринимает отдельные части своего тела как относящиеся к нему самому, но величина и расположение их в пространстве искажаются: появляется ощущение, что одна половина тела больше другой, руки стали большими, пальцы ненормально толстыми, голова такая громадная, что не помещается в комнате, челюсть отошла вбок и находится справа от головы. Эти необычные переживания, так же как и дереализация, протекают в форме приступов длительностью от нескольких секунд до десятков минут, реже — более продолжительных. Они сопровождаются тягостным эмоциональным состоянием, чувством страха, но этот страх иного общего не имеет с психологически понятной реакцией: «Что со мной происходит?». Больные отдают своим переживаниям пассивно, не пытаются их истолковать или убедиться в реальности происходящего, обратившись к окружающим или посмотрев на себя в зеркало. Все это несомненно указывает на связь приступообразно возникающих описанных психосенсорных расстройств со снижением уровня бодрствования и нарушенном сознании.

К числу сходных феноменов при энцефалопатическом синдроме следует отнести пароксизмально возникающие *оптико-вестибулярные расстройства*. Они напоминают переживания, испытываемые космонавтами в состоянии невесомости, но в отличие от них связаны не с отсутствием гравитации, а с раздражением вестибулярных ядер мозгового ствола — болезненным процессом. Больные ощущают покачивание пола под ногами при ходьбе; лежа в постели, чувствуют, будто бы они парят в воздухе, куда-то проваливаются. Характерным бывает ложное ощущение отсутствия своего веса, реже — ощущение своей огромной тяжести в сочетании с приливом необыкновенной физической силы.

Разнообразие нарушения урония бодрствования при энцефалопатическом синдроме возникают на фоне описанного выше снижения личности и стойкой астении, мало зависящей от психических факторов. Астения часто выступает на первый план и оказывает наибольшее инвалидизирующее действие на больного. Пациенты стараются избегать умственного и физического напряжения, «берегут себя», свободное время отдают пассивному отдыху. Круг интересов у них сужается, даже чтение развлекательной литературы и просмотр кинофильма вызывают неприятное чувство онемения, дрожь во всем теле, «тумана в голове». Настроение колеблется, чаще бывает сниженным, отмечается повышенная раздражительность со слезливыми реакциями по любому незначительному поводу. Состояние заметно ухудшается под влиянием внешних, атмосферных факторов: жары и духоты, колебаний барометрического давления, производственного и уличного шума. Плохо переносятся также нагрузки на вестибулярный анализатор, особенно при пользовании транспортом, при просмотре телевизионных передач с мелькающим изображением.

Расстройства личности при органических заболеваниях обычно проявляются в виде заострения, шаржирования ранее присущих человеку черт характера. Человек, ранее энергичный и деятельный, становится суетливым, беспечным, без надобности вмешивается в чужие дела и дает

советы. Бережливый и педантичный становится мелочным, придирчивым, терроризирует близких упреками в расточительности. Несмелый и неуверенный приобретает черты тревожной мнительности, без достаточного повода опасается болезней, ограбления.

Более всего социальную адаптацию больных нарушают появляющиеся в связи с органическим поражением головного мозга черты возбудимости, нередко с расторможением, извращением влечений и инстинктов. В детстве и в подростковом возрасте это проявляется влечением к поеданию несъедобных предметов, необычно ранним развитием полового влечения, которое принимает чрезвычайно интенсивный и неконтролируемый сознанием, а также часто извращенный характер. Нередки садистические влечения, проявляющиеся в стремлении мучить животных, в жестоком обращении со своими сверстниками. Взрослые больные проявляют взрывчатость и агрессивность, по незначительному поводу в общественных местах и в семье устраивают шумные скандалы, теряя при этом контроль над своими действиями, оскорбляют окружающих, наносят им физические повреждения. Наблюдаются также садистические действия и влечение к самоповреждениям, в связи с чем на теле больных часто можно обнаружить следы порезов, прижиганий сигаретой и другие повреждения, нанесенные ими в состоянии подавленности, раздражения и злобы. В эти периоды нередко наблюдается патологическое (компульсивное) влечение к алкоголю, употребляемому в очень больших количествах, тогда как в другие периоды времени повышенная склонность к алкоголизации отсутствует. Алкогольные эксцессы могут быть приурочены к определенному времени года, и всегда бывает трудно исключить вероятность того, что в основе их лежат периодически повторяющиеся легкие аффективные приступы, особенно депрессия с раздражительностью и злобой (*дисфории*).

Выявление у больных органического личностного расстройства и других непсихотических психоорганических нарушений обычно не представляет больших затруднений, так как

больные бывают доступны контакту и охотно сообщают врачу об имеющихся у них нервно-психических отклонениях. Но все же некоторые симптомы, имеющие большое диагностическое значение, при отсутствии у врача достаточного клинического опыта могут упускаться. Причиной этого служит неумение примечать при разговоре с больными особенности их речи, мимики и поведения и недостаточное знание закономерностей формирования синдрома. Опытный врач с самого начала схватывает целостный облик больного, манеру его речи и поведения, а затем уже удостоверяется и принадлежности синдрома к числу психоорганических расстройств, выявляя путем направленного опроса входящие в него симптомы. Конечно, такой опыт дается не сразу, но развивать в себе способность наблюдать и примечать целостную картину клинического проявления болезни врач должен начиная со студенческих лет.

Первое впечатление, дающее правильное направление ходу дальнейшего психопатологического исследования, возникает при наблюдении за эмоциональными реакциями больного на процедуру обследования. Не завсаящая от изменения ситуации однообразная угрюмая раздражительность, придирчивость или, напротив, столь же монотонная эйфория и благодушные еще не свидетельствуют сами по себе об органическом расстройстве, но дают повод к соответствующему предположению, требующему дальнейшей проверки. Это предположение еще более укрепляется, если в речь больного находят отражение вязкость и патологическая обстоятельность мышления, частое повторение одних и тех же слов и оборотов речи (*стереотипия в речи*). Ограниченная во времени беседа с таким больным оказывается затруднительной, и врач бывает вынужден постоянно побуждать больного переходить к следующей теме разговора, оставив в стороне излишние детали и подробности. Но такая манера речи больного не должна обескураживать врача или вызывать у него недовольство; напротив, она служит важным симптомом, установление которого сразу же позволяет экономично построить дальнейшую беседу в нужном направлении для выявления всех деталей психоорганического расстройства.

Сколько бы ни было важно наблюдение за поведением и мимикой пациента, полностью разобраться и психопатологической картине заболевания невозможно без анализа самоотчета больного. Как уже отмечалось выше, и последнем содержатся только те переживания, которые известны больным из собственного жизненного опыта и знаний о духовном мире окружающих людей. Это не означает, что переживания, о которых больной не знает и которые не может выразить в словах и понятиях, у него отсутствуют. Они несомненно существуют в виде недифференцированных тягостных ощущений, которые сам больной не в состоянии охарактеризовать без помощи врача.

В жалобах больных с органическим психическим заболеванием с большим постоянством фигурируют такие известные всем симптомы, как головная боль, головокружения, бессонница, раздражительность. Но сформулировать в свободном и независимом самоотчете жалобы на дереализацию или расстройство «схемы тела», оптико-вестибулярные и некоторые другие «необычные» нарушения при первичном врачебном обследовании больные не могут. Для их выявления необходимо задавать вопросы такого типа: «Не бывает ли у вас ощущения, будто окружающие предметы как-то изменились или вся обстановка стала необычной, незнакомой?», «Не случилось ли, что собственное тело показалось изменившимся, словно бы части тела увеличились или уменьшились?». В случае, если больной укажет, что нечто подобное с ним случилось, с помощью дальнейших уточняющих вопросов нужно установить детали переживаний, позволяющие идентифицировать их с описанными в литературе известными психопатологическими симптомами. После повторных бесед с врачом больные приобретают способность выражать эти патологические переживания в форме жалоб. Такой способ обследования несомненно ведет к некоторой стилизации психопатологической картины болезни, но без этого многие диагностически важные симптомы останутся невыявленными.

Нужно также учесть, что наступившие вследствие органического поражения головного мозга личностные изменения,

которые, исходя из общечеловеческих понятий, отрицательно характеризуют больного, также обычно не фигурируют в свободном самоотчете. Если даже больные и не утаивают их сознательно, они вытесняются из сферы бессознательного, как противоречащие собственной морали и морали общества.

3. Фрейд относил вытеснение к механизмам защиты. Бессознательная защита от проецирования в сознание состояний тревоги, неприемлемых желаний, деструктивных импульсов избавляет человека от болезненных симптомов, но одновременно ведет к тому или иному искажению реальности. Для выявления скрытых симптомов врачу бывает нужно обратиться к анамнестическим сведениям, предоставленным лицами, хорошо знавшими больного, и к официальным документам.

Наряду с непсихотическими психоорганическими расстройствами, представляющими собой в основном патологическое усиление нормальных свойств психической деятельности, наблюдаются также *органические психотические синдромы*. Среди них большое место занимают расстройства, характеризующиеся чувственно-яркими и образными галлюцинациями, сновидными нарушениями, чувственным несистематизированным бредом. Их анализ заставляет предполагать, что в механизмах этих синдромов участвует, наряду с первым «энергетическим» функциональным блоком, второй блок, в функции которого входят прием, переработка и хранение информации, поступающей в центральную нервную систему через посредство органов чувств. Характерной их особенностью является то, что, несмотря на яркость и богатство психических нарушений, поведение больных страдает сравнительно мало и больные сохраняют возможность поддерживать контакт с окружающими на естественной эмоциональной основе. По этому поводу французский психиатр Анри Барюк заметил, что при органических заболеваниях головного мозга, несмотря на изменения сознания, внешне больные не производят впечатления «сумасшедших»; личность их существенно не меняется, больные страдают от своих психических нарушений и борются с

ними. Эти и подобные изменения заставляют предполагать, что при такого рода психотических синдромах не происходит значительных нарушений функций третьего блока — блока программирования, регуляции и контроля за протекающей деятельностью.

К числу синдромов, при которых в той или иной степени остаются сохранными программирование и самоконтроль текущей деятельности, относится органический галлюциноз. Это расстройство с постоянными или рецидивирующими галлюцинациями, обычно зрительными или слуховыми, появляющимися при ясном сознании при отсутствии выступающих на первый план в картине заболевания аффективных, бредовых симптомов и выраженного интеллектуального снижения. Наиболее частой и изученной его формой является *нербальный галлюциноз*. Он достаточно специфичен для органических психических заболеваний разной этиологии и возникает обычно спустя длительное время после их начала на фоне сравнительно легких резидуальных органических изменений головного мозга. В тех случаях, когда типичный вербальный галлюциноз наблюдается в структуре психогенных или эндогенных психозов, особенно при шизофрении, отмечается высокая частота сопутствующих соматических заболеваний, перенесенных ранее черепно-мозговых травм, что позволяет говорить о «патологически измененной почве» (С. Г. Жислин).

Центральное место в картине вербального галлюциноза занимают стойкие слуховые галлюцинации в виде доносящихся откуда-то со стороны или звучащих во внутреннем пространстве сознания больного «голосов» знакомых или незнакомых людей (*псевдогаллюциноз*). Появление их обычно провоцируется внешними патогенными факторами: алкогольной интоксикацией, инфекционным заболеванием, эмоциональным стрессом. Внезапно возникающие галлюцинаторные «голоса» производят на больного потрясающее впечатление, он бывает удивлен, сбит с толку, растерян. «Голоса» угрожают больному, приказывают ему покончить жизнь самоубийством, нанести повреждение себе или окружающим, запре-

щают рассказывать о себе, но иногда забавляют, смешат. Больные часто осознают недопустимость совершения опасных поступков, на которые их толкают *императивные* (приказывающие) галлюцинации, борются с ними, но их непреодолимо влечет к выполнению галлюциаторных приказаний. Эта борьба доводит их до полного изнеможения, часто заставляющего больных искать помощи у окружающих. Характерным бывает вид больных в период усиления галлюцинаций: они к чему-то прислушиваются, улыбаются или в страхе озираются, начинают с «голосамн» диалог, отнекиваются, отругиваются, грозят в пространство, задают вопросы. Пытаясь избавиться от галлюцинаций, они иногда затыкают уши ватой, закрывают голову подушкой. Но в других случаях больные сами обращаются с угрозами к окружающим, требуют прекратить «издевательство», оставить их в покое. Такие больные представляют особенно большую социальную опасность.

Вербальный галлюциноз имеет тенденцию к длительному, затяжному течению, с периодическими обострениями, вызванными дополнительными патогенными воздействиями или прогрессированием основного соматоневрологического заболевания. В хронических случаях заболевания «голоса» преследуют больных неотвязно, но пациенты сживаются с ними, стараются не обращать на них внимания, скрывают их, чтобы не производить о себе неблагоприятного впечатления у окружающих. Тембр «голосов» становится однообразным, повторяются одни и те же обороты речи. В содержании галлюцинаций находят моментальное отражение все мысли, желания и опасения больного; он слышит замечания в свой адрес, насмешки, протнворечивые комментарии своих действий, которые ставят его в тупик. Постепенно больные научаются отличать галлюциаторные голоса от реальных и стараются не реагировать на них. Но все же критическое отношение к галлюцинациям никогда не бывает абсолютно полным: «Я понимаю, что это болезнь. Но почему они говорят так ясно? А почему они вспоминают о событиях, о которых я давно забыл?».

В целом поведение больных в хронической стадии вербального галлюциноза соответствует уровню их самосознания, а последний находится в прямой зависимости от степени органического снижения личности. При незначительном снижении личности большинство больных сохраняют хорошую социальную адаптацию и даже продолжают работать, несмотря на непрерывное галлюцинирование. Вызванное дополнительными патогенными факторами временное усиление тревоги, страха приводит к усилению галлюцинаторных переживаний, но больные, пользуясь собственным опытом и даваемыми им рекомендациями, сами обращаются к врачу, увеличивают дозу принимаемых лекарств. При выраженном органическом снижении личности и развивающемся слабоумии критическое отношение к галлюцинациям утрачивается. Больные высказывают убеждение, что это — «колдовство», «нечистая сила», или уверяют, что человеческими головами с ними разговаривает «Бог»; часто они просто не делают никаких попыток разобраться в происхождении «голосов» и принимают их как естественную реальность. Такие больные плохо адаптируются в условиях семьи, утрачивают работоспособность и профессиональные навыки. При обострении заболевания у них возникает тревожно-депрессивная реакция с психомоторным возбуждением, что служит поводом к госпитализациям в психиатрическую больницу.

Анализ нарушений мозговой деятельности при вербальном галлюцинозе выявил патологические механизмы данного синдрома, которые могут служить в качестве модели для понимания происхождения ряда других психопатологических синдромов, связанных с резидуальными органическими поражениями головного мозга. В основу его положены энергетический и архитектурный принципы системной мозговой деятельности. Энергетический принцип заключается в том, что психопатологический синдром возникает вследствие патологической активности большого числа нервных элементов коры и подкорковых образований, участвующих в функциях слуха и речи. Эти нервные элементы объединены в единую патологическую систему на основе их общего учас-

тия в функциях галлюцинирования. Источником энергии этой патологической системы становится пораженный очаг в одном из звеньев системы, постоянная импульсация из которого приводит к объединению нейронов в клеточные единства с последующим ее самостоятельным функционированием в качестве замкнутой системы (В. С. Чудновский). Очаг раздражения, служащий источником энергии в задающий ритм всей системе (пейсмекер), мы обозначили термином *галлюциногенный очаг*. Существование его у больных с вербальным галлюцинозом было подтверждено с помощью неврологических и электрофизиологических методов исследования. Природа галлюциногенного очага бывает различной: он может быть следствием перенесенной ранее черепно-мозговой травмы, сосудистого поражения, очаговой атрофии мозговой ткани и других причин. В патологическую функциональную систему, организуемую пейсмекером, вовлекаются в первую очередь структурные образования головного мозга, функция которых изначально была нарушена. Особенно показательна в этом отношении высокая частота тугоухости, обусловленной поражением как периферического, так и коркового отделов слухового анализатора.

Архитектурный принцип заключается в том, что в содержании галлюцинаторных переживаний находит отражение вся целостная психическая деятельность больного, весь его жизненный опыт, элементы которого избирательно включаются в содержание галлюцинаторной речи. Особенно большое значение в избирательном взвличении из памяти тех или иных фрагментов психических переживаний в их превращении в галлюцинаторные «голоса» играет аффективная сфера больных. Так, пожилая женщина, испытывающая тревогу за судьбу своих детей, при развитии атеросклеротического вербального галлюциноза начинает слышать «голоса», которые сулят ее детям скорую гибель. Больному с депрессией «голоса» приказывают покончить жизнь самоубийством. Напротив, при маниакальном аффекте, эйфории они смешат больного, рассказывают ему забавные истории. При улучшении состояния вербальные галлюцинации редко ис-

чезают полностью, но в соответствии с исчезновением тревоги, страха, аффективных нарушений содержание их становится безразличным: «голоса» комментируют малозначимые поступки больного, дают ему полезные советы. Таким образом, содержание галлюциаторной речи можно сравнить с архитектурным сооружением, построенным из кирпичиков индивидуального жизненного опыта, тесно связанного с характером эмоциональных переживаний.

Приведенные данные могут служить отправным пунктом системного анализа патофизиологических механизмов органических психозов и поиска путей лечебного воздействия на них с позиций понимания роли локального фактора в их происхождении. Новизна этого подхода заключается в том, что мы отказываемся, в отличие от сторонников психоморфологической концепции, от поиска локализации той или иной психической функции. Для нас важно лишь то, как патологический очаг с определенной локализацией, обладающий сильным энергетическим зарядом, нарушает целостную мозговую деятельность, приводя к данной картине психических нарушений.

К патологическому состоянию первого и второго функциональных блоков относятся расстройства памяти. *Память* — это многоуровневый и многоэтапный процесс регистрации, фиксации, хранения и извлечения информации, отражающий как внутреннее состояние, так и различные виды деятельности головного мозга животных и человека. Накапливая и сохраняя следы прошлого, память производит это ради осуществления приспособительных реакций в будущем. Из всего огромного потока информации она отбирает сигналы по принципу их новизны и значимости для организма и личности, взвешивает их на весах эмоций и потребностей человека. Поэтому механизмы памяти участвуют частично и в деятельности третьего функционального блока — блока программирования. Память — это базисная функция, которая является системной функцией всего мозга, а не отдельных его уровней и структур.

В предыдущем разделе руководства уже упоминалось одно из нарушений памяти — *амнезия*, представляющая собой выпадение из памяти событий какого-то отрезка времени из прошлого, что может указывать на прерывание потока сознания. Длительность понимаемой в таком смысле амнезии измеряется короткими отрезками времени (секундами, минутами, часами), реже — неделями или месяцами. Представить себе тотальную амнезию с хроническим течением трудно. Однако частичное ослабление памяти — *гипомнезия* — при психоорганических расстройствах бывает стойким и длительным. Под ней понимается относительно равномерное снижение способности запоминания текущих событий и памяти на прошлое вследствие затруднений активных волевых процессов извлечения из памяти хранящихся в ней образов (эigramм). Гипомнезия является свидетельством общего ухудшения психических функций, характерного для органического снижения личности, астении.

Особое место среди психоорганических расстройств, при которых снижение памяти выступает на первый план, занимает органический амнестический синдром, получивший в отечественной и мировой литературе имя описавшего его психиатра — основателя московской психиатрической школы Сергея Сергеевича Корсакова (1854—1900). Амнестический корсаковский синдром представляет собой сложный комплекс психических нарушений, в основе которого лежит грубое нарушение запоминания, фиксации в памяти текущих событий (*фиксационная амнезия*). Воспроизведение в памяти событий прошлого, происходивших до болезни, остается относительно сохранным. В связи с фиксационной амнезией больные становятся совершенно беспомощными и растерянными. Дома они нуждаются в постоянном надзоре, потому что забывают выключить воду в ванной, газовую плиту; выйдя из дома, моментально теряют направление пути, и родственникам приходится их разыскивать. В отделении психиатрической больницы они не находят своей палаты, ложатся на чужие койки. Придя из столовой, больной задает вопрос, скоро ли обед, забывая о том,

что он только что пообедал. Гуляя по коридору, он может несколько раз пройти мимо лечащего врача и всякий раз с ним здороуается. Пробелы памяти больные пытаются заполнить воспоминаниями о тех событиях, которые в памяти у них сохранились. Так, пожилой больной, в прошлом конюх, находясь в течение двух месяцев в психиатрической больнице, всякий раз на вопрос о дате поступления заявляет, что приехал вчера, лошадь распряг и привязал ее во дворе. Такие ложные воспоминания, при которых события путаются во времени и последовательности, называют *псевдореминисценциями*.

Выпадение из памяти разных событий при корсаковском амнестическом синдроме бывает иеранномерным. События и факты, эмоционально значимые и имеющие большее значение для больного, могут, казалось бы неожиданно, оказаться фиксированными в памяти. Например, больной, у которого болит глаз, ежеминутно открывает дверь во врачебный кабинет и спрашивает, скоро ли придет окулист. Он забывает о том, что минуту тому назад уже задавал этот вопрос, но помнит, тем не менее, обещание врача пригласить консультанта-окулиста. Сохранность эмоциональной памяти у больных с амнестическим синдромом отмечал Корсаков. Пациенты совершенно не запоминают ранее незнакомых им людей в больнице, не узнают их, однако с большой устойчивостью относятся к одним из них с симпатией, а к другим — с антипатией. В новой обстановке, вызывающей интерес больного, процесс воспроизведения прошлых событий может неожиданно облегчаться. Так, больной, приведенный с целью демонстрации и студенческую аудиторию, «подводит» преподавателя, назвав его по имени-отчеству, хотя в отделении он не мог этого сделать, несмотря на многократные напоминания. Все это приводит к мысли, что грубое нарушение памяти на текущие события при корсаковском амнестическом синдроме включает в себя патологическое изменение активного волевого процесса вспоминания, извлечения из памяти следов прошлых событий.

Ослабление волевой активности и инициативы мешает боль-

ным хотя бы частично компенсировать дефекты своей памяти и приводит их к глубокой инвалидизации. Так, больной, который не может вспомнить текущую дату и время года, мог бы выйти из положения, просмотрев лежащую на столе газету или подойдя к окну. Сам он не делает этого, пока не получит соответствующую инструкцию. Но, будучи совершенно беспомощными и повседневной жизни, больные сохраняют присущие им ранее черты характера, чувство такта, привычные формы обращения с окружающими. Поэтому внешне при поверхностном наблюдении больные могут казаться значительно более сохраняемыми в психическом отношении, чем это есть на самом деле. В отделении больницы больной с амнестическим корсаковским синдромом обычно находится в компании пациентов своего возраста, он сохраняет вежливые манеры и, казалось бы, прислушивается к разговорам окружающих. Но в действительности он плохо понимает смысл происходящих вокруг событий, мысли его лишены связности, а поведение лишено цели, пассивно отражает влияние лишь ситуационных впечатлений.

Чрезвычайное обеднение психической деятельности в связи с нарушением памяти у больных с корсаковским амнестическим синдромом представляет собой форму частичного (*лакунарного*) слабоумия, поскольку при нем сохраняются устойчивые черты, составляющие ядро личности. Слабоумие, при котором происходит распад всех сторон личности, называется *тотальным*. Оно развивается при обширном поражении коры головного мозга, особенно лобного ее отдела. Обозначается термином *деменция*.

Степень выраженности деменции может быть различной. В легких случаях на первый план в клинической картине выступает нарушение критических способностей мышления. Больные становятся беспечными, легко внушаемыми. Они совершают бестактные поступки, тратят деньги на покупку ненужных вещей и безделушек, совершают бессмысленные преступления, не думая о последствиях и не понимая неоправданности своего поведения. Весь облик человека при развитии деменции резко меняется. Сглаживаются индивиду-

альные черты личности, исчезает живость воображения, остроумие сменяется склонностью к плоским шуткам и циничным выходкам, которые ставят в неловкое положение всех окружающих. Больные становятся неряшливыми, при еде пачкают свою одежду; не испытывая стыда, появляются в общественных местах в нижнем белье. Их отношение к родственникам становится грубым, деспотичным, заботы близких их не волнуют. Круг интересов суживается до удовлетворения элементарных инстинктивных потребностей. Простые профессиональные навыки еще сохраняются, но способность к усвоению новых полностью отсутствует. Однообразная эйфория, благодушные легко сменяются гневливыми реакциями.

При дальнейшем развитии слабоумия нарастает апатия, резко снижается память, трудоспособность полностью утрачивается. Словарный запас сокращается, в речи повторяются одни и те же стереотипные обороты. Больные с трудом понимают обращенные к ним вопросы, не узнают своих родных, утрачивают навыки элементарного самообслуживания.

Тотальное врожденное слабоумие называется олигофренией. Принципиальное его отличие от приобретенного слабоумия (деменция) заключается в том, что здесь происходит не ослабление ранее богатой психической деятельности, а ее недоразвитие. Французские психиатры метко сравнивали дементных больных с разорванным богачом, тогда как при олигофреническом слабоумии больной напоминает потомственного бедняка. Речь больных с олигофренией бедна, в ней отсутствуют имевшие место в прошлом сложные речевые обороты, неразвиты бытовые и профессиональные навыки, соответствующие возрасту; мышление носит сугубо конкретный характер, способность к абстрагированию бывает недостаточной или отсутствует, эмоции адекватны ситуации, но примитивны, их развитие не соответствует возрасту больного.

Выявление при психопатологическом обследовании нарушений памяти и интеллекта в тяжелых случаях заболевания не

представляет больших трудностей. Но при легких и умеренных нарушениях оно требует специальных навыков и правильной установки врача при оценке наблюдаемых явлений. Прежде всего надо дать должную оценку жалобам самого больного. Больные часто жалуются на снижение памяти, причем при проверке оказывается, что речь идет об ухудшении запоминания прочитанного или услышанного вследствие нарушения активного внимания при тревоге и астенических состояниях; при специальном психометрическом исследовании измененной памяти при этом может быть и не выявлено. У многих пожилых людей (а это качество некоторые пациенты начинают приписывать себе уже после 50 лет) ухудшение памяти традиционно включается в круг «обычных» жалоб, с которыми принято обращаться к врачу-психиатру или невропатологу («Какая же память в моем возрасте!»), причем словом «память» пациенты обозначают широкий круг психических явлений, таких как истощаемость внимания, познавательные интересы и др. Бывает и так, что действительное субъективное переживание пациентом ухудшения памяти не подтверждается объективными данными потому, что память у данного субъекта раньше была значительно выше среднего уровня, а в связи с болезнью снизилась до средней.

С целью уточнения состояния памяти врач при клиническом обследовании пациента задает ему вопросы, ответы на которые могут быть легко проконтролированы. Для изучения способности к запоминанию текущих событий спрашивают больного, как зовут его соседей по палате, палатную сестру, лечащего врача, какова текущая дата, давно ли больной поступил в больницу, кто из родственников посетил его и когда, что подавали сегодня на завтрак и т. п. Память на прошлые события исследуется с помощью вопросов, касающихся содержания и дат общеизвестных событий, например, каковы даты Великой Отечественной войны, имена выдающихся полководцев, насколько помнятся основные материалы школьной программы, содержание ранее прочитанных книг, последовательность выполнения связанных с профессией пациента трудовых операций и пр. При этом нельзя забы-

вать, что отрицательные (отказные) ответы не всегда свидетельствуют об ослаблении памяти; они могут быть следствием негативистического отношения больного к процедуре обследования, расстройства внимания с растерянностью и нарушениями сознания; бредовой подозрительности, снижения инициативы и апатии. При последней первоначально заданные вопросы не приводят к удовлетворительным ответам, но при настойчивых их повторениях может быть получен ответ, свидетельствующий о достаточной сохранности памяти.

Значительно более сложной является оценка состояния интеллекта и выявление деменции, особенно легкой и средней степени. В жалобах больных снижение интеллекта, в отличие от ослабления памяти, не находят отражения. При объективной оценке уровня интеллектуального развития с помощью психометрических методик выявляется преимущественно уровень отдельных способностей человека, которые во многом зависят от его образования, рода занятий и культурной среды. Как отмечает американский психолог Анна Аиастази, определение уровня интеллекта у взрослых строится в основном на общем для многих опыте школьного образования. По мере того как индивид становится старше, опыт обучения становится все более далеким прошлым, а собственный жизненный опыт все меньше соответствует критериям оценок интеллектуального развития, построенных на школьных знаниях. Люди, род занятий которых связан с интеллектуальной деятельностью, с годами сохраняют и даже улучшают результаты тестирования интеллекта, тогда как люди, занимающиеся физическим трудом, обнаруживают противоположную тенденцию. Невозможно дать единую оценку интеллекту человека, независимую от культурных факторов окружающей среды. Каждая культура стимулирует и поощряет одни способности человека и подавляет другие. Судить о человеке, относящемся к невысокой культурной среде, как о человеке с низким уровнем интеллектуального развития, «примитивном» было бы абсолютно неправильно.

Накопленный во всем мире огромный опыт тестового исследования интеллекта свидетельствует о том, что каждый тест ставит в более благоприятные условия представителей той культуры, для которой он создавался. В связи с этим и в клинических условиях психопатологический метод выявления интеллектуального снижения (деменции), будучи менее стандартизированным и более гибким, ориентированным на каждого пациента индивидуально, оказывается зачастую более приемлемым, чем сложные методы тестирования; теряя в степени объективности оценок, он выигрывает в смысле их точности и возможностей практического применения в психиатрии. Но и клинический метод дает сбои, особенно тогда, когда психиатр при определении у пациента уровня интеллектуального развития использует не психопатологический принцип констатации делового синдрома, а присущий функциональной психологии принцип успешности (эффективности): что может и чего не может выполнить пациент из круга даваемых ему стандартных заданий. В практике психиатрии мы наблюдаем обычно явную гиподиагностику легких форм снижения интеллекта и гипердиагностику врожденных форм слабоумия у детей, не справляющихся с задачами школьного образования.

Клинико-психопатологическое исследование интеллекта осуществляется в форме непринужденной беседы с пациентом на тему, входящую в круг его повседневных интересов, отвечающую культурному уровню его микросоциальной среды. Исследователь при этом направляет усилия на то, чтобы выяснить, насколько пациент способен к изложению фактов и, главным образом, к формулировке новых, оригинальных идей в пределах своих знаний. С инженерно-техническим работником можно поговорить о перспективах технического прогресса и его отрасли, выяснить его мнение по поводу причин имеющихся трудностей. Если больной не в состоянии сформулировать логически обоснованный ответ, следующие вопросы должны быть более простыми и конкретными, например, в каких случаях работники получают премию на производстве, чем отличаются импортные станки от отечественных и т. п. С молодой крестьянкой можно

поговорить о перспективах на урожай, узнать ее точку зрения относительно новых форм организации сельского хозяйства на селе. С любым больным можно поговорить на общие темы, интересующие большинство людей, обсудить достоинства и недостатки популярного телевизионного сериала, текущие политические события и многое другое. Во всех случаях задавать вопросы и проводить обсуждения нужно с видом искренне заинтересованного лица, которому хочется узнать мнение специалиста, знающего человека по тому или иному вопросу.

Нужно помнить, что знание конкретных фактов в случае сохранной механической памяти еще не исключает возможности легкой степени слабоумия. Так, больной с умеренно выраженной деменцией, шофер по профессии, может назвать основные узлы автомобиля, но при этом он не в состоянии объяснить назначение карбюратора, оценить достоинства и недостатки разных систем зажигания, что свидетельствует о слабости суждений. «Правильные» ответы по типу штампов, не отражающие способности к оригинальным суждениям, также не исключают возможности снижения интеллекта. Например, если при разговоре с пожилой учительницей о проблемах современной молодежи не удастся добиться иного суждения, кроме шаблонного: «Молодежь нынче старших не слушает», это может свидетельствовать о дементирующем процессе. Конечно, неудачи в ответах на один-два вопроса еще не дают оснований для суждения о слабоумии, но если эти неудачи повторяются систематически, а оригинальные, нешаблонные высказывания на ту или другую тему отсутствуют вообще, предположение о развивающейся деменции все более подкрепляется. Окончательный вывод делается лишь на основании целостной картины психических расстройств, включающей описанные выше нарушения и эмоциональной сфере, мимике и поведении.

* * *

Сводные данные о клинической картине психопатологических синдромов разной этиологии приведены в таблице 4.

**Основные психопатологические
к ним психические расстройства;
по группам психи**

Группа психических заболеваний «родственной» этиологии	Психопатологический синдром или приравненное к нему психическое расстройство
1	2
Функциональные психогенные расстройства	Генерализованное тревожное расстройство
	Эпизодическая пароксизмальная тревога (наиболее частое расстройство)
	Фобические расстройства

Таблица 4

**синдромы и приравненные
их распределение
ческих заболеваний**

Краткая клиническая характеристика

3

Жалобы на внутреннее напряжение, тревогу, прецшувствие грозящей бецы, не связанные с какими-то определенными обстоятельствами. Характерны беспокойство и непоседливость, трудности сосредоточения, мышечное напряжение, дрожь, разнообразные вегетативные нарушения

Возникающие внезапно, преимущественно в ночное время, приступы мучительной тревоги со страхом смерти, ощущением нехватки воздуха, тахикардией, подташниванием, чувством онемения конечностей, жара или холода, холодным потом, продолжающиеся по часа и более. Эти состояния необходимо дифференцировать с эмоционально-вегетативными приступами при гипоталамическом синдроме, сердечно-сосудистых, эндокринных заболеваниях

Периодически возникающие приступы страха, имеющего конкретно-чувственное содержание: внезапную остановку сердца, потерю сознания, несчастный случай и пр., и которых проявляется психологическая защита от неосознаваемого большим конфликта личности. Приступы бывают приурочены к определенной ситуации: пребывание в одиночестве, и замкнутом пространстве, и толпе народа, при переходе улицы, при поездке в общественном транспорте и т. п., но редко возникают в медицинском учреждении, в присутствии врача. Сопровождаются вегетативными симптомами. Социальные фобии возникают менее остро и бывают связаны с боязнью попасть в неловкую ситуацию перед другими людьми: покраснеть, показаться смешным

1

2

Обсессивно-компульсивные
расстройства

Неврастенический синдром
(синдром утомления)

Невротическая депрессия

Продолжение таблицы 4

3

Включают навязчивые мысли и воспоминания (обсессии), возникающие независимо от желания больного и идущие вразрез с его текущими мыслями и переживаниями. Пациент тяготеет к ним и ведет с ними постоянную изматывающую борьбу. Критическое отношение к навязчивым мыслям бывает колеблющимся. Обсессии могут сочетаться с насильственными (компульсивными) действиями, принимающими форму ритуалов и направленных на защиту от тревоги (кусание ногтей, вырывание волос, частое мытье рук). Компульсивные действия иногда принимают форму сложного поведения, которому больные не могут противостоять и при совершении которого не отдают себе отчета в мотивах своих поступков: бродяжничество, бессмысленное воровство, стремление совершать поджоги. Отношение больного к компульсивным действиям обычно отрицательное

Включает ощущения слабости и повышенной утомляемости с эмоциональной неустойчивостью, психической и физической гиперестезией. Больные пессимистически оценивают свое будущее, стремятся подчеркнуть утрату своей энергии и прежних способностей, преувеличивают тяжесть болезненных переживаний. Характерны обидчивость и раздражительность, чрезмерная сентиментальность. Переживания окрашены чувством тревоги. Отмечаются функциональные сомато-вегетативные нарушения

Характеризуется снижением настроения, скукой, пессимизмом, утратой прежних интересов, ощущением своей беспомощности, неспособности к активному творчеству, но без глубокой тоски и серьезных суицидальных намерений. Может сочетаться с раздражительностью, ворчливостью, чувством тревоги.

1

2

Острая реакция на стресс

Посттравматическое стрессовое расстройство

Синдром сверхценных идей и сверхценный бред

Диссоциативные (конверсивные) расстройства

Продолжение таблицы 4

3

Транзиторная реакция значительной тяжести и ответ на исключительный физический или психологический стресс (природная катастрофа, сражение, изнасилование и пр.). Состояние оглушенности сознания, дезориентировка, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы. Внешне проявляется заторможенностью (ступором) или хаотическим возбуждением длительностью от нескольких минут до 2-3 дней с последующей амнезией пережитого

Затяжная реакция на стрессовое событие с пониженным настроением и тревогой, навязчивыми воспоминаниями травмирующих событий, кошмарными сновидениями на фоне эмоциональной притупленности и ангедонии, отчуждения от других людей. Возможны суицидальные мысли, тревожные опасения всего, что напоминает о пережитой травме. Течение длительное, не исключается переход в хроническое изменение личности

Сверхценная идея — это идея, ставшая доминирующей в психике человека и нарушающая гармонию личности. В происхождении ее большое значение имеют специфические свойства личности субъекта: психический инфантилизм, чрезмерно развитое чувство собственного достоинства, непомерная живость воображения. Чаще всего встречаются сверхценные идеи ипохондрические («борцы за свой диагноз»), сутяжнические (кверулянтство), идеи ревности, идеи изобретательства. В случае неблагоприятного развития сверхценная идея трансформируется в сверхценный бред

Грубые нарушения психической деятельности в ответ на сильный стресс, оказавший мощное действие на личность, при котором фрустрация вместо того, чтобы быть сознательно пережитой пациентом, превращается («конвертируется») в

1

2

Эндогенные расстройства

Депрессивный синдром

Маниакальный синдром

Продолжение таблицы 4

3

двигательные, поведенческие расстройства, характер которых отражает в той или иной мере содержание психической травмы. Характерными бывают сумеречное расстройство сознания, псевдодеменция (синдром Ганзера), функциональные параличи и парезы, выпадение болевой чувствительности и другие нарушения функций органов, иннервируемых сомоторной нервной системой. Предрасполагающим фактором служит дисгармония личности пациента преимущественно по истерическому типу

Универсальная форма патологии психической деятельности, часто встречающаяся как в виде самостоятельного расстройства, так и в сочетании со многими другими психопатологическими симптомами. Центральным звеном депрессии служит депрессивный аффект, включающий тревожный, тоскливый и апатический компоненты; в зависимости от преобладания того или иного компонента различают формы депрессии. Для всех ее форм общими симптомами являются чувство печали, безрадостности, тревога, напряжение, недостаток энергии, потеря интересов, невозможность концентрации внимания, идеи собственной малоценности, суицидальные мысли. Характерны функциональные сомато-вегетативные, обменные, эндокринные нарушения

Характеризуется повышенной настроенностью, немотивированной веселостью, необыкновенным приливом бодрости и энергии, ускоренным течением мыслей. Внимание больных крайне неустойчиво и легко переключается с одного объекта на другой, мышление поверхностное, поведение бессистемное и подчиняющееся сиюминутным желаниям, влечениям инстинктов, вследствие чего больные бывают склонны к легкомысленным поступкам и к правонарушениям. Манякальный аффект встречается как самостоятельно, так и в сочетании со многими другими психопатологическими синдромами

1

2

Паранойяльный синдром

Параноидный синдром

Синдром психического
автоматизма Кандинского—
Клерамбо

Шизоаффективное
расстройство

Продолжение таблицы 4

3

Основу его составляет систематизированный бред, включающий в себя круг идей, в пределах которых истолкование фактов и реальных событий оказывается ложным, основанным на тесном слиянии таких мыслей, которые в норме не должны сочетаться. Бредовые идеи несут на себе эмоциональный заряд, от степени выраженности которого зависят нарушения поведения. Галлюцинации отсутствуют или занимают незначительное место в картине синдрома. Несмотря на относительно изолированный характер бредового расстройства, все же личность бывает в той или иной степени изменена

Основу его составляет мало систематизированный, образный бред. Бредовые идеи непоследовательны, возникают подобно «озарению», без достаточного осмысления реальной действительности. Все происходящее вокруг больные принимают на свой счет, придают ему особо таинственное и часто символическое значение. Наблюдаются галлюцинации, преимущественно слуховые, и вербальные иллюзии. На высоте приступа психоза бред сопровождается аффектом страха, тревогой, растерянностью, психомоторным возбуждением, иногда с агрессивностью

В центре синдрома — переживание непроизвольности собственных мыслей, чувств, поступков, их сделанности, навязанности со стороны. Характерны симптомы открытости мыслей, наплыва мыслей (ментизм), иногда отнятия мыслей. С большим постоянством наблюдаются псевдогаллюцинации, преимущественно вербальные, бред физического и психического воздействия

Включает в себя депрессивный или маниакальный аффект, усложнившийся за счет присоединения разнообразных и чув-

1

2

Онейроидные и кататонические расстройства

Гебефренический синдром

Продолжение таблицы 4

3

ственно ярких патологических переживаний: образного бреда, истинных и псевдогаллюцинаций, сиовидных расстройств, двигательной заторможенности или возбуждения и многих других. Переживания больных часто носят фантастический характер, в их фабулу вплетаются иллюзорно измененные восприятия реальных предметов и событий. Психотические явления возникают остро и протекают в форме сравнительно кратковременных приступов

При этих расстройствах патология психической деятельности достигает большой глубины и включает в себя нарушения как высших психических процессов, так и сравнительно простых инстинктивных, двигательных и сомато-вегетативных реакций. Индивидуальные личностные свойства человека при этом инвелируются и не проявляют себя в картине заболевания. На первый план выступают двигательная заторможенность (ступор) или хаотическое двигательное возбуждение со стереотипными бессмысленными движениями с застыванием в однообразных позах, симптомы восковидной гибкости (каталепсии), эхолоалия или эхопраксия, негативизм. Речь заторможенная или бессвязная, разорванная. За фасадом заторможенности или возбуждения в сознании больного отмечаются обрывки случайных мыслей или фантазии причудливого аутистического содержания, несистематизированные бредовые идеи и галлюцинации. На высоте развития приступа может возникнуть онейроид — сиовидный грезоподобный бред с симптомами перевоплощения (метаморфозы), иллюзорно-бредовой дереализацией, фантастическими переживаниями, окрашенными в радостно-эйфорические либо в тоскливые тона

Описаны два варианта гебефрении. При доброкачественном течении психического заболевания, протекающего в виде острых приступов с выраженными аффективными расстрой-

1

2

Органические психопатоло-
гические синдромы:

1) при остро развивающейся
мозговой патологии

Синдром оглушения
сознания

Делириозный синдром

Продолжение таблицы 4

3

ствами, преимущественно в детском и подростковом возрасте, гебефрения проявляется причудливой смесью депрессии и мании, бессвязностью речи и поведения с отпечатком дурачества, шутовства и маиерности. Действия больных имеют импульсивный характер, возбуждение может достигать значительной степени. При злокачественном течении психоза гебефренический синдром проявляется снижением психической продуктивности, утратой эмоционального контакта с людьми, агрессивностью и злобностью, извращением влечений. На этом фоне проявляется бессмысленная дурашливость, гримасничество, маиерность. Постепенно нарастают кататоические симптомы.

Характеризуется резким обеднением психической деятельности и повышением порога восприятия. Больные пассивны, внешний вид их сонливый, отупевший, безразличный; реже наблюдается бессмысленная эйфория. Ориентировка в окружающей обстановке и времени нарушена, понимание происходящих вокруг событий затруднено. После выхода из состояния нарушенного сознания сохраняются лишь немногие и смутные воспоминания о пережитом

В типичных случаях проявляется нарушением сознания с многочисленными галлюцинациями, преимущественно зрительными, разнообразными иллюзиями, а также страхом и психомоторным возбуждением. При меньшей остроте приступа на первый план могут выступать вербальные галлюцинации и яркий чувственный бред; сознание нарушается в

1

2

2) Психоорганические
синдромы при хронической
мозговой патологии

Органическая эмоциональ-
ная лабильность (астения)

Энцефалопатический
(органический непсихоти-
ческий) синдром

Органическое личностное
расстройство

Продолжение таблицы 4

3

относительно меньшей степени. При тяжелом делириозном состоянии нарастает оглушение сознания, возбуждение сменяется заторможенностью, галлюцинации становятся отрывочными, фрагментарными. При подостром делирии (амеции) на фоне тяжелой астении возникает аффект недоумения и растерянности, возбужденно становится хаотическим, а речь бессвязной. Амнезия пережитого во время приступа психоза прямо соответствует глубине нарушения сознания

В наиболее «чистом» виде астения представлена физической и психической слабостью, истощаемостью психических процессов даже при незначительных нагрузках. Наряду с этим отмечается выраженная изменчивость настроения с плаксивостью и повышенная чувствительность к внешним раздражителям (гиперэстезия). Часто присоединяются невротические, ипохондрические симптомы

Отмечается стойкая астения, на фоне которой под влиянием трудностей адаптации, интоксикаций и других внешних неблагоприятных воздействий возникают разнообразные невротические симптомы, отличающиеся преобладанием чувственного компонента болезненных переживаний. Неустойчивый уровень бодрствования с легким возникновением патологической сонливости или кратковременными пароксизмами нарушенного сознания, сопровождающимися судорожными, психомоторными, психосенсорными, оптико-вестибулярными явлениями, расстройствами «схемы тела», гипнагогическими галлюцинациями. Указанные симптомы возникают и развиваются на фоне органического снижения личности

Отмечается дисгармония эмоциональной сферы и поведения с резко выраженной раздражительностью, склонностью к разрушительным действиям, реже — с эйфорией и благополу-

1

2

Органический вербальный
галлюциноз

Органические бредовые
расстройства

Продолжение таблицы 4

3

шем. Возникают навязчивые и компульсивные расстройства, включая влечение к самоповреждениям, сексуальные перверзии, и др. Наблюдается более или менее выраженное органическое снижение личности, а при начале заболевания в детском возрасте — задержка умственного развития

На фоне органического снижения личности возникают вербальные галлюцинации, преимущественно истинные, осуждающего, угрожающего, императивного содержания. Галлюциаторная речь проявляется в форме монолога или множественных «голосов» с повторением одних и тех же оборотов речи, откликающихся на все посторонние события и текущие мысли больного. Галлюцинации усиливаются к вечеру и ослабевают при отвлечении внимания больного. Пациенты склонны искать помощи и сочувствия у окружающих, поведение их остается довольно упорядоченным, хотя критическая оценка галлюциаторных переживаний бывает лишь частичной. При усилении тревоги, страха галлюцинации нарастают, а критическое отношение к болезни полностью утрачивается.

На фоне органического снижения личности и в связи с трудностями адаптации развивается систематизированный бред преследования, ревности, ущерба (ограбления), ипохондрический. Содержание бреда не выходит за пределы узколичных, семейных и бытовых отношений («бред малого размаха»). Отмечаются тревога и снижение настроения с угрюмостью и раздражительностью. С течением времени актуальность бреда может постепенно ослабевать, и он приобретает сходство с навязчивой или сверхценной идеей; поведение больных при этом становится более упорядоченным

1

2

**Органические аффективные
расстройства**

**Синдром органического
снижения личности
с полиморфными психотн-
ческими расстройствами**

Деменция (слабоумие)

Продолжение таблицы 4

3

Аффективные расстройства при органических поражениях головного мозга разной этиологии в основном сходны с наблюдающимися при эндогенных психозах, но отличаются от них менее четкой периодичностью приступов. Феноменологически отличие тем более заметно, чем более выражено органическое снижение личности или слабоумие. При гипоманиакальных состояниях мало проявляется аффект жизне-радости, стремление к деятельности; преобладает монотонное речевое возбуждение с патологической обстоятельностью и стереотипными оборотами речи; на фоне эйфории легко возникают гневливые реакции. Депрессия характеризуется сочетанием пониженного настроения с угрюмой раздражительностью, идеями собственной неполноценности, тревогой и подозрительностью

На фоне органического снижения личности однократно или повторно возникают острые психотические состояния с полиморфной картиной. Отмечаются колебания уровня бодрствования с эпизодически наступающим нарушением сознания типа оглушения, делирия, онейроида, с кататоническими симптомами. В разнообразных сочетаниях встречаются несистематизированные бредовые идеи ярко-чувственного содержания. Депрессия и эйфория сменяют друг друга. Психомоторное возбуждение, часто с разрушительными действиями и агрессией, может достигать крайних степеней выраженности. После завершения приступа психоза отдельные его эпизоды амнезируются

Резкое снижение способности критически оценивать свое поведение и управлять им. Утрата прежних знаний и профессиональных навыков. Мышление сугубо конкретное, по типу заученных штампов. Ослабление памяти и внимания, пассивная внушаемость. Огрубение и утрата тонких оттенков эмоциональных реакций, морально-этических установок,

1

2

Органический амнестический синдром Корсакова

Нарушения психического развития

Умственная отсталость (олигофреиническое слабоумие)

Продолжение таблицы 4

3

благодаря чему могут совершаться противоправные действия. Благодушные и эйфория легко сменяются гневными реакциями. Растормаживаются элементарные инстинктивные влечения (пищевые, половые). На этом фоне могут возникать разнообразные психотические симптомы, включая расстройства сознания

Грубое нарушение памяти, особенно запоминания текущих событий (фиксационная амнезия). Пробелы памяти могут заполняться ложными воспоминаниями, при которых события путаются во времени (псевдореминисценции). При значительном ослаблении функции интеллекта они принимают форму нелепого бреда (конфабуляции). Активность и инициатива больных резко снижены, что наряду со снижением памяти приводит их к глубокой инвалидизации

Интеллектуальная недостаточность, возникшая в ранний период формирования личности. Критерием ее служит тотальное слабоумие с задержкой развития всех психических функций, включая понятийное мышление, высшие эмоции, ручную умелость, речь и др. Состояние отличается стабильностью. В зависимости от степени умственной отсталости различают: глубокое слабоумие (идиотию) — с полным отсутствием познавательных способностей, неразвитостью моторных функций и речи, примитивными эмоциональными реакциями; среднюю степень (имбецильность) — со слабой развитостью понятийного и образного мышления, речи и с возможностями приспособления лишь на уровне простого самообслуживания в условиях постоянной опеки; легкую степень (дебильность) — с недостаточной способностью к абстрагированию, лексически бедной речью, отсутствием творческого начала в поведении, примитивностью интересов и чувств, но при сохранении потенциальных возможностей обучения и приобретения навыков, необходимых для приспособления к простым условиям самостоятельной жизни

1

2

Инфантилизм

**Ранний детский аутизм
(синдром Каннера)**

**Гиперкинетические
расстройства**

Продолжение таблицы 4

3

Характеризуется замедленным темпом психического, а иногда и физического развития в детском возрасте. Ребенок выглядит миниатюрным, на 1-3 года моложе своего возраста. При хорошем, а иногда и опережающем развитии умственных способностей и речи он чрезмерно наивен, непрактичен, легковерен. Интересы его преимущественно игровые, причем игры лишены утилитарного, практического замысла. Такие дети плохо усваивают правила поведения при поступлении в школу, у них отмечаются трудности коммуникации со сверстниками. Отдельные черты инфантилизма в структуре характера и поведении обычно сохраняются в подростковом возрасте, а иногда и у взрослых

При формальной сохранности познавательных способностей отмечается нарушение коммуникативного поведения ребенка. Он не испытывает потребности в ласке и внимании взрослых, не ласкается сам и не стремится привлечь к себе внимание окружающих, иногда просто не замечая их, при разговоре не смотрит в глаза. Аутичные дети играют в одиночестве, часто используя случайно попавшиеся под руку «игровые» предметы, игры их однообразны, несодержательны. В незнакомой обстановке дети осваиваются с большим трудом. Характерна временная задержка развития речи, незрелая ее грамматическая структура, употребление необычных, необщепринятых слов (неологизмов). Данный синдром может служить исходным пунктом последующего развития эндогенного психического заболевания

Гиперкинетические (гипердинамические) нарушения поведения у детей проявляются чрезмерной активностью и импульсивностью, несовместимыми с требованиями дисциплины и педагогики. Дети крайне неусидчивы, не способны сосредоточивать внимание на каком-либо предмете или занятии, без конца теребят взрослых вопросами, но тут же убегают, даже

1

2

Нарушения поведения
(девиантное поведение)

Представленные в таблице психопатологические синдромы и приравненные к ним расстройства не исчерпывают всего многообразия форм психической патологии. Но они отражают основные и наиболее общие ее проявления; прочие формы можно рассматривать как частные их варианты. Предлагаемая группировка синдромов, как было отмечено выше, отвечает традициям диагностики в психиатрии, но включает также виды психических нарушений и терминологию, принятую в Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Подобное построение классификации психопатологических синдромов мы считаем допустимым и практически оправданным на современном переходном этапе. Кроме четырех основных групп синдромов психогенной, эндо-

Окончание таблицы 4

3

не выслушав ответ, во время урока не могут усидеть за партой. В результате семейной и школьной дезадаптации у них могут возникать невротические расстройства, реакции протеста, успеваемость в школе бывает несколько снижена, несмотря на удовлетворительные способности к учебе

У детей и подростков патологические формы девиантного поведения проявляются заострением свойственных детскому и подростковому возрасту реакций имитации, протеста, эмансипации или отказа. Эти реакции стереотипно проявляются в любой обстановке и служат основанием для семейной и школьной дезадаптации. Характерны побеги из дома, мелкие правонарушения, часто совершаемые из желания выразить протест против отношения к ребенку в семье и в школе, отомстить за нанесенные обиды. Отмечается повышенная склонность к ранним половым связям с частой сменой партнера, к употреблению психоактивных веществ с целью одурманивания. Крайней формой выражения конфликта служат суицидальные реакции

генной, экзогенной и цереброорганической природы, в ней выделяется группа, представляющая собой нарушения психического развития. В отличие от патологической реакции и процесса это устойчивые болезненные состояния, аномалии психической деятельности, в происхождении которых играют роль как врожденные, наследственно обусловленные факторы, так и неблагоприятные влияния окружающей среды. В практической психиатрии чаще всего речь идет о патологии детского и подросткового возраста, однако на этой основе могут формироваться также и аномалии психического развития у взрослых. Клинически они представляют собой форму приспособления (адаптации) субъекта с аномальными свойствами личности в условиях социальной среды.

Установив при психопатологическом обследовании больного тот или иной синдром, врач не может автоматически прийти к выводу об этиологии или нозологической природе психического заболевания. Но определение групповой принадлежности выявленного синдрома вводит дальнейшие исследования в рамки определенной системы. Так, установление кататонического синдрома направляет внимание врача в сторону поиска клинических признаков эндогенного психоза, тогда как диагностика энцефалопатического синдрома нацеливает на поиск симптомов органического поражения головного мозга. Дальнейшие клинические и лабораторные исследования позволяют проверить первичную гипотезу о природе психического заболевания и окончательно установить нозологический диагноз.

Помимо диагностического значения констатация того или иного психопатологического синдрома и его отношения к одной из групп синдромов «родственной» этиологии помогает разработать систему первоначальных лечебно-профилактических мероприятий, не ожидая полного завершения клинического обследования больного. Например, констатация параноидального синдрома диктует необходимость применения нейролептиков с избирательным антипсихотическим действием (стелазин, этаперазин и др.), тогда как установление девиантного поведения у подростка как фактора нарушенного формирования характера требует использования психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий при ограниченном применении медикаментозной терапии.

Вопросы диагностики и лечения различных психических заболеваний будут приведены в разделе частной психиатрии. В нем не будут повторяться общие описания психопатологических синдромов, но будет сделан акцент на их динамике, нозологической специфике, вопросах диагноза, а также на лечении и реабилитации больных с различными формами психических болезней.

Терапия психических заболеваний

Психиатрия по сравнению с другими медицинскими специальностями позже встала на путь активного лечения относящихся к ней болезней. На протяжении многих десятилетий врачебная помощь больным с психическими расстройствами ограничивалась назначением снотворных, успокаивающих и общеукрепляющих средств, оказывающих симптоматическое действие на те или иные проявления душевного заболевания. Большое значение придавалось психотерапии, мероприятиям гигиенического характера, соблюдению больными правильного режима дня, развлечениям и рациональным занятиям трудом, религиозным обрядам. Но и данный набор оздоровительных мероприятий поддерживал в больных, их родственниках и врачах-психиатрах дух оптимизма. По этому поводу С. С. Корсаков в руководстве по психиатрии писал: «Последнее столетие с убедительностью показало, что душевные болезни, так же как и болезни других категорий, должны быть лечимы и что они излечиваются. В этом отношении между ними и другими болезнями нет разницы». Важное значение имело то обстоятельство, что психиатр представлял перед больным как материальное воплощение той социальной поддержки, которую общество предоставляло страдающему человеку.

Первые попытки активного терапевтического воздействия на расстройства психической деятельности носили эмпирический характер. Еще задолго до начала развития психиатрии как науки многие врачи наблюдали, казалось бы, парадоксальный факт, который позже французский психиатр Анри Барюк обозначил как соматопсихическое балансирование. Он заключается в том, что нередко тяжелые потрясения и телесные заболевания, представляющие опасность для жизни субъекта, благотворно влияют на течение пси-

хической болезни. Это давало наиболее активным и смелым психиатрам надежду обрести способ оказания эффективной помощи психически больным с помощью так называемых «шоковых» методов лечения. Среди них наиболее удачным оказался метод лечения тяжелого психического заболевания сифилитической этиологии — прогрессивного паралича прививками малярии, предложенный австрийским психиатром Юлиусом Вагнер фон Яуреггом (1857—1940). Он позволил не только резко сократить смертность от этого заболевания, ранее считавшегося неизлечимым, но и приостановить процесс быстрого распада психической деятельности больного и нарастания слабоумия. Успешным оказался метод лечения шизофрении инсулином в дозах, вызывающих у больного гипогликемическую кому, который также был предложен в Австрии врачом М. Закелем (1900—1957). Вслед за ним появились методы коматозной терапии психических заболеваний с помощью фармакологических препаратов, способных при быстром внутривенном введении вызвать у больного эпилептический припадок. Особенно большое распространение получила электросудорожная терапия, при которой припадок вызывается пропусканием электрического тока через электроды, располагающиеся на коже черепа одной или двух височных областей. Эти методы оказались эффективными при лечении параноидных, депрессивных состояний, кататонического возбуждения и некоторых других форм психических нарушений, при которых ранее применялись лишь симптоматические виды лечения.

Применение «шоковых» методов лечения потребовало от психиатров повышенного внимания к соматическому обследованию больных и создания в отделениях психиатрических больниц особой обстановки, которая приблизила их к обстановке соматической больницы. Этому способствовало также ослабление психомоторного возбуждения у больных с психозами в процессе биологической терапии. Но этот вид лечения имел и ряд существенных недостатков. К ним нужно отнести его сложность, возможность угрожающих жизни тяжелых осложнений. Все это диктовало необходимость

помещения больных в стационар на длительный период времени для проведения лечения.

Новый этап в развитии лечения психических заболеваний наступил с введением в 50-х годах в терапевтическую практику психотропных препаратов. Вещества, получаемые в основном из лекарственных растений и оказывающие седативное или стимулирующее действие на нервную систему, были известны с глубокой древности. Но только с началом психофармакотерапии начался направленный поиск и создание психотропных препаратов, позволяющих оказывать разностороннее и дифференцированное воздействие на те или иные нарушенные психические функции. Психофармакотерапия стала повседневным способом лечения больных психическими заболеваниями не только в условиях психиатрической больницы, но и в амбулаторной практике. Она далеко вышла за пределы психиатрии и стала широко применяться при психических расстройствах у больных, страдающих соматическими болезнями. Использование фармакологических медикаментозных средств лечения вызвало к жизни широкие нейробиологические и нейрохимические исследования психической патологии и обусловило тесную связь психиатрии со многими биологическими дисциплинами. Особую роль в этом отношении играет изучение нейромедиаторных систем, являющихся точкой приложения психотропных препаратов.

В настоящее время для лечения психических заболеваний продолжает использоваться весь арсенал средств, включая «шоковые» методы, разнообразные применяемые в медицине лекарственные препараты, физиотерапию, психотерапию со всеми ее разновидностями, трудотерапию и др. Но основными методами, получившими наибольшее распространение, остаются психофармакотерапия и психотерапия. На них следует специально остановиться.

§ 1. Психофармакотерапия

Существует несколько групп психотропных препаратов:
а) нейрорептики (они же антипсихотические средства);

б) транквилизаторы (или анксиолитические, купирующие тревогу) средства; в) антидепрессанты; г) психостимуляторы; д) ноотропные препараты. Существует еще группа галлюциногенов (психотомиметических средств), но они не получили распространения в терапевтической практике. Психотропные препараты, относящиеся к каждой из указанных групп, обладают общими свойствами, характеризующими их направленность на определенные психические функции и их расстройства. Так, нейролептики устраняют психотическое возбуждение и страх, влияют на галлюцинаторные, бредовые, кататонические и другие расстройства, встречающиеся при психозах. Транквилизаторы в основном блокируют невротическую тревогу и связанные с ней симптомы пограничных психических нарушений; некоторые из них обладают также противосудорожным действием. Антидепрессанты смягчают или устраняют тоскливый аффект при депрессиях, оказывая одновременно седативное или стимулирующее действие. Психостимуляторы повышают уровень бодрствования, устраняют сонливость, астенические симптомы. Ноотропы повышают уровень психической активности, положительно влияют на расстройства памяти и умственной деятельности, особенно при органических психических заболеваниях. Но лекарственные вещества в каждой из групп обладают и собственными, отдельными свойствами, определяющими силу и быстроту действия на те или иные нарушения психических функций, характер побочных эффектов и осложнений, что и обуславливает выбор лекарственного средства в каждом индивидуальном случае заболевания.

С начала «психофармакологической эры» в психиатрии делались многочисленные попытки найти в сложной психопатологической картине заболевания четко обозначенную точку приложения каждого психотропного препарата, избирательный его тропизм к определенным «мишеням». Так, например, предполагалось, что галоперидол обладает избирательным антигаллюцинаторным действием, а трифтазин (стелазин) — антибредовым, неупелтил является «корректором поведения», и т. п. Однако клиническая практика не подтвердила теорию «мишеней», основанную на принципах функциональной психологии. Последняя пытается рассматривать

целостную психическую деятельность как некую сумму отдельных функциональных образований (восприятие, мышление, память, интеллект и др.), каждое из которых имеет свое приспособительное значение и может быть измерено экспериментальными методами. Более продуктивным оказалось понятие спектра психотропной активности, развивавшееся и нашей стране Григорием Якоилевичем Авруцким (1925—1993). Под ним подразумевается сумма индивидуальных психофармакологических качеств препарата, которые проявляются в их взаимодействии с данным психопатологическим синдромом. Так, например, и спектр психотропной активности транквилизатора нитразепама, наряду с седативным действием, входит выраженная способность регулировать ночной сон, а также вегетотропная, противозипелгическая активность; антидепрессант мелнипрамин обладает, наряду с тимолептическим (устраняющим депрессивный аффект), стимулирующим действием.

Выбор психотропного средства в конкретном случае заболевания мало зависит от его нозологической природы и определяется главным образом психопатологическим синдромом. Содержание патологических переживаний большой роли не играет. Так, эффект нейролептического препарата при параноидном синдроме не зависит от содержания бреда, будь то бред преследования, отношения или гипнотического воздействия. Психотропное вещество вообще не способно изменить направленность и содержание личности больного человека, его мысли и убеждения, определяющиеся всем ходом социализации субъекта, начиная с детского возраста. Вмешиваясь в химизм нервных клеток головного мозга, психотропные препараты изменяют биологический компонент личности, витальную основу патологических психических переживаний. Результатом прямого влияния на базисные биологические механизмы высшей нервной деятельности является изменение эмоционального состояния больного. Устраняя тревогу и страх, депрессивный, маниакальный аффект, психотропные лекарственные вещества оказывают вторичное терапевтическое действие на бредовые, галлюцинаторные, навязчивые и другие продуктивные симптомы психического заболевания. При этом они не влияют непосредственно на

образ мыслей больного, на его отношение к другим людям, к своему Я. Неправильно было бы рассчитывать на то, что с помощью химических веществ возможно изменить убеждение субъекта и преследовании его «злоумышленниками» и создать у него противоположное мнение. Правильнее будет считать, что при устранении или ослаблении аффективных расстройств под влиянием фармакотерапии происходит *дезактуализация* бредовых, навязчивых, галлюцинаторных переживаний. Иными словами, ранее актуальные мысли и переживания утрачивают свой чувственный характер, перестают быть источником жизненно важной информации о внешнем и внутреннем мире субъекта.

Если речь идет о кратковременном и преходящем (транзиторном) психическом расстройстве, дезактуализация патологических переживаний больного совпадает с фактическим устранением этих расстройств, то есть с выздоровлением. Но там, где лечению подвергается длительно текущее, хроническое заболевание, дезактуализация психических расстройств означает не их исчезновение, а частичное или полное устранение из сферы самосознания: теряя свое прежнее жизненно важное значение для больного, эти переживания отчуждаются от своего Я и перестают фигурировать в самоотчете. В случае нового обострения или рецидива болезни вместе с усилением аффективных симптомов прежние болезненные переживания вновь актуализируются, находят отражение в самосознании больного и в его поведении.

Лечение психотропными препаратами эффективно не при всех формах психических заболеваний. Наиболее резистентными к лечению являются психопатологические синдромы с относительно изолированной картиной и малым количеством входящих в нее симптомов, без грубых нарушений в сфере витальных эмоций и поведения. К ним относятся синдромы, основу которых составляют паранойяльный бред, обсессивные, сенестопатически-ипохондрические, деперсонализационные расстройства, дисгармония характера и поведения. В связи с происшедшим за последние десятилетия патоморфозом психических заболеваний эти синдромы начинают занимать одно из главных мест при многих формах

патологии душевной деятельности. Резистентными к фармакотерапии являются также негативные симптомы, такие как апатия, эмоциональное оскудение, снижение энергии поведения, не связанные непосредственно с депрессивным аффектом, и ряд других. Все это дает основание некоторым психиатрам утверждать, что успехи психофармакотерапии малоутешительны и предпочтение следует отдавать социально-психологическим методам реадaptации больных в обществе. Такое мнение является односторонним. Как показывает опыт, лечение психотропными препаратами оказывает благоприятное влияние на динамику многих психических заболеваний. Положительное его влияние в основном проявляется в следующем:

1. Психофармакотерапия, особенно лечение нейролептиками, в абсолютном большинстве случаев позволяет купировать у больных психозами психомоторное возбуждение, аффективные вспышки и агрессивное поведение. Это позволяет в отделениях психиатрической больницы отказаться от практиковавшихся ранее мер стеснения, включая связывание больных, создать в отделениях обстановку обычного терапевтического учреждения. Применение психотропных препаратов в амбулаторных условиях во многих случаях позволяет добиться упорядочения поведения больных и избежать помещения их в психиатрический стационар.

2. Применение психофармакотерапии психических заболеваний способствует сокращению времени пребывания больных в психиатрическом стационаре, что позволяет уменьшить отрицательные последствия длительной госпитализации (госпитализма), обеспечить максимальное сохранение социальных, семейных связей больного, его трудоспособности, а также имеет положительное экономическое значение.

3. В случаях, когда с помощью психофармакотерапии не удается достичь полного восстановления нормальной психической деятельности больного, оно все же способствует эффективному применению методов реабилитации. В частности, ослабление под влиянием лечения двигательного беспокойства, тревоги и страха, суицидальных тенденций, снижение актуальности бредовых и галлюцинаторных пе-

реживаний открывает пути к социопсихотерапевтическому воздействию, позволяет использовать собственную активность больного в восстановлении нарушенных психических функций.

§ 2. Психотерапия

Психотерапия — это система психологических воздействий на психику и через нее на весь организм больного с лечебными целями. Психотерапия — это специальная наука. В отличие от так называемой «народной медицины», также пользующейся разными способами психологического влияния на больного человека, она опирается на научное знание клинических и психологических особенностей болезненных явлений, их происхождения и закономерностей развития. Она разрабатывает различные научно обоснованные методы и систему лечения путём внушения, убеждения больного, разъяснения симптомов его болезни с тем, чтобы он мог лучше понять себя, свое состояние, лучше отвечать на требования окружающей среды и преодолевать личностные конфликты, приводящие к психической неуравновешенности. В психиатрии областью применения психотерапии являются в основном пограничные состояния, хотя не прекращаются попытки психотерапевтического лечения больных с некоторыми формами психозов.

К психотерапии как медицинской науке примыкают различные способы воздействия на больного с помощью организации правильного отношения к нему семьи, друзей, товарищей по работе, медицинских работников в лечебном учреждении. Спокойное, участливое отношение к пациенту в быту и на работе содействуют улучшению его настроения, укреплению оптимистической направленности на результаты проводимого лечения, концентрации усилий для преодоления болезни. Часто они не имеют научных оснований и складываются стихийно. Но отличие их от психотерапевтических влияний не является абсолютным, поскольку специально организованные влияния среды (так называемая «терапия сре-

дой») также представляют собой одну из разновидностей психотерапии.

Психотерапию разделяют на *индивидуальную* и *групповую*. Индивидуальная психотерапия адресуется к одному больному. При ней в максимальной степени учитываются особенности его личности, установленные в процессе психологического и психопатологического обследования, и индивидуальные особенности заболевания. В условиях контакта «один на один» особое значение приобретает совместимость врача и больного. Вопросы совместимости тесно связаны с понятием образа «идеального врача», каким его видят больной и его родственники. Многие считают, что психотерапевту для успешной работы нужно иметь особые качества личности, такие как развитая интуиция и способность с первых же минут общения понять больного, найти с ним общий язык; уверенность в себе и в своих возможностях облегчить состояние пациента при любом, даже самом тяжелом заболевании; умение слушать больного с искренней заинтересованностью, чему способствуют тактичность и артистические способности; широкий кругозор, знание жизни; и др. Но даже весь этот набор качеств, необходимых психотерапевту, не гарантирует успешность его терапевтических контактов со всеми пациентами без исключения; некоторые из них ждут от психотерапевта иных особенностей, которые, по их мнению, должны быть присущи «идеальному врачу».

Близко к индивидуальной находится психотерапия «в группе», при которой подбирается группа из 8-15 больных со сходными заболеваниями, требующими психотерапевтического воздействия (например, больные, перенесшие инфаркт миокарда, в периоде реабилитации). Врач при этом обращается ко всей группе, имея в виду, что его слова затрагивают интересы каждого ее члена. Такой принцип подбора сходных больных, нуждающихся в одинаковом психотерапевтическом воздействии, нарушается в условиях психотерапии в больших и практически неконтролируемых группах, как это бывает, например, при проведении телевизионных терапевтических сеансов. Игнорирование принципа индивидуальности с учетом личностных особенностей и характера заболева-

ния при этом нередко приводит к отрицательным последствиям.

В отличие от психотерапии «в группе», при групповой психотерапии влияние терапевта в значительной степени подменяется взаимным влиянием друг на друга членов самой группы. С точки зрения социальной психологии, группа — это совокупность людей, объединенных совместной деятельностью и находящихся во взаимодействии между собой. Среди малых групп, в которых все члены знают друг друга и находятся в тех или иных эмоциональных взаимоотношениях, выделяют формальные — специально созданные для выполнения той или иной социально значимой деятельности, и неформальные (спонтанные), которые возникают стихийно на основе потребностей людей в общении. Известный американский психолог и психотерапевт Дж. Морено разработал метод социометрии, позволяющий измерять межличностные отношения в малой группе, зачастую скрытые от непосредственного наблюдения. В результате действующих в группе сил происходит групповая динамика — развитие и изменение человеческих отношений между ее членами. Групповые решения и нормы надежнее изменяют поведение ее членов, чем их индивидуальные решения. Насколько агрессивен или способен к сотрудничеству данный человек, какова степень его самоуважения и уверенность в себе, к чему он стремится, во что верит, какие у него убеждения и предрассудки — все эти характеристики в высшей степени детерминированы его принадлежностью к данной группе. Групповая динамика во многом зависит от лидера группы — наиболее авторитетного ее члена, который оказывает влияние на других ее членов, используя межличностные отношения для укрепления своей позиции.

В терапевтической группе психотерапевт в качестве формального лидера создает атмосферу взаимной поддержки, являющейся условием направленного терапевтического воздействия. На первой его стадии он сам активно участвует в деятельности группы, задает наводящие вопросы при коллективном обсуждении какой-либо проблемы, стимулирует активность членов, способствует выработке общегрупп-

повых норм. В следующей стадии активность психотерапевта снижается, и он постепенно передает управление группой самим ее членам, продолжая наблюдать за их взаимодействием.

Методы психотерапии разделяют также на директивные и недирективные. *Директивная психотерапия* основана на внушении и переубеждении больного, на формировании у него правильного отношения к болезни и ее лечению. Она опирается на авторитет, престиж и знания врача. Психотерапевт принимает на себя всю ответственность за ход лечения пациента, которому приписывается роль субъекта воздействия, смысл которого он не понимает и не должен понимать. Конечная цель директивной психотерапии заключается в устранении симптомов болезни. В отличие от этого *недирективная (лично-ориентированная) психотерапия* исходит из признания самооценности личности, индивидуальных свойств пациента и из уважения к его потребностям. Она направлена на развитие личности, ее внутренних резервов, оптимизацию ее отношений с обществом. Пациенту предписывается самостоятельно взять на себя ответственность за выбор конечных целей психотерапевтического воздействия, приняв за основу свои индивидуальные жизненные ценности, а не безликие социальные «нормы». Симптомы болезни перестают быть непосредственным объектом воздействия; им становятся такие личностные переживания, как страх перед миром, неуверенность в себе, неудовлетворенность своими отношениями с другими людьми. Таким образом, недирективная психотерапия стремится к гармонизации личности больного. При ней возрастает роль неформального общения психотерапевта и больного, которые выступают в этом общении в качестве партнеров.

К числу директивных методов относят *рациональную психотерапию*, или терапию убеждением. В процессе лечения психотерапевт старается изменить отношение больного к обстановке, породившей его заболевание, повлиять когнитивным путем, через разум на укоренившиеся неправильные взгляды и предрассудки, делающие пациента особенно ранимым по отношению к проявлениям болезни, разъяснение и убежде-

ние при этом сочетается с внушением. А. В. Свядоц в монографии о неврозах приводит пример рационального воздействия на больного: «У вас различные неприятные ощущения в теле — в области то сердца, то груди, то желудка, и вы полагаете, что это признак какого-то тяжелого, неизлечимого заболевания. В действительности это не так. Наше сердце непрерывно работает, непрерывно движется кровь по кровеносным сосудам, сокращаются стенки кишечника, перемещая пищу. Всего этого мы обычно не замечаем. К счастью, поток импульсов, поступающих в мозг от внутренних органов, нами не осознаётся. Вы перенесли травму головы, и теперь «фильтры» немного ослабли, импульсы стали проникать в сознание, и вы стали их ощущать. Дело не в том, что у вас сердце или желудок работают ненормально, а в том, что у вас снизился порог возбудимости и вы стали ощущать то, чего в норме все ощущают. У вас нет болезни внутренних органов, а лишь повышенная чувствительность к нормальным раздражениям. Она усиливается оттого, что вы фиксируете внимание на этих ощущениях. Чем больше вы на них будете обращать внимание, тем сильнее вы их будете воспринимать. Мы дадим вам лекарство, которое повысит порог восприятия и таким образом ослабит эти ощущения, но главное в вас самих. Займите себя работой, не давайте себе сосредоточиться на них, не придавайте им значения, и вы поправитесь».

Рациональная психотерапия корректирует масштаб переживаний больного, но все же не устраняет психический конфликт, повлекший за собой болезнь и невротическую тревогу. Можно считать удачей, если больной в результате данных ему разъяснений заявит врачу: «Я понял вашу мысль и готов согласиться с вами. Но как мне избавиться от моих страхов и опасений, которые, несмотря ни на что, продолжают лезть мне в голову?». В подобных случаях, когда одержимость страхом перед болезнью сменяется навязчивыми опасениями, с которыми сам больной старается бороться, целесообразно перейти к энергичному внушению (*суггестии*) в бодрствующем состоянии или в состоянии гипнотического погружения.

Гипносуггестивная терапия проводится как в сочетании с рациональной, так в самостоятельно. Наиболее эффективна она при конверсивных истерических расстройствах, хотя быстрые и демонстративные результаты гипнотического внушения при этих формах заболевания не отличаются стойкостью, поскольку аномальные свойства личности и тенденция реагировать на любую конфликтную ситуацию симптомами невроза при этом сохраняются.

Гипнотическое погружение часто обозначают как «гипнотический сон», хотя внешние проявления того и другого, а также их электроэнцефалографическая картина не совпадают. Все же подмеченная И. П. Павловым общность механизмов сна, гипноза и других проявлений тормозного состояния больших полушарий головного мозга несомненно существует. Так, погружению в гипнотическое состояние способствует все, что приводит к наступлению естественного сна; пациент, оставленный в покое после гипнотического внушения, продолжает затем спать обычным сном. Всё же более обоснованным является понимание гипноза как состояния измененного сознания, вызванного действиями гипнотизера и характеризующегося повышенной внушаемостью. В состоянии гипнотического погружения целостная мозговая деятельность невозможна, и потому формула внушения, даваемого психотерапевтом, воспринимается пациентом без критического переосмысления. Практика, однако, показывает, что как в бодрствующем состоянии, так и в гипнотическом внушить можно только те идеи, которые не противоречат собственным убеждениям человека. Не имеют никаких научных оснований бытующие среди населения предрассудки, согласно которым у человека помимо его воли с помощью гипнотического внушения могут быть созданы новые убеждения и мотивы поведения, противоречащие установкам его личности.

Методика погружения в гипнотическое состояние достаточно проста. Больной или группа больных укладываются на кушетки или усаживаются в удобные кресла с подголовниками. Дается разъяснение по поводу предстоящего лечения с указанием полной его безопасности. Погружение в гипно-

тическое состояние осуществляется «гипнотической песней». Врач неторопливо, негромким и монотонным голосом произносит фразы, в которых находят отражение ощущения человека, погружающегося в естественный сон: «Вы лежите спокойно, удобно. Вся обстановка тишины и покоя располагает ко сну. Ваши глаза устали, глаза закрыты. Дыхание ровное, спокойное. Сердце бьется ровно, спокойно. Всё тело расслабилось. Расслабляются мышцы рук, ног, в руках и в ногах появляется ощущение легкой приятной тяжести. Все посторонние мысли ушли, оставили вас. Приятное чувство тепла и дремоты охватывает все тело. Сонливость все глубже и глубже. Дремота, покой, тепло. Спать... Спать...». Такого рода «гипнотическая песня» продолжается до достижения нужной глубины погружения. При последующих сеансах «сон» обычно наступает быстрее и бывает глубже.

Чаще всего лечебное внушение производится в сомнолентной стадии гипноза. Больные слышат каждое слово врача, но, наблюдая за собой, чувствуют, что все посторонние мысли уходят, ощущается тяжесть во всем теле, расслабленность, тепло, не хочется двигаться, не хочется открыть глаза. Содержание внушения определяется клиническими проявлениями заболевания. Наиболее простым и универсальным является внушение способности вызывать у себя релаксацию и тем самым «сбрасывать» тревогу: «После сегодняшнего сеанса вы будете чувствовать себя гораздо спокойнее. Тревога исчезает, уходит. В трудные минуты жизни вам легче справиться с собой. Ваша воля крепнет. Вы можете собственным усилием воли заставить себя расслабиться, успокоиться. Крепнет уверенность в возможности выздоровления...». Продолжительность внушения — около 20 мин. Затем следует постепенное пробуждение. Врач энергичным тоном повторяет: «Сеанс лечебного сна подходит к концу. Вы постепенно пробуждаетесь. Расслабленность проходит, вы чувствуете прилив сил и энергии, хорошего бодрого настроения. Вы просыпаетесь. Откройте глаза!».

Сеансы гипносуггестивной терапии проводятся 2-3 раза в неделю, желательно в одно и то же время. Всего проводится 10-30 сеансов. При проведении индивидуальной гипнотера-

нии в случае высокой гипнабельности субъекта, когда глубокая степень погружения наступает уже в самом начале «гипнотической песни», можно перейти к одномоментному способу погружения в гипнотическое состояние. Для этого психотерапевт просит пациента встать перед ним и пристально смотреть ему на переносицу, объяснив, что сейчас по его приказу глаза у больного закроются и он упадет в кресло. Затем негромким, но твердым и решительным тоном врач произносит: «Глаза закрываются. Спать!». Такой способ не только экономит время, затрачиваемое на проведение психотерапии, но и повышает степень внушаемости пациента, в глазах которого психотерапевт приобретает качества человека, обладающего особым даром «исцеления», разумеется, такой способ эффективен лишь по отношению к пациентам с невысоким уровнем общего интеллектуального и культурного развития, глубоко уверенным в неограниченной возможности влияния на болезнь «магических сил». Широко его использовать в практике психотерапии не следует, так как он воплощает в себе все наиболее слабые стороны директивной терапии.

Эффект гипносуггестивной терапии достигается лишь при наступлении гипнотического погружения, хотя и мало зависит от его глубины. Но в случаях, когда тревога не позволяет пациенту расслабиться или он активно сопротивляется внушению врача, применяется *наркоспихотерапия*. При ней лечебное внушение производится на фоне расслабленности и легкой дремоты, наступающей под влиянием введения наркотических средств. В качестве такового можно использовать 5%-й раствор амитал-натрия, вводимый внутривенно очень медленно до появления первых признаков дремоты, сопровождающейся дизартрией речи. Этот метод наиболее эффективен при затяжных истерических и ипохондрических состояниях.

Чтобы избежать осложняющей гипносуггестивную терапию зависимости пациента от психотерапевта и утраты им собственной активности в борьбе с болезнью, практикуются методы *самовнушения (аутотренинга)*. При них психотерапевт обучает больных индивидуально или в группе спосо-

бам самостоятельного вызывания у себя релаксации, на фоне которой больной многократно повторяет формулу внушения, например: «С каждым днем мне становится все лучше и лучше. Настроение улучшается, силы увеличиваются» и т. п. Эффективность этого метода сравнительно невелика, и улучшения удастся добиться лишь у тех больных, которые на протяжении многих месяцев или даже лет педантично следуют процедуре аутотренинга.

К директивным методам, основанным на выработке у больных существенных для их адаптации условных рефлексов или, напротив, на угашении сформировавшихся патологических рефлексов, относят *поведенческую терапию*. Теоретической базой для нее служат учение о высшей нервной деятельности И. П. Павлова и В. М. Бехтерева, а также концепция оиерантного обусловливания (при котором субъект совершает какое-либо действие, которое затем подкрепляется поощрением или «наказанием») одного из основателей бихевиористской психологии Б. Ф. Скиннера. Лечение чаще всего проводится в группе больных и направлено на выработку у участников группы недостающих им жизненных умений или устранение путем специальной тренировки тревоги и страха. Поведенческая терапия по существу дела является обучающей терапией. Например, в группе тренинга умений пациенты обучаются избавляться от неуверенности, отстаивать свою точку зрения. Методика заключается в разыгрывании сценки, в которой участвуют два члена группы:

Продавец: Я бы хотел показать вам набор инструментов.

Клиент: Нет, спасибо, я не собираюсь сегодня покупать инструменты.

Продавец: Но это наиболее полный набор инструментов, он позволит вам сэкономить много денег.

Клиент: Я вам верю, но тем не менее не собираюсь покупать.

Продавец: Вы не хотите сэкономить деньги?

Клиент: Я все равно не собираюсь покупать инструменты.

Продавец: Это ваш последний шанс, и вы единственный человек в квартале, не имеющий такого набора.

Клиент: Я не буду его покупать.

В соответствии с системой оперантного обусловливания усвоение и успешное применение того или иного поведения подкрепляется публичной похвалой, вручением небольшой суммы денег или иным способом.

Другой метод поведенческой психотерапии заключается в выработке условного торможения психопатологического симптома. Чаще всего он применяется при фобических расстройствах. Суть метода заключается в том, что если в присутствии объекта, вызывающего страх, эта реакция будет частично или полностью заторможена, то тем самым ослабляется связь между этим объектом и страхом, то есть происходит угашение условной реакции вследствие неподкрепления условного раздражителя безусловным. Практически это может выглядеть следующим образом: психотерапевт втыкает в одежду больного, испытывающего страх острых предметов, множество булавок и затем прогуливается с ним в течение часа, успокаивая и отвлекая от тревожных опасений. Существует много вариантов данного метода.

К недирективной психотерапии относится *психоанализ*, разработанный З. Фрейдом и его последователями. В отличие от методов директивной терапии, психоанализ избегает всякого вмешательства извне в духовный мир пациента; вся работа производится внутри его собственного духовного мира. Только познав себя, вернувшись к своей подлинной личности (а не благодаря всегда сомнительной вере в выздоровление), человек становится господином своей болезни. Чтобы болезненное переживание было изжито, это самосознание должно прийти к больному изнутри; излечение наступает лишь тогда, когда пациент признает наконец свои невротические симптомы излишними и станет претворять энергию своих чувств не в ложные представления и образы, а в жизненный труд. Но самостоятельно он этого сделать не может. Тот же самый больной, который идет к психоаналитику, чтобы освободиться от своей болезни, зная только ее

симптомы, вместе с тем бессознательно цепляется за нее, так как эта болезнь не постороннее для него тело, но нечто им самим созданное, деятельная частица его Я, которую он вовсе не желает отдать. То, в чем признается невротик, это только симптом. Но симптом, по мнению Фрейда, никогда не указывает ясно на болезнь; наоборот, представляя собой защитную реакцию, он укрывает болезнь, суть которой состоит в изначальном конфликте, часто относящемся к периоду детства. Невротик не знает, чем вызвано его расстройство. Много лет подряд он претворяет свой внутренний конфликт в разнообразные навязчивые действия и симптомы. Цель психоаналитика заключается в том, чтобы помочь больному доискаться до первичных образов расстройства. В деятельной работе вдвоем пациент и психоаналитик проникают шаг за шагом в психическую жизнь больного в обратном направлении вплоть до того момента, когда окончательно прояснится и станет понятным внутренний разлад. В сознании пациента должны быть с максимальной точностью восстановлены место, время и все подробности забытого, вытесненного происшествия, вызвавшего «взлом» его личности, покушение на ее целостность.

Пациент ложится на кушетку так, что он не может видеть сидящего позади него врача, и рассказывает. Это не должен быть связный рассказ. Невротик должен выговориться, без обдумывания и без всякой мысли излагая в свободной форме как можно больше своих душевных переживаний. Именно через посредство таких «мало относящихся к делу» подробностей терапевт может приблизиться к содержанию бессознательного внутреннего конфликта. Больной же, видя в лице психоаналитика внимательного профессионального слушателя и соучастника в «игре», пытается перенести на него свои аффекты, будь то чувство любви или ненависти. Только с момента такого «перенесения» создается психоаналитическая интуиция; для того, чтобы распознать конфликт, врач должен созерцать его развитие в эмоциональной, жизненной форме, должен вместе с больным пережить его. Таким образом, совместная, партнерская деятельность заключается в том, что пациент в сложной, запутанной форме воспроизводит свой конфликт, а врач толкует его смысл. Про-

цесс психоанализа длится месяцы, а иногда и годы, и требует от врача длительной душевной сосредоточенности. Он должен сопоставлять данные каждого сеанса со всеми предшествующими, чтобы подметить, какие эпизоды больной повторяет подозрительно часто, в каких пунктах его рассказ вступает в противоречия с самим собой, о чем он упорно умалчивает, где говорит слишком громко или тихо, где ускоряет темп речи или вдруг останавливается. Все задержки и противодействия больного должны служить основанием для подозрения, что за ними кроется конфликт, удерживаемый в бессознательном, с тем чтобы от подозрения к подозрению перейти к уверенности. Таким образом, психоаналитическому методу чужды шаблоны. Он возлагает на врача долг разрабатывать в каждом индивидуальном случае особую систему, требует от него особых качеств личности, присущих лишь немногим. Поэтому психоанализ может быть призванием избранных, а не рядовой профессией.

В противоположность психоанализу, видящему источник динамики личности в сфере бессознательных влечений, *личностно-ориентированная психотерапия*, базирующаяся на принципах гуманистической психологии, обращается к осознаваемым пациентом структурам психической деятельности, гуманистическая психология постулирует уникальность человеческой личности, ее свободу делать любые выборы и брать за них на себя всю ответственность. Личность человека неисчерпаема. По мнению французского писателя и философа-экзистенциалиста Жан-Поля Сартра, человек не имеет определенной сущности, так как такая сущность вступила бы в противоречие с его способностями творить себя, бесконечно себя трансформировать. Источником этого движения служат эмоции человека, его боль, конфликт, чувство своей вины, составляющие его внутренний опыт. В каждом человеке изначально заложено стремление к самоактуализации, к реализации своих способностей. Опыт, который способствует реализации своего Я, является конструктивным и ведет к гармоничному развитию, а опыт, препятствующий актуализации, является деструктивным и нарушает адаптацию.

Цели и задачи гуманистической психотерапии, обозначен-

ной как *терапия, ориентированная на клиента*, были наиболее полно сформулированы американским психотерапевтом Карлом Роджерсом (1902—1987). Они заключаются в том, что пациент должен избавиться от представлений о себе как о человеке, недостойном уважения, который живет по чужим нормам. У него должно сформироваться положительное представление о себе (высокая Я-концепция). Он будет реже прибегать к использованию защитных механизмов и будет более открыт своему и чужому опыту, у него уменьшится различие между тем, каким он видит себя (Я-реальное) и кадим он хочет быть (Я-идеальное).

Все это достигается открытым и доверительным общением пациента и терапевта, который выступает перед клиентом как реальный человек со своими искренними чувствами, сам открытый своему и чужому опыту. Главным условием контакта с терапевтом у пациента должно служить ощущение, что он *принят* именно таким, каков он есть со своими чувствами отчаяния, страха, незащищенности. Это принятие другого есть процесс не логический, а эмоциональный, эмпатический, и трудно себе представить, чтобы холодный аналитик мог быть хорошим психотерапевтом. Эмоционально открытый психотерапевт ничего не внушает пациенту и ничему его не обучает. Он лишь помогает ему использовать свой личный опыт, выступая в качестве «участвующего наблюдателя», который способен схватить все то, к чему пациент приближается на разных уровнях: не только в мире слов, но и на уровне мимических движений, жестов, различных чувств, которые он хотел бы передать неуловимым образом. Функция психотерапии — продолжить упорные попытки двух людей восстановить полноту человеческого бытия через связь между ними. Вот короткий фрагмент записи беседы клиента и терапевта:

Клиент: Я словно вижу внутри себя оголенный нерв.

Терапевт (мягко): Как если бы самые чувствительные части вашего тела были почти физически повреждены, раздавлены.

Клиент: Да, и вы знаете, у меня такое чувство — «Какая же я несчастная!»

Терапевт: Вы словно не можете себе помочь, словно глупо сожалеете о человеке, которым вы являетесь...

Почему человек, ищущий помощи, изменяется к лучшему, когда он в течение некоторого времени включен в подобные отношения? К. Роджерс отвечает на это следующим образом. Во-первых, когда он обнаруживает, что кто-то другой с участием воспринимает его чувства, он поистине становится способным слышать себя: понимать, когда он испуган, осознавать, когда он бывает смелым. По мере того, как он учится слышать себя, он начинает и в большей степени принимать себя. Он обнаруживает, что терапевт высказывает постоянное и безусловно положительное отношение к нему и к его чувствам. Медленно он продвигается к тому, чтобы так же относиться к себе, принимая себя таким, каков он есть. Когда происходят эти изменения, он обнаруживает, что может свободно расти и изменяться в свойственном человеку направлении к текучей, изменчивой, наполненной дифференцированными чувствами жизнедеятельности.

Применяемые в медицине и психологии варианты психотерапии, ее техника бесконечно разнообразны. Научные их основания формулируются в виде гипотез и выражениях, свойственных мировоззрению их авторов. Проверка этих гипотез затруднена, так как они трудно интегрируются в систему научных знаний, что не исключает их практической полезности. Последняя зависит не только от используемых технических приемов, но и от индивидуальных качеств терапевта, его личного авторитета и авторитета медицинского учреждения. Более всего психотерапия эффективна, когда применяемая техника соответствует ожиданиям пациента, отвечает его взглядам и убеждениям относительно природы болезни и ее лечения. Эти убеждения зависят от традиций и культурных ценностей данного общества. В демократическом обществе, утверждающем ценность личности, пациент испытывает облегчение, когда почувствует, что снова может стать самим собой, выражать свои подлинные чувства,

раскрывать свои индивидуальные способности. Ему будут импонируют слова «молитвы», предложенной автором гештальт-терапии Ф. Перлзом: «Я делаю свое, а ты — свое. Я живу в этом мире не для того, чтобы соответствовать твоим ожиданиям. Ты — это ты, а я — это я. Если нам случится найти друг друга — это прекрасно, а если нет — этому нельзя помочь».

В отличие от этого, в тоталитарных обществах с господствующей среди населения «коллективной психологией» подчеркивание самоценности Я («якание») способно вызывать у пациента тревожное чувство отстраненности от коллектива, одиночества и незащищенности. Пациент ожидает от терапевта подтверждения желаемым мыслям о том, что он «такой, как все» и общество должно взять на себя решение его проблем. В этих условиях роль авторитарного «психотерапевта» нередко берет на себя «народный целитель», шаман, представитель нетрадиционной медицины. Сила его в том, что он — плоть от плоти народа, даваемые им объяснения причин и механизмов болезни, способов ее лечения близки и понятны обывателю, так как они сводят порой очень сложные биологические и психические явления к простым механическим отношениям. Так возникают не имеющие научных оснований представления об исцелении с помощью «биоэнергии», о чудодейственном влиянии на организм «природной воды» и т. п. Практическая полезность подобных процедур, сколь бы велика ни была вера в необыкновенные способности «целителя», не является бесспорной.

Некоторые психотерапевты в погоне за популярностью берут на вооружение приемы, используемые народными целителями, пытаясь совместить их с общепринятой психотерапевтической техникой. Но внешне эффективным приемам, безусловно, нужно предпочесть научно обоснованные методы психотерапии. По мнению Б. Д. Карвасарского, наиболее перспективной является тенденция к интеграции ее разновидностей в систему, включающую оправдавшие себя на практике приемы поведенческой, гуманистической, динамической и когнитивной терапии.

Частная психиатрия

Сколь бы ни было велико своеобразие психиатрии как медицинской специальности, изучающей «болезни души», прогресс ее видится в русле общей медицины и теоретических наук, опирающихся на фундаментальные механизмы патологии человека. Естественное соединение психиатрии с общей медициной происходит на основе нозологии — учения о болезнях, рассматриваемых в единстве этиологии, клиники и течения, диагностики. Психопатология как частное знание о проявлениях психической болезни с точки зрения нозологии не исчерпывает целостного понимания сущности психического заболевания. Поэтому раздел психопатологии должен быть дополнен описанием отдельных нозологических форм болезней разной этиологии.

Ортодоксальное нозологическое мышление требовало бы от психиатра изучения и описания психических расстройств при действии на человека каждой из бесчисленных нозологических вредностей, которые могут стать источником заболевания. Но клинический реализм отвергает такой подход к решению проблемы нозологической классификации. Для понимания нозологической природы психической болезни достаточно изучить и идентифицировать ее в группе однородных болезней: соматогенных, общих инфекционных, связанных с опухолью головного мозга и т. д. Дальнейшее дробление нозологических форм на основе уточнения этиологии (например, связанных с пневмококковой, стафилококковой, колибациллярной инфекцией) допустимо лишь до той черты, за которой перестает восприниматься клиническое своеобразие заболевания. При отсутствии явных клинических различий заболевания с разной, хотя и «родственной», этиологией должны рассматриваться в рамках единой нозологической единицы, а конкретный этиологический фактор следует учитывать лишь при назначении лечения (например, выбор антибиотика в соответствии с той или иной чувствительностью к нему микробного агента).

Психиатр, курирующий больного, не может оставаться лишь психопатологом. Если больной нуждается в психиатрическом лечении, психиатр выступает как *лечащий врач*, использующий в своей медицинской практике все свои клинические знания. Именно психиатр как *лечащий врач* формулирует окончательный диагноз, включая диагноз основного и сопутствующих заболеваний, пользуясь в случае необходимости консультациями других специалистов, и назначает лечение больного.

Группы нозологических форм психических болезней прямо соотносятся с группами психопатологических синдромов «родственной» этиологии, описанных в главе V, хотя и не совпадают с ними полностью. Это группы психогенных заболеваний (расстройств личности), эндогенных психозов, органических психических заболеваний. Последняя группа является сложной и требует деления на подгруппы: а) полиэтиологические заболевания с поражением головного мозга и мозговыми дисфункциями, б) психические расстройства в связи с атрофическими заболеваниями головного мозга, в) психические расстройства в связи с опухолями головного мозга, г) психические расстройства в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями, д) психические расстройства в связи с общими соматическими и инфекционными заболеваниями, е) психические расстройства в связи с черепно-мозговыми травмами. В особый раздел выделена группа наркологических заболеваний.

Глава VII

Функциональные психогенные заболевания

§ 1. Неврозы

К неврозам относят заболевания, в основе которых лежит патология высшей нервной деятельности функционального характера, вызванная личностным конфликтом и проявляющаяся пограничными психическими и сомато-вегетативными расстройствами.

Неврозы относятся к широко распространенным заболеваниям человека, однако учесть их в населении трудно, так как границы их неопределенны и они с неодинаковой частотой диагностируются специалистами разного профиля. Многие больные неврозами вообще не обращаются за медицинской помощью или лечатся у врачей-интернистов с диагнозами различных соматических и психосоматических заболеваний. Часть пациентов, страдающих неврозами, обращаются за помощью к представителям так называемой «народной медицины» и потому не учитываются медицинской статистикой. Неопределенность границ и отсутствие общепринятых критериев диагностики неврозов послужили поводом к тому, что в Международной классификации болезней 10-го пересмотра диагноз невроза не предусматривается, а относящиеся к этой группе заболеваний патологические состояния представлены в синдромологическом плане. Этим обеспечивается относительное единообразие их диагностики, необходимое для целей медицинской статистики. Между тем в медицинской науке накоплен большой объем знаний относительно клинических проявлений и течения, этнопатогене-

за и лечения функциональных заболеваний, традиционно относимых к категории неврозов. Большой вклад в их изучение был внесен учением И. П. Павлова о высшей нервной деятельности и учением о психоанализе З. Фрейда. Полный отказ от существующих до настоящего времени в медицине представлений о неврозах как о нозологических формах заболеваний представлял бы шаг назад в понимании функциональной патологии психической деятельности человека.

Социальное и медицинское значение неврозов выходит за пределы той роли, которую играют при них психические расстройства или расстройства личности. Неврозы являются источником психосоматических заболеваний, приводящих к развитию органических изменений во внутренней среде организма. Больные неврозами со стойкими сомато-вегетативными нарушениями (соматоформные расстройства), по мнению многих исследователей, составляют не менее 30% от числа всех пациентов, обращающихся в поликлиники с соматическими жалобами, и этот контингент больных является особенно «трудным».

Этиопатогенез

Непосредственной причиной неврозов служит психогения, приводящая к состоянию психоэмоционального напряжения (фрустрации). По данным Томского научного центра, различные стрессовые факторы в быту и на производстве приводят к острому и затяжному психоэмоциональным расстройствам, имеющим, однако, общие закономерности, которые следует учитывать при ранней диагностике неврозов. На первый план выступают симптомы общей тревожности. Это демонстрируется резким повышением профилей ММРП, особенно по шкалам ипохондричности, истероидности, психастеничности и шизоидности. По цветовому тесту Люшера наблюдается отвержение основных цветов (красного, желтого, зеленого, синего) и преобладание выборов серого и коричневого спектров, что указывает на состояние нервного истощения, чувство неудовлетворенности, беспомощности, раздражительность и тревогу. По фрустрационному тесту Розенцвейга выявляется низкий показатель групповой адап-

тации и повышение экстрапунитивных тенденций (направленной вовне агрессивности).

Отмечаются гормональные сдвиги: повышение уровня содержания в плазме кортизола, тиреоидных гормонов, снижение уровня гормона поджелудочной железы — инсулина, а также дисбаланс в эндогенной оппонентной системе.

Нейрофизиологическими исследованиями было показано, что механизм невротической тревоги связан с патологическим усилением влияния на кору головного мозга со стороны восходящего отдела ретикулярной формации мозгового ствола и гипоталамуса, с повышенном тонуса симпатoadреналовой системы и усилением вегетативных реакций на эмоционально-стрессовые раздражения. По мнению И. П. Павлова, разработавшего учение о патологии высшей нервной деятельности при экспериментальных неврозах, неврозы возникают вследствие перенапряжения основных нервных процессов — возбуждения и торможения — или их подвижности. Была установлена зависимость возникновения экспериментальных неврозов от типа высшей нервной деятельности, причем у животных возбудимого типа срыв нервных процессов под влиянием чрезмерных по силе раздражителей происходил в сторону патологического преобладания процессов возбуждения, а у животных тормозимого типа — в сторону преобладания процессов торможения.

Неврозы представляют собой единую группу заболеваний, но проявления их могут быть разнообразными в зависимости от особенностей личности больного и характера психической травмы. Эти различия, обстоятельно описанные в классической психиатрической литературе, в настоящее время отчасти сгладились вследствие наторморфоза (индоизменения) психических заболеваний: при всех видах неврозов стали преобладать астенические, психоневротические, соматовегетативные проявления. Все же сохраняется деление неврозов на три основных формы: неврастению, истерический и обсессивно-фобический неврозы (последний подразделяется иногда на обсессивный и фобический). Значимым является также возрастной фактор, накладывающий большой

отпечаток на клиническую картину неврозов, поскольку он более всего отражает социальнобиологические особенности адаптации человека и характер защиты от тревоги, вызванной психическим конфликтом.

1. Неврозы детского возраста

Неврологические расстройства разной степени выраженности встречаются примерно у трети детей, посещающих детский сад, и в еще большем проценте случаев — у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. У мальчиков тяжелые неврозы наблюдаются чаще, чем у девочек.

Хотя у детей, так же как у взрослых, причиной неврозов является психогения, сравнительно большую роль в качестве дополнительного фактора у них играет врожденная функциональная и органическая недостаточность центральной нервной системы, клинически проявляющаяся в виде синдрома невропатии или конституциональной детской невропатии.

Невропатия у детей младшего возраста проявляется выраженными вегетативными симптомами, такими как повышенная потливость, бледность кожных покровов с цианозом носогубного треугольника, тахикардией, дыхательной аритмией, ознобом. Характерны повышенная чувствительность к колебаниям внешней температуры, к холоду при смение пеленок, к шуму, яркому свету, духоте. Сомато-вегетативная возбудимость усиливается при нарушениях режима дня или при помещении ребенка в детское учреждение. К вегетативным расстройствам при невропатии относятся также нарушения аппетита, частые срыгивания, рвота, неустойчивый стул, реже — пилороспазм. В некоторых случаях возникает преходящий субфебрилитет, не связанный с заболеваниями внутренних органов или инфекциями. Дети бывают соматически ослабленными, часто болеют простудными, аллергическими заболеваниями, у них бывают опрелости, кожный зуд. Повышенная нервозность проявляется и в поведении: такие дети капризны, раздражительны, пугливы, не идут на руки к незнакомым людям. При испуге или во время плача у них могут возникать аффект-респираторные судороги: дыхание внезапно останавливается, дети «синют»,

выгибаются дугой. Приступ длится несколько минут и заканчивается плачем, общей вялостью.

При неврологическом обследовании детей с невропатией часто выявляются косоглазие, нистагм, тремор подбородка и рук, клонус стоп и другие симптомы. Не всегда их можно с уверенностью связать с каким-либо поражением во время родов или в перинатальном периоде. С возрастом неврологические изменения сглаживаются или остаются лишь единичные симптомы, образующие синдром конституциональной аномалии центральной нервной системы.

Роль невропатии в развитии неврозов тем больше, чем меньше возраст начала заболевания. По мере взросления ребенка на первый план среди причин заболевания выступает психическая травма, вызывающая фрустрационное и напряженное состояние. Обстоятельства психического травмирования у детей обычно иные, чем у взрослых. Чаще всего это неблагополучная семья, алкоголизм в ближайшем семейном окружении, распад семьи, жестокое и бездушное отношение к ребенку, игнорирование его законных интересов, преследование со стороны асоциальной группы сверстников, бестактное поведение в школе учителя по отношению к ученикам. Но все эти факторы, безусловно имеющие большое патогенное значение, не раскрывают полностью существа психогенной ситуации. Для понимания ее необходимо учесть некоторые общие закономерности развития ребенка, начиная с раннего возраста. Иначе остаются непонятными частые случаи возникновения неврозов у детей, воспитывающихся во внешне благоприятных условиях и при кажущемся отсутствии психогенной ситуации.

С момента рождения происходит непрерывный процесс усвоения ребенком требований, предъявляемых обществом, — социализация. В раннем детском возрасте этот процесс непосредственно связан с взаимодействием ребенка с членами родительской семьи или лицами, ее заменяющими. Это происходит в условиях, когда завершается еще незаконченный процесс биологического формирования структуры и функции головного мозга. Именно в этом периоде клетки головного мозга, закладывающиеся в вентральной части нервной трубки, завершают миграцию по направлению к коре и

распределяются строго по своим местам в соответствии со своими специфическими свойствами, устанавливаются их структурные связи с другими иерархическими элементами. Не исключена возможность, что при нарушении условий возрастного развития часть мигрирующих клеток может неадекватно реагировать на направляющие стимулы и в результате оказаться в неверном положении (У. Коуен). Это поведет к структурной аномалии и функциональной недостаточности высших отделов центральной нервной системы.

Психологическими исследованиями было показано, что главным условием гармоничного психического развития маленького ребенка служат искренняя заинтересованность, эмоциональная поддержка и забота со стороны родителей. Анатомическая и функциональная незрелость всех систем организма в этом возрасте делает заботу родителей необходимым условием выживания. Ласка матери, тепло ее тела при кормлении — все это служит для ребенка символом защищенности, столь же необходимым для его нормального развития, как и правильное вскармливание. Для гармоничного формирования характера ребенка нужно, чтобы рядом находился хотя бы один взрослый человек, любящий и безоговорочно принимающий его. В возрасте до 18 месяцев ребенок должен приобрести доверие к окружающему миру. У детей, воспитывающихся в неблагополучных семьях или вне семьи, в домах ребенка, даже при благоприятных условиях содержания могут в последующем наблюдаться низкая Я-концепция, чувство своей малоценности, недоверие к людям, враждебность, вялость эмоциональных реакций. Так закладывается основа невротической личности, являющейся важным условием развития невроза, который может проявиться и при отсутствии тяжелых травмирующих обстоятельств.

Возраст от 1,5 до 3-4 лет знаменуется стремлением ребенка к самостоятельности. Это часто встречает сопротивление взрослых, порождающее у ребенка чувство неуверенности в себе. По мнению известного психолога неопрейдистского направления Эрика Эриксона, альтернатива самостоятельности и неуверенности — ключевая проблема детства. Родители долж-

ны свести к минимуму все ограничения, запрещая ребенку только то, что абсолютно недопустимо, и быть при этом твердыми и последовательными. При действии излишних ограничений страдает самоуважение ребенка, который боится быть отвергнутым, неуверен в том, что к нему будут благоприятно относиться независимо от его успехов и неудач.

В дошкольном и младшем школьном возрасте все большее влияние на ребенка начинают оказывать оценки, даваемые ему родителями, воспитателями, а затем и сверстниками. Если у ребенка, воспитывавшегося в условиях защищенности, любви и уважения его законных интересов, сформировалась достаточно высокая самооценка, то его Я-концепция сама защищает себя от отрицательных оценок, расходящихся с представлением о себе. Но в случае низкой самооценки ребенок становится болезненно чувствительным к тому, как воспринимают его окружающие. Такие дети не уверены в себе, испытывают трудности в общении со сверстниками, учатся с явным напряжением.

В случае, если в результате воздействия на ребенка с момента рождения неблагоприятных биологических и социально-психологических факторов у него складывается готовность к развитию невроза, любая, в том числе, казалось бы, незначительная, психогения способна повести к манифестации болезни. К числу наиболее распространенных факторов, приводящих к неврозу у предрасположенной личности в детском возрасте относятся следующие: один или оба родителя отвергают ребенка, отказывают ему в любви; ребенок и семья служит средством разрешения супружеских конфликтов; угрозы разлюбить ребенка или покинуть его как средство воспитательного воздействия; внушение ребенку, что он повинен в разводе или смерти одного из родителей или близких родственников; отсутствие в непосредственном окружении человека, способного понять переживания ребенка (Е. Т. Соколова).

По своим клиническим характеристикам картина детских неврозов довольно бедна и отличается малым количеством симптомов. Характер их определяется возрастом ребенка;

нарушаются те нервно-психические функции, которые наиболее интенсивно формируются на данном этапе (В. В. Ковалев): от 0 до 3 лет это функции сомато-вегетативные, от 4 до 10 лет — психомоторные, от 7 до 12 лет — аффективные и от 12 до 16 лет — эмоционально-идеаторные.

Самым частым симптомом детских неврозов является страх. У детей младшего возраста чаще всего встречается страх одиночества (изоляция). Возникает беспочвенное тревожное опасение быть брошенным, потерять родителей. Страх ощущается сильнее, когда дети остаются дома в одиночестве или в темноте. Их охватывает чувство беспомощности, ужаса и незащищенности перед возможным появлением воображаемых сказочных чудовищ, что отражает отсутствие уверенности в поддержке со стороны взрослых. Иногда ночной страх бывает связан с происшедшим ранее пугающим событием или пережитым сновидением. Ребенок в испуге просыпается, кричит и не успокаивается до тех пор, пока родители не возьмут его на руки, не положат с собой в постель. В младшем детском возрасте страхи обычно бывают кратковременными и проходят спустя несколько недель.

В дошкольном и младшем школьном возрасте преобладает страх смерти — своей или родителей. Он может принимать форму опасений нападения бандитов, «мертвецов», страха огня и пожара. Нередко в нем находят отражение ранее просмотренные телепередачи и кинофильмы, прочитанные книги с устрашающими сюжетами. Наряду со страхами в этом возрасте наблюдаются и другие симптомы: дети часто бывают тревожны, обидчивы, пугливы, плаксивы, настроение у них бывает неустойчивым, в своих рисунках они изображают символы смерти — могилки с крестами. Они боятся спать, просят, чтобы кто-нибудь посидел с ними, во сне вздрагивают, испытывают пугающие сновидения.

Невроз страха может затягиваться до 2-3 лет. Элементарные и недифференцированные страхи принимают характер фобий — типа агорафобии или социальных фобий. Однако в связи с недостаточно развитыми у детей абстрактным мышлением и способности к самоаблюдению и самоотчете на-

вязчивые состояния не бывают представлены в развернутом и завершеном виде. О них можно судить не столько по словесному отчету ребенка, сколько по его поведению. Так, ребенок, испытывающий навязчивый страх заражения, подолгу моет руки. Делая уроки, он многократно обводит каждую букву — «чтобы не получить плохую отметку». Идя по улице, он старается не наступать на трещины в асфальте — «чтобы не умерла мама». Таким образом, навязчивые состояния ребенка принимают форму определенных ритуальных действий, которые как бы служат для него защитой от тревоги и страха, хотя понимание защитного их характера у ребенка отсутствует.

Ближе к навязчивым состояниям, наблюдающимся у взрослых, стоят фобии и обсессии у подростков. Больные в этом возрасте уже в состоянии бывают проанализировать и выразить в словесном отчете свое отношение к ним как к тягостным, болезненным переживаниям. Особенно часто у подростков встречаются социальные фобии: навязчивые опасения покраснеть, показаться в обществе смешным. Такие подростки с тревожно-мнительным характером, болезненно ранимые и чувствительные ощущают себя скованными и неловкими в кругу других людей, особенно незнакомых. Волнение и опасение показаться «не таким, как все» действительно вызывает у них гиперемию лица, что в свою очередь еще более усиливает их чувство неловкости и недовольства собой.

Более частыми и типичными для детей являются компульсивные влечения, заключающиеся в том, что у больных независимо от их разума и воли возникает непреодолимое стремление совершать действия бессмысленные и часто ведущие к нежелательным последствиям. В момент совершения они бывают недоступны сознательному контролю. К компульсивным действиям и влечениям относят, например, сосание пальца, кусание ногтей, выдавливание угрей, выдергивание волос и заглатывание их. Совершение этих действий доставляет своеобразное наслаждение или позволяет избавиться от тягостного эмоционального напряжения,

К невротическим компульсивным действиям относят также усиленную и неоднократно повторяемую в течение дня *мастурбацию (онанизм)* — искусственное вызывание полового наслаждения путем раздражения руками половых органов и воображения эротических сцен. Ее нужно отличать от «физиологической» мастурбации, которая имеет место более чем у 95 % мальчиков и 40—50 % девочек. Она является выражением пробуждающегося естественного полового влечения при минимальных возможностях его удовлетворения путем контактов с лицами противоположного пола.

Все компульсивные влечения отличаются большой стойкостью и склонностью к рецидивам, несмотря на активные попытки взрослых и самих детей преодолеть их.

С невротическим страхом и тревогой у детей непосредственно связаны тики. К ним относятся разнообразные автоматизированные, постоянно повторяющиеся и однотипные движения: мигание, наморщивание лба, подергивания головой, плечами и др. Они возникают в возрасте после 4 лет и часто бывают связаны с невротической фиксацией ранее целесообразного движения, например подергивания головой в связи с раздражением кожи шеи тугим воротничком, мигательными движениями при конъюнктивите. Тики у невротичных детей могут возникать и по механизму подражания, когда ребенок наблюдает их у кого-либо из членов семьи или у товарища. У мальчиков невротические тики встречаются чаще, чем у девочек.

Особое место занимают генерализованные тики — синдром Туретта, при котором наблюдаются размашистые тикообразные движения рук, импульсивные подергивания, подпрыгивания, гримасничание иногда с одновременным выкрикиванием бранимых слов, обычно измененных в своем звучании так, что их трудно бывает узнать. Происхождение их до настоящего времени остается недостаточно изученным. Придается значение повышению активности стрнарных дофаминэргических систем мозга, связанных, возможно, с наследственной отягощенностью. Отношение данного синдрома к неврозам является спорным, хотя налицо

чие невротической тревоги, провоцирующей генерализованные тики, в большинстве случаев удается отметить. Течение болезни бывает длительным, волнообразным; с возрастом генерализованные тики ослабевают или исчезают, но на смену им часто приходят расстройства личности и нарушения поведения с расторможенным влечением.

К невротическим двигательным расстройствам у детей и подростков отводится *з а и к а н и е*, проявляющееся нарушением темпа и плавности речи с судорогами речевой мускулатуры функционального характера. Кратковременное невротическое заикание встречается у 4 %, а относительно стойкое — у 1 % всех детей. Начало его обычно бывает приурочено к возрасту 4-5 лет, когда происходит усложнение фразовой речи. В 20 % случаев заиканию предшествует невропатия. Непосредственной причиной, приводящей к возникновению заикания, обычно служит «шоковая» психическая травма, испуг. Среди факторов, способствующих заиканию, существенное место занимает подражание, когда в ближайшем окружении ребенка имеются другие заикающиеся дети и подростки.

Заикание усиливается при волнении и тревоге. С 10—11 лет дети начинают стесняться своего дефекта, замолкают в присутствии посторонних, в классе у доски. В то же время в привычной домашней обстановке, во время игры заикание может становиться почти незаметным. Но проявляются другие невротические симптомы: страхи, нарушения настроения, функциональные сомато-вегетативные расстройства.

Заикание может быть временным, и оно постепенно исчезает самопроизвольно или под влиянием лечения. Но возможна его фиксация в связи с закреплением патологического моторного речевого стереотипа. К 25 годам оно сохраняется у 10 % всех заикавшихся в детском и подростковом возрасте. Неблагоприятное течение болезни обычно наблюдается при развитии невроза на фоне резидуально-органического поражения центральной нервной системы вследствие патологии беременности и родов у матери или иных причин.

Частым проявлением детских неврозов является невроти-ческий энурез. О нем принято говорить как о патологическом явлении при недержании мочи у ребенка с 4-летнего возраста. Распространенность его достигает у мальчиков 12 %, у девочек — 7 %. К началу школьного возраста частота энуреза снижается до 4,5 %. При обострении психотравмирующей ситуации энурез резко усиливается, тогда как в благоприятных условиях он возникает редко — 2—3 раза в месяц и спустя несколько месяцев спонтанно прекращается. После 18 лет невротический энурез наблюдается крайне редко.

Невротический энурез нужно отличать от недержания мочи при урологических (аномалии уrogenитальной системы), эндокринных (сахарный и несахарный диабет), неврологических заболеваниях. При них энурез наблюдается как в ночное, так и в дневное время; присутствуют и другие симптомы невроза. Уже в дошкольном возрасте дети начинают стесняться своего недостатка, болезненно на него реагируют, если они подвергаются наказаниям со стороны взрослых и насмешкам со стороны сверстников, особенно в детских учреждениях. В подростковом возрасте в связи с этим возникают снижение настроения, чувство неуверенности в себе, собственной неполющенности, что отрицательно сказывается на формировании характера ребенка.

Реже в детской практике приходится встречаться с невротическим энкопрозом. Речь идет о непроизвольном упускании кала. У ребенка, уже приобретшего навыки опрятности, периодически на белье обнаруживается небольшое количество экскрементов. Позыва к дефекации ребенок, как правило, не испытывает даже в дневное время, во он стыдится своего недостатка и прячет от родителей испачканное белье. Своеобразной компенсаторной реакцией личности может быть чрезмерное пристрастие ребенка к чистоплотности и аккуратности.

В МКБ-10 неврозы у детей в качестве самостоятельной нозологической формы не выделяются, но описываются лишь

отдельные встречающиеся при них синдромы, в том числе указанные выше.

Недостатком такого синдромологического подхода к диагностике является то, что целостная картина заболевания при этом утрачивается. В клинической практике невротические расстройства у детей редко встречаются изолированно. Как правило, наблюдается их сочетание (*коморбидность*). Например, навязчивые действия сочетаются с заиканием, при невротическом энурезе имеются ночные страхи, явления вегето-сосудистой дистонии; и т.д. Все же один из симптомов выступает на первый план, что позволяет определить общую картину невроза. Кроме того, у невротичных детей встречаются аномалии характера, такие как чрезмерная застенчивость и робость, чувствительность, болезненно развитое самолюбие, стремление привлечь к себе внимание своими «несчастьями», болезнью. Наблюдаются и симптомы гиперкомпенсации чувства своей неполющенности в виде патологического фантазирования, демонстративного поведения с неожиданными отчаянными или дерзкими поступками.

2. Неврозы у взрослых

Начиная с юношеского возраста и в периоде зрелости распределение неврозов по отдельным нозологическим формам, нечеткое в детском возрасте, становится более выраженным, что позволяет дифференцировать эту общую группу заболеваний по особенностям этиопатогенеза, клинической картины и течения. Все же эта дифференциация не является абсолютной, и границы между отдельными видами неврозов нельзя считать изначально четко фиксированными. Наиболее часто в психиатрии выделяют следующие виды этого заболевания.

Неврастения является самой распространенной формой невроза. Непосредственной причиной ее служат семейные, бытовые и производственные конфликты, представляющие угрозу для общественного престижа субъекта, отрицательно

влияющие на его самоуважение и раиющие самолюбие. В целом, можно сказать, что причиной неврастении служат конфликтные ситуации, представляющие угрозу для Я-концепции индивида и снижающие ее. Подобная ситуация складывается обычно у людей с гиперсоциальными чертами личности, высоким уровнем самоуважения, стремящихся путем мобилизации всех своих физических и духовных ресурсов добиться признания и уважения со стороны окружающих. Они берутся за множество дел и, обладая развитым чувством ответственности, стремятся выполнить их, работая постоянно в условиях дефицита времени. Если такие усилия превышают их возможности, а недостаточная с их точки зрения оценка их деятельности в семье и на работе глубоко ранит самолюбие, возникает трудноразрешимый внутрениий конфликт, приводящий к развитию невроза.

Астенические расстройства при неврастении тесно связаны с переживанием тревоги. Больные постоянно жалуются на усталость, вялость, ощущение разбитости. Работоспособность их, по оценкам окружающих, существенно не страдает, но прежнюю работу им удается выполнять путем большего напряжения сил. Это создает у больных ложное представление о снижении своей социальной полезности. Они становятся нетерпеливыми и раздражительными, реакции раздражения сопровождаются вегетативными симптомами: покраснением или побледнением кожных покровов, сердцебиением, потливостью, тремором пальцев рук. Характерна слезливость, более выраженная у женщин. У мужчин на первый план выступает невротическая депрессия с пессимизмом, скукой, ворчливостью, недовольством собой и окружающими.

С тревогой связана невротическая бессонница, которая в трети случаев составляет одно из главных проявлений неврастении. Нарушения сна проявляются трудностями засыпания, неглубоким и укороченным сном. Однако полного отсутствия сна, на которое иногда жалуются больные, не бывает. Как показали исследования с непрерывной записью ЭЭГ в течение ночи, продолжительность сна у больных редко со-

ставляет менее 5 час в сутки. У пациентов, которые жалуются на «полную бессонницу», речь идет о неузнаванні (агнозии) сна, когда в периоды непродолжительного и качественно измененного сна он не воспринимается и не запоминается ими. Неполюценный ночной сон не приносит чувства бодрости, и больные в утренние часы чувствуют себя особенно усталыми и разбитыми.

Столь же частым симптомом неврастенни являются головные боли. Боль обычно бывает умеренной, но больные неврастенней со свойственной им тревожностью и нетерпеливостью бывают склонны преувеличивать ее тяжесть. Головная боль может иметь пульсирующий характер, пульсации ощущаются в висках, в области глазных яблок, иногда сопровождаются поташиванием и легким головокружением. В подобных случаях предполагается ее связь с нейрососудистыми механизмами (спазм мозговых сосудов). В других случаях боль локализуется преимущественно в затылке и сочетается с болезненным напряжением шейных мышц, что позволяет говорить о ее нейромышечном происхождении. В том и в другом случае головные боли легко устраняются приемом анальгезирующих средств (ацетилсалициловая кислота, парацетамол, анальгин).

С большим постоянством при неврастенни наблюдаются нарушения деятельности внутренних органов функционального характера. Вегето-сосудистая дистония проявляется в виде повышения частоты сердечных сокращений — вплоть до пароксизмальной тахикардии, колебаниями артериального давления в сторону его повышения или понижения, умеренными колющими болями и ощущением давления в области сердца при отсутствии характерных для ишемической болезни сердца изменений ЭКГ. Отмечаются также потливость и акроцианоз. Некоторые больные жалуются на ощущение нехватки воздуха, хотя при объективном наблюдении нарушений дыхательной функции не отмечается. Со стороны желудочно-кишечного тракта бывает снижение аппетита, но иногда также его повышение (вервая булимия), приводящее к увеличению массы тела. Частыми являются жа-

лобы на изжогу. С большим постоянством встречаются запоры спастического характера. Все эти изменения обычно бывают нестойкими, «капризными». Так, больной жалуется на возникновение изжоги и тошноты при употреблении в пищу растительного масла или животного жира, но спустя некоторое время начинает употреблять эти продукты, не испытывая никаких болезненных ощущений. Следует также указать на возможность возникновения функциональных сексуальных расстройств в виде понижения половой потенции или преждевременной эякуляции у мужчин и половой холодности (*фригидности*) у женщин.

Можно проследить связь между выраженностью соматовегетативных расстройств и обострением конфликтной ситуации. Но эта связь не бывает простой и прямой. Часто усиление симптомов вегетососудистой дистонии наступает не в момент очередной психической травмы, а спустя некоторое время, когда начинается систематическое обдумывание больным сложившейся ситуации, возникают новые опасения по поводу неблагоприятных последствий конфликта для собственной судьбы и престижа и усиливается тревога. Иногда одно лишь воспоминание о пережитом ранее конфликте вызывает к жизни прежние обиды и усиливает внутреннее напряжение, что в свою очередь приводит к усилению соматовегетативных расстройств. Таким образом, связь функциональных соматических нарушений с психическим конфликтом всегда опосредуется колебаниями уровня тревоги. Источником ее могут быть не только текущие жизненные трудности и стрессовые реакции, но и неосознаваемые субъектом фрустрационные переживания, берущие начало в прошлом, включая психические травмы детского возраста.

Тревога, как было ранее сказано, является биологическим (витальным) чувством. Приспособительное ее значение заключается в том, что внутреннее напряжение требует поиска дополнительной информации о грядущей опасности и способов ее избегания. В современных условиях таким способом является бессознательное перенесение тревожных опасений на тот или иной объект. Им может стать возможность

тяжелого заболевания, чаще всего распространенного и «модного» (инфаркт миокарда, злокачественное новообразование и т.п.). Приписывая себе тяжелую болезнь, больной бессознательно стремится выступать в новом качестве тяжело страдающего человека и тем самым как бы защищает себя от невыносимой тревоги и чувства вины, связанных с травмирующей ситуацией. Таков механизм формирования невротической ипохондрии, часто выступающей на первый план в картине неврастения. Роль «тяжелого заболевания» могут также занимать тревожные опасения по поводу «сглаза», «порчи» и другие идеи одержимости «колдовскими чарами», обычно внушенные знахарями с целью запугать больного и извлечь из этого для себя выгоду. Ипохондрические идеи и идеи одержимости «порчей» вначале бывают навязчивыми, больные сами стараются отогнать их и даже подшучивают над своими опасениями. Но при неблагоприятном течении невроза критическое отношение к этим идеям утрачивается, и они приобретают для больного характер одержимости, чему может способствовать непосредственное семейное и бытовое окружение, поддерживающее убежденность пациента в основательности его тревожных опасений. Причиной ипохондрии может также стать ятрогения.

Невроз навязчивых состояний принято разделять на *фобический* (невроз страха) и *обсессивно-компульсивный*. По частоте он значительно уступает неврастению, но склонность к длительному, затяжному течению, нередко приводящему к вивальдизации больных, резистентность к проводимой терапии определяют его большое клиническое и социальное значение.

Типичный психический конфликт, служащий непосредственным поводом к развитию невроза навязчивых состояний, состоит во внутреннем неразрешимом противоречии между прочными моральными принципами и чувством долга, с одной стороны, и реальными поступками в чувствами человека — с другой. Динамическая психотерапия, использующая принципы психоанализа З. Фрейда, особое значение придает детским конфликтам, проистекающим из противоречия

между стремлением ребенка к самостоятельности и необходимостью подчиняться авторитарным требованиям родителей, чтобы сохранить их любовь. Большую роль в этом конфликте играет ригидная мать, предъявляющая по отношению к ребенку чрезмерные требования поддержания чистоты и порядка, угрожающая разлюбить ребенка или наказать его. Последний вынужден подавлять свои импульсы к эмансипации, чтобы сохранить связь с родителями. Воспитание в условиях чрезмерной опеки, подавления самостоятельности формирует личность с развитым чувством долга, ответственности перед людьми и своей совестью, но неспособную отстаивать свои моральные принципы и бороться за них в трудной жизненной ситуации. Все это порождает чувство неуверенности в своей вине. Суть конфликта, непосредственно приводящего к развитию невроза, заключается, как правило, в неспособности человека преодолевать возникающие трудности или смиряться с ними,

И. П. Павлов подметил характерную для больных неврозом навязчивых состояний инертность нервных процессов, приводящую к «застреванию» на отдельных психических действиях. Сам же больной чаще всего не осознает связь между психическим конфликтом и проявлениями заболевания. Поэтому возникающие у него навязчивые переживания кажутся ему лишены смысла и психологически не объяснимыми.

Толчком, способствующим манифестации невроза, может послужить случайное и малозначачее обстоятельство, которое, тем не менее, получает отражение в картине болезненных переживаний. Так, страх перед поездкой в городском транспорте возникает после того, как по случайным обстоятельствам (жара, духота в автобусе, период менструации, предшествующая алкогольная интоксикация) у субъекта в автобусе появляется вегетативная сосудистая реакция в виде легкого обморока. С этого времени не только езда в городском транспорте, но и сама мысль о необходимости воспользоваться автобусом вызывает резкий страх, дрожь во всем теле, онемение конечностей, сердцебиение, одышку, обиль-

ный холодный пот, у больного возникает предчувствие, что сейчас он потеряет сознание, упадет, умрет, у него остановится сердце. Это заставляет его полностью отказаться от использования транспорта. По такому же механизму патологического условного рефлекса у пациента может образоваться связь между наступлением фобического приступа и какими-либо случайными обстоятельствами, как например, пребывание на высоте, при переходе улицы, в тесном и наполненном людьми помещении. Не всегда эту связь легко выявить, и в ряде случаев врачу приходится ограничиваться предположением, что такая связь существует, но она не осознается самим больным, вследствие чего не находит отражения в его самоотчете.

При менее остром развитии заболевания появлению фобий предшествует длительный период тревожности, связанной с гипохондрическими опасениями заболеть тяжелым, неизлечимым заболеванием. На этом фоне какое-то случайное обстоятельство, например смерть родственника от рака, прочитанная брошюра об инфекционной теории злокачественных новообразований, дают начало навязчивому страху заразиться такой же болезнью, притронувшись к предметам, с которыми раньше имел дело покойный. Происхождение социальных фобий (боязнь покраснеть, потерять мысль при публичном выступлении) бывает связано с предшествующими навязчивыми опасениями показаться смешным, иловким в обществе и постоянными сомнениями в своей способности вести себя «как все», быть принятым обществом. Чем меньше бывает эмоциональное напряжение и острота фобических приступов, тем более отчетливо выступает их навязчивый характер: больные активно борются со своими навязчивыми страхами и опасениями и способны критически оценивать их болезненное происхождение. При тяжелых аффективных расстройствах самосознание больных глубоко страдает, и способность их к критическому осмыслению своих психических нарушений практически отсутствует.

Болезнь обычно приобретает длительное, затяжное течение, по мере которого острота аффективных расстройств посте-

ленно уменьшается, происходит генерализация фобий — страх умереть от остановки сердца переходит в страх смерти вообще, от разных причин, уменьшается психологически понятная связь фобий с вызвавшим их обстоятельством. Усиление астенических симптомов приводит к снижению активности больных, их желания общаться с окружающими, к сосредоточению внимания исключительно на собственном здоровье. Защитное поведение, например сопротивление попыткам окружающих вывести больную из дома на прогулку, упорная привычка постоянно мыть руки из опасений заразиться, приобретает инертный, стереотипный характер. Усиливается выраженность таких черт характера, как мнительность, неуверенность в себе. Появляется стойкий субдепрессивный фон настроения.

Обсессивно-компульсивное расстройство в свою очередь включает в себя две близких друг другу формы: с преобладанием навязчивых мыслей (обсессий) и с преобладанием компульсивных действий. Невроз с преобладанием обсессивных нарушений характеризуется навязчивым и стереотипным повторением одних и тех же мыслей, в ненужности которого больной хорошо отдает себе отчет. Иногда это бесконечные сомнения в правильности сделанного: «Хорошо ли я сделал?», «Правильно ли я сказал?». Проверка правильности совершенного действия на короткое время устраивает навязчивые сомнения, но вскоре они возникают вновь в прежней мучительной форме. Может возникать навязчивое пересчитывание окон и домов, раскладывание всех предметов в поле зрения симметрично и т.п. Иногда навязчивости сопровождаются защитными ритуалами: чтобы избавиться от навязчивых сомнений, больные укладывают бумаги в портфеле особым образом, идут на работу только одной дорогой; чтобы не попасть под движущийся транспорт, произносят «магическое слово». В числе обсессивно-компульсивных расстройств с преобладанием компульсивных действий встречаются неврозы, при которых больные испытывают влечение к поджогам, бродяжничеству, бессмысленному воровству, производимым больными помимо воли и без достаточного понимания мотивов своих поступков.

К компульсивным действиям относят также *нервную анорексию*, встречающуюся преимущественно у девочек-подростков, реже у девушек 17—20 лет. Больные упорно ограничивают себя в еде, избегают употребления продуктов, необходимых для полноценного питания, несмотря на наступающее сильное истощение и появление в связи с голоданием соматоэндокринных расстройств: аменореи, выпадения волос, сухости кожных покровов. Своё поведение они объясняют отсутствием аппетита или не дают никаких объяснений. Требование родителей прекратить голодание, уговоры и даже наказания не дают желаемого результата. Поводом к развитию нервной анорексии при неврозах часто служит коллективное «обожание» молодежью избранных «кумиров», среди которых оказываются худощавые женщины. В подобных случаях описывались целые эпидемии нервной анорексии, губительно отражающиеся на здоровье подростков. К компульсивным расстройствам у больных неврозом относится также неукротимое поедание чрезмерных количеств пищи (булимия), приводящее к алиментарному ожирению.

Истерический невроз составляет не менее трети всех невротических заболеваний. В большинстве случаев он наблюдается у женщин. В связи с тем, что за последние десятилетия произошли коренные изменения положения женщин в обществе, истерический невроз претерпел наибольший патоморфоз. Описываемые в классической литературе такие симптомы, как истерические припадки с опистотонусом (выгибанием дугой), гиперкинезы, блефароспазм, слепота стали встречаться относительно редко и наблюдаются преимущественно в этнических группах, где эти истерические проявления закрепились в качестве ритуалов. Европейские традиции не способствуют в настоящее время их проявлению при истерическом неврозе; на первый план выступают астенические, алгические, гипохондрические, соматоформные расстройства. Не исключено, однако, что в условиях политического, экономического и нравственного кризиса в обществе могут возрождаться старые, архаические формы проявления невроза.

Психический конфликт, ведущий к развитию истерического невроза, тесно связан с особенностями характера больных. И. П. Павлов относил этих людей к представителям художественного типа высшей нервной деятельности с преобладанием эмоций над рассудком, первой сигнальной системы над второй, подкорки с ее центрами инстинктивных реакций над корой головного мозга. Они способны тонко подмечать внешний облик и черты поведения других людей, но мало способны проникать в их внутренний духовный мир, сочувствовать и сопереживать. Поэтому и представления о самих себе у них бывают неточными и искаженными. Низкий уровень самосознания определяет и недостаточную саморегуляцию поведения, завышенный уровень притязаний и самооценку, что входит в противоречие с их реальными возможностями и требованиями жизни. Мелочные конфликты переживаются ими чрезвычайно болезненно.

На формирование характера, способствующего развитию истерического невроза, накладывают отпечаток особенности воспитания в семье. Часто это «кумры семьи», не знающие предела удовлетворению своих желаний и эгоистических устремлений. Но и значительной части случаев неблагоприятные черты характера складываются в результате раннего детского конфликта, связанного с *эмоциональной депривацией* — отсутствием необходимых ребенку эмоциональных контактов с родителями. Обычно это происходит в семьях, где авторитарная, иеласковая мать подавляет инициативу детей, лишает их материнского тепла; отец при этом обычно характеризуется как мягкий, безвольный человек, не пользующийся в семье авторитетом. Непосредственным толчком к развитию истерического невроза у женщин обычно служит семейный конфликт: подозрение в измене мужа, ссора с родственниками, обида, нанесенная детьми.

Все невротические симптомы при истерическом неврозе отличаются эмоциональной яркостью и демонстративностью. На первый план обычно выступают ипохондрические расстройства и виде одержимости какой-либо болезнью или «сглазом», «порчей». Предъявляемая картина «болезни» не

отличается разнообразием симптомов, жалобы больных бывают непоследовательны, в них отсутствует понятная логика. Нередко это упорные жалобы на бессонницу, головную боль, «невыносимую тоску», нарушение дыхания при плохой погоде, «аллергию» при употреблении тех или иных пищевых продуктов. С ними больные на протяжении многих недель или месяцев обращаются ко многим специалистам. Их не смущает тот факт, что содержание этих жалоб не соответствует ни результатам проводимых исследований, ни даже общепринятому представлению о тяжелобольном человеке, на роль которого они упорно претендуют. Всякое неосторожное слово врача, высказанное в присутствии пациента, предположение о диагнозе какой-либо болезни немедленно берется на вооружение и постоянно фигурирует потом в качестве бесспорного подтверждения наличия и тяжести данного заболевания. Больные не способны замечать даже элементарных противоречий в собственных жалобах и поведении. Так, больная полностью съедает больничную порцию и все продукты, приносимые из дома, но продолжает жаловаться на полное отсутствие аппетита. Посещая многих врачей и представителей «народной медицины», больные истерическим неврозом более всего доверяют одному из них, рассказывают о нем как о необыкновенном специалисте, что не мешает им продолжать утверждать, что лечение не дает результатов и «стало еще хуже».

Характерные для психогенных заболеваний диссоциативные расстройства при истерическом неврозе проявляются с особой яркостью. Низкий уровень самосознания и неспособность четкого осознания мотивов собственного поведения способствуют тому, что невротическая тревога, наблюдающаяся при истерическом неврозе, как и при любом другом невротическом расстройстве, легко превращается (ковертируется) в двигательное, чувствительное или психоэмоциональное нарушение. Могут наблюдаться припадки с судорогами, внешне несколько напоминающие эпилептические. Однако, в отличие от последних, истерические припадки бывают связаны с трагическими переживаниями и конфликтами, возникают в присутствии людей, на которых пациент бессознатель-

но хотел бы произнести впечатление, потеря сознания бывает неполной, и больные во время припадка продолжают реагировать на происходящие вокруг события.

Встречаются также двигательные нарушения в виде частичного или полного паралича конечностей, шаткой походки, невозможности стоять и ходить без посторонней помощи, размахистого тремора одной из конечностей или всего тела. Отмечаются выпадения тактильной, болевой чувствительности на отдельных участках тела вне связи с зонами иннервации, внезапно наступившая слепота или нарушение слуха и речи (*истерический сурдомутизм*). При них отсутствуют симптомы органического поражения нервной системы, органов слуха и зрения. Характерно то, что локализация и вид конверсивного нарушения во многом определяется традициями социальной группы, особенностями ее субкультуры и занятиями субъекта. Так, традиции некоторых религиозных групп требуют, чтобы во время траурной церемонии женщины, состоящие в близком родстве с покойным, дали бурное аффективное возбуждение с последующим припадком, напоминающим коматозное состояние; во время этого состояния больные не реагируют на внешние раздражения, на боль, и у них даже резко замедляются и ослабевают сухожильные рефлексы, зрачковые реакции на свет. У лиц, занимающихся попрошайничеством, конверсивные расстройства истерического типа чаще всего проявляются размахистым тремором конечностей, бросающимся в глаза всем прохожим. Другой особенностью конверсивных расстройств является то, что, несмотря на тяжелое нарушение функций организма, больные относятся к нему с удивительным спокойствием. Этот симптом получил в психиатрии образное название: «красное раниодушие».

В связи с эмоциональным стрессом у больных истерическим неврозом диссоциативные расстройства могут достигать уровня глубокого нарушения чувства Я, сужения сознания до узкого круга аффективно заряженных представлений. Больные при этом начинают вести себя подобно маленькому ребенку, говорят капризным, сюсюкающим тоном, демонстрируют глубокое слабоумие, неспособность понимать

самые простые вопросы и адекватно реагировать на привычные бытовые ситуации, разыгрывают сцены, явно противоречащие реальной действительности. Так, например, больная истерическим неврозом, бухгалтер по профессии, будучи привлечена к уголовной ответственности за служебное преступление, перестает понимать обращенные к ней вопросы, нелепо таращит глаза, делает грубые ошибки в счете в пределах десятка, при этом загибает пальцы и смотрит на окружающих с выражением беспомощности и растерянности. Этот вид диссоциации, обозначаемый как синдром Ганзера, приводит к глубокому нарушению социальной адаптации, и потому в данном случае уместно говорить об истерическом психозе. Следует также отметить, что все диссоциативные расстройства при истерическом неврозе склонны к рецидивированию и при очередном психическом конфликте повторно возникают в той же форме.

В условиях современного патоморфоза психических заболеваний поведение многих больных истерическим неврозом на приеме у врача часто оказывается достаточно корректным, и требуется определенный навык, чтобы подметить в нем элементы демонстративности, истерической манерности и театральности, на которых делался акцент в описаниях этого заболевания в классической литературе. Но дома больные бывают капризны, раздражительны и придирчивы, требуют к себе чрезмерного внимания. Они ограничивают круг своих домашних обязанностей, объясняя это «ужасной слабостью», часто и подолгу пользуются больничными листами или отпрашиваются с работы по причине болезни и для посещения врача. И хотя вопрос об инвалидности обычно прямо ими не ставится, фактически он возникает в связи с упорными жалобами на невозможность выполнять свои производственные обязанности.

В большинстве случаев болезнь принимает затяжное течение с периодическими обострениями, связанными с ухудшением жизненной ситуации и новыми психическими травмами. При длительном течении заболевания постепенно все большее значение приобретают стойкие астенические и вегетативные расстройства, эмоциональные нарушения в виде

раздражительности, несдержанности, недовольства другими людьми, заостряются преморбидные личностные особенности: требование постоянного внимания со стороны близких с постоянными упреками и жалобами на их «черствость» и «жестокость», повышенная ранимость, эгоцентризм. В некоторых случаях доминирующими в картине заболевания становятся конверсивные истерические симптомы: пароксизмальные расстройства, нарушение двигательных функций, повторяющаяся рвота и др.

* * *

Течение неврозов бывает как кратковременным, так и длительным. В связи с патоморфозом за последние десятилетия наметилась тенденция к более продолжительному и затяжному их течению. По данным разных авторов, оно встречается в 20-55 % случаев заболеваний. Треть больных неврозами состоит на учете в психоневрологическом диспансере более трех лет, и лишь около 60 % больных снимаются с учета в связи с выздоровлением.

Благоприятными прогностическими признаками являются: острое начало заболевания, волнообразное его течение с периодами улучшения и ухудшения состояния, снижение актуальности психического конфликта, полное осознание больными природы своей болезни и роли психического фактора и ее происхождения. К неблагоприятным прогностическим признакам относятся: наличие невротических симптомов в детском и подростковом возрасте, постепенное и раннее начало заболевания, стойкие изменения характера больных, отсутствие удовлетворения от работы, психологически неблагоприятное семейное окружение (Л. Н. Касимова).

В пожилом и старческом возрасте клиническая картина неврозов осложняется частым присоединением соматических заболеваний, особенно сердечно-сосудистых, что способствует усилению астенических и психоневротических симптомов. Сам факт прекращения активной трудовой деятельности является для многих пожилых людей психической травмой: падает социальная значимость человека, снижается его самооценка, заостряются ранее присущие больному черты ха-

рактера, среди которых особенно гипертрофируются тревожность, неуверенность в будущем. Кризисные явления в обществе, угроза войны, экономического спада, политическая неустойчивость резко усиливают тревогу у старых людей и способствуют фиксации невротических расстройств, усиленно невротической депрессии.

Совокупность соматического неблагополучия и невротизирующих жизненных конфликтов, часто сопутствующая пожилому и старческому возрасту, стирают естественную границу между нормой и патологией и придают неврозам позднего возраста специфическую окраску. Менее четкой становится клиническая очерченность отдельных видов неврозов и возрастают трудности их клинической дифференциации. Истерические и обсессивно-фобические проявления становятся редкими, и неврозы протекают преимущественно по типу неврастенки с астенией и тревожно-депрессивными симптомами. Несмотря на проводимое лечение, редко удается добиться мобилизации личности, чтобы справиться с трудностями, направить волю к жизни, способствовать эмоциональной адаптации больного (М. Э. Телешевская).

§ 2. Расстройства личности

Под расстройством личности подразумевается широкий круг нарушений психических функций, проявляющихся главным образом отклонениями в формировании характера и поведения, включая особенности стиля жизни и способа отношения к себе и к другим.

Как аномалии характера, так и отклоняющееся (*девиантное*) поведение могут иметь разное происхождение и далеко не всегда представляют собой болезненное расстройство. Чаще всего они бывают обусловлены социально-педагогической запущенностью, неблагоприятными влияниями окружающей среды. Безусловно болезненными и, следовательно, относящимися к компетенции медицины следует считать такие отклонения и развития характера и поведения, в основе которых лежит совокупность патогенных социальных и биологических факторов, включая дизонтогенез центральной

нервной системы и грубые дефекты воспитания в первые годы жизни ребенка, когда происходит становление базовых свойств личности человека. Совокупное действие этих факторов приводит к тому, что отклонения в характере и поведении оказываются стойкими и проявляются на последующих этапах жизни, даже если условия ее оказываются достаточно благоприятными. Субъект с аномальными свойствами характера ограничен в свободе выбора того или другого поведения, тех или иных действий, он слабо осознает их мотивы и не умеет рассудительно планировать свои поступки и управлять ими. В подобных случаях речь идет о так называемых «ядерных» или «коинституциональных» психопатиях. В МКБ-10 они относятся к «специфическим расстройствам личности». Критерии их диагностики, позволяющие отграничивать их от непатологических форм отклоняющегося характера и поведения, сводятся к следующему:

- а) аномальные черты характера и поведения проявляются с раннего детского возраста и сохраняются в течение всей жизни субъекта, усиливаясь под влиянием трудных жизненных обстоятельств и несколько сглаживаясь при благоприятных условиях;
- б) дисгармония душевной жизни проявляется практически во всех ее сферах, а не только в аффективных реакциях и поведении. Так, у психопатического субъекта может быть необычный, оригинальный образ мышления, в котором романтические взгляды и бескорыстные соседствуют с откровенным цинизмом и презрительным отношением к людям; богатство знаний и развитая речь сочетаются со слабостью конструктивного мышления и неразвитыми практическими навыками, благодаря чему при экспериментально-психологическом исследовании уровень интеллекта оказывается заниженным; отмечается избирательное снижение памяти на лица, имена и фамилии людей при очень хорошей памяти на абстрактные предметы и теоретические знания; походка бывает угловатой, мимика и жесты бывают странными, манерными и т.д.;
- в) под влиянием психогенной неодинократно в течение жизни возникают *декомпенсации*, проявляющиеся невротически-

ми или психотическими стрессовыми расстройствами с одиотипными проявлениями. Так, например, у криминального субъекта всякий раз при очередном задержании возникает одиотипная истерическая реакция в форме синдрома Ганзера с демонстративно нелепым поведением.

Указанные диагностические критерии все же не исключают трудностей в распознавании патологических и непатологических аномальных свойств характера и поведения. В представлении врача-диагноста всегда существует некий усредненный стандарт личности со свойственными данной культуре региональными, этническими особенностями. Резкое отклонение от этого стандарта, например стремление жить одними удовольствиями и отклонение от любого труда, отсутствие родственных чувств, особо дерзкие хулиганские поступки и жестокость, могут вызвать сомнения в их «нормальности» (нормальный человек так вести себя не станет!); но подобные субъективные оценки не всегда совпадают с клинической реальностью. Поэтому диагностика «ядерной» психопатии требует дополнительных критериев. К ним нужно отнести данные генетического исследования, а также данные акушерского анамнеза, способные выявить возможные поражения центральной нервной системы в качестве одного из проявлений перинатальной патологии. Генетический фактор играет особую роль в происхождении расстройств личности. В пользу этого свидетельствуют данные близнецовых исследований, показавшие, что конкордантность по психопатии у однояйцевых близнецов в несколько раз выше, чем у двуяйцевых. Такое соотношение сохраняется и тогда, когда однояйцевые близнецы с самого рождения воспитываются в разных семьях.

Естественно, что по наследству передается не патологическое поведение, а аномальные биологические свойства головного мозга, являющегося органом психической деятельности. Подтверждением этого служит большая частота обнаруживаемых при ЭЭГ-исследовании больных с психопатиями патологических медленных волн. Аномалии развития часто наблюдаются и в других органах: характерны диплоидическое телосложение пациентов, непропорционально длинные

конечности, короткая шея, неправильное строение черепа и зубочелюстной системы, уродства внутренних органов, нарушения гормональной регуляции. С большим постоянством встречаются симптомы вегетососудистой дистонии. Все эти соматические изменения, разумеется, не служат непосредственной причиной патологического формирования характера, но являются косвенным признаком (маркерами) того, что аномалии развития могли иметь место и в центральной нервной системе. Учет их полезен при установлении диагноза «ядерной» психопатии.

Группа «ядерных» психопатий, возникновение которых связано с воздействием не только социально-средовых, но и биологических факторов, сравнительно велика и составляет примерно 25-30 % от общего числа лиц, у которых на современном этапе развития психиатрии принято диагностировать расстройства личности (В. Я. Гиндикви). Значительное число этих расстройств падает на так называемые социопатии, при которых грубое несоответствие между поведением в господствующими социальными нормами обусловлено средовыми факторами, социальным опытом субъекта. В годы после окончания второй мировой войны во многих странах резко участились случаи неадаптированного в социальном отношении поведения, особенно среди детей и подростков. Общество не могло решить эту проблему традиционными воспитательными и репрессивными воздействиями, и под его давлением в психиатрии стал возрастать интерес к аномалиям характера и поведения, занимающим промежуточное положение между нормой и патологией. Был принят во внимание тот факт, что если социальная среда и воспитание ребенка не несут в себе условий, необходимых для гармоничного формирования личности, это может повести к стойким и необратимым ее изменениям, нарушающим жизненные интересы как самого субъекта, так и общества. Иными словами, социально обусловленное аномальное развитие характера способно дать начало личностным изменениям, проявляющимся в дальнейшем на всех этапах жизни человека. Отношение этих изменений к медицине обосновано недостаточно, но подкрепляется интересами профилактики заболеваний: вызванные семейно-педагогической и

в широком смысле социальной запущенностью изменения характера и поведения в дальнейшем могут приобрести свойства стереотипа и проявляют себя по каждому, даже незначительному поводу (например, неоднократные попытки самоубийства, провоцируемые мелкими конфликтами). Такие действия рано или поздно приводят к социальной дезадаптации субъекта, служат фактором предрасположения к невротическим и психотическим заболеваниям, к развитию алкоголизма и наркомании.

Таким образом, к расстройствам личности принято относить широкую гамму состояний, на одном полюсе которых находятся отклонения в характере и поведении, обусловленные семейно-педагогической запущенностью и неблагоприятными условиями социальной среды, а на другом — аномалии характера, связанные преимущественно с нарушением биологических функций центральной нервной системы. Между ними существует цепь переходных вариантов, в происхождении которых в одних случаях перевешивает роль социальных, в других — биологических факторов.

В практическом отношении к расстройствам личности недопустимо относить такие отклонения в характере и поведении, которые целиком обусловлены неблагоприятными условиями воспитания и социальной среды и при которых отсутствуют клинически выраженные стереотипы отклоняющегося поведения, приводящего к стойкой социальной дезадаптации. Отступление от этого правила идет к отрицательным последствиям: необоснованному помещению в психиатрические учреждения и психиатрическому лечению психически здоровых лиц, ограничению прав и обязанностей субъекта (освобождение от воинской службы, от уголовной ответственности в случае совершения преступления, ограничения и приеме на работу и др.). Неправомерное отнесение к расстройствам личности непатологических форм отклоняющегося поведения служит также поводом для пассивности органов образования, правоохранительных органов, администраций и общественных организаций, которые склонны переносить ответственность за исправление этого поведения на медицинские организации («Он болен, его нужно лечить»).

1. Расстройстаа личности в детском и подростковом аозрасте

Четыре фактора в современном обществе определяют развитие характера и поведения детей и подростков: семья, референтная группа сверстников, молодежная субкультура и школа. Роль их важна не только сама по себе, но она отражает также социальные и культурные ценности всего общества. Так, влияние семьи, играющее ведущую роль в становлении характера и личности ребенка, фокусирует на себе господствующие в обществе культурные ценности: уважительное или, напротив, скептическое отношение к знаниям и образованности; убеждения в допустимости или недопустимости поведения, ущемляющего права и интересы другого человека; морально-нравственные, религиозные убеждения и многое другое. Все эти факторы, действующие в обществе, незримо присутствуют в семейных отношениях, накладывая мощный отпечаток на установки ребенка в выборе той или иной формы поведения. Даже отрицательное влияние асоциальной группы сверстников не служит первопричиной социальной дезадаптации ребенка или подростка, так как еще до вступления в эту группу благодаря сформировавшимся в семье установкам он уже присутствовал в ней психологически и стремился подражать поведению ее членов. Роль семьи заключается в выработке у ребенка готовности или неготовности воспринимать положительные и отрицательные влияния окружающей социальной среды.

В становлении молодежной субкультуры, оказывающей влияние на личность ребенка и подростка, большую роль играет искусство и средства массовой информации. Но они также действуют в непосредственной связи с влиянием семьи и микросоциального окружения ребенка. Так, ребенок, усвоивший в семье и в референтной группе подростков установки на асоциальные формы поведения, неуважение к закону и нравственности, легко имитирует образцы отрицательного поведения персонажей кинофильмов и телевизионных передач, принимает для подражания сцены преступлений, насилия и грубой эротики. Важным посредником в передаче основных культурных ценностей общества является школьное воспитание и образование. Они влияют на ребенка как

непосредственно, так и через посредство семьи и родителей, которые также являются вчерашними учениками, усвоившими культурные ценности общества в школе.

Среди различных форм нарушения поведения у детей и подростков с расстройствами личности можно выделить несколько типов реакций:

- а) Агрессивные реакции у детей, не склонных к группированию. Такие дети легко ввязываются в драки, проявляют садистическую жестокость по отношению к другим детям и к животным, вызывающе ведут себя со взрослыми, проявляя злонамеренное озорство. Для них характерны реакции активного протеста в ответ на обиды, ущемление самолюбия, стремление открыто отомстить своему обидчику. Такое поведение чаще всего встречается у детей, воспитывающихся в семьях, где родители отвергали их, не проявляли по отношению к ним теплоты, понимания и поддержки.
- б) Делинквентное поведение детей, склонных к группированию. *Делинквентность* — это склонность к совершению проступков, не достигающих уровня уголовного преступления, наказуемого в этом возрасте. Эти дети стремятся к вступлению в асоциальные группы сверстников, совместно с которыми они занимаются воровством, совершают иные групповые преступления. Они обычно отказываются посещать школу, поздно возвращаются домой, склонны к уходам из дома и бродяжничеству, к злоупотреблению психоактивными веществами, легко вступают в половые связи. Такое поведение чаще наблюдается у детей в семьях, где родители не проявляют к ним интереса и где в ближайшем окружении имеются антисоциальные субъекты. Ребенок, растущий в условиях безнадзорности, добивается чувства своей защищенности и поддержки путем полноправного членства в делинквентной группе, с которой он стремится себя идентифицировать. Нарушения поведения и агрессивность не всегда проистекают из логически понятной конфликтной ситуации. Часто они представляют собой скрытую попытку добиться компенсации своего неудовлетворения семейными отношениями,

избавиться от чувства своей неполноценности и неадекватности, почувствовать себя смелым и решительным. Вызывающее отношение к учителям также может служить скрытым от самого себя средством повлиять на родителей, привлечь к себе их внимание, избавиться от чувства вины.

- в) У детей, воспитывающихся в семьях, где отношение к ним строилось по типу «кумира семьи» с выражением постоянных восторгов по поводу их действительных или мнимых достоинств и вседозволенностью, нередко наблюдается истероидный вариант развития личности с постоянным стремлением привлекать к себе внимание, с демонстративным поведением и бурными вспышками эмоций в ответ на любые неудачи, неудовлетворение своих завышенных требований. В школе они стремятся к формальному лидерству, хотя к выполнению общественных обязанностей относятся небрежно и не умеют добиваться действительного авторитета среди товарищей.
- г) Помимо расстройств личности, характеризующихся повышенной аффективной возбудимостью детей, их агрессивностью, асоциальным поведением, существует тормозимый вариант личностных расстройств. В большинстве случаев речь идет о детях, растущих в семьях, где родители сами отличаются тревожностью и повышенной чувствительностью. В других случаях к детям предъявляются чрезмерные требования в отношении выполнения ими обязанностей по дому, достижения школьных успехов, превышающих возможности ребенка, с критикой и угрозами наказания. Такие дети отличаются неуверенностью, чрезмерной застенчивостью и беспокойством. Они слабо адаптируются в детских учреждениях, с трудом сходятся со сверстниками, страдают от чувства своей неполноценности и одиночества, неумения находить друзей. Некоторые из них, несмотря на удовлетворительное интеллектуальное развитие, учатся с явным напряжением. Низкие успехи в школьных занятиях углубляют их чувство неполноценности и вины.
- д) Сходные изменения личности могут иметь место у детей

с физическими недостатками, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (последствия детского церебрального паралича, ожирение, кифоз, обширное родимое пятно и области лица и др.). Пониженная Я-концепция и значительное расхождение между идеальным Я (каким бы ребенок хотел себя видеть) и реальным Я (каким он видит себя в действительности) ведет к появлению реакций компенсации и гиперкомпенсации, которые служат средством защиты Я-концепции. Так, физически слабый и робкий ребенок в мечтах и играх представляет себя отважным воином, моряком; ребенок, воспитанный деспотичными родителями, предпочитает играть с младшими детьми, командует ими, наказывает их. Гиперкомпенсация чувства своей неполноценности может принять форму патологического фантазирования. Так, ребенок, вернувшийся с прогулки по лесу, рассказывает, будто бы он убил там змею «величиной с бревно», или он заявляет, что старший брат подарил ему настоящий пистолет. Компенсаторные реакции могут принять форму напускной бравады, отчаянных или дерзких поступков, не согласующихся с истинным характером ребенка и направленных на то, чтобы вызвать восхищение окружающих.

Расстройства личности в детском и подростковом возрасте отличаются относительной динамичностью. По мере взросления и при благоприятных условиях жизни и воспитания они имеют тенденцию к компенсации, что дает право относить их к преходящим (транзисторным) расстройствам. Прогностически неблагоприятным признаком служит патологическая инертность отклоняющихся черт характера, проявляющихся стойким стереотипом нарушенного поведения. Они обнаруживают себя в любых условиях: в семье, при переводе в другое учебное заведение, при помещении в специнтернат для трудновоспитуемых детей, при смене места жительства и в новой компании сверстников. Такие дети и подростки, став взрослыми, продолжают оставаться дезадаптированными в социальном отношении более чем в 80 % случаев, и им обычно ставится диагноз психопатии (социопатии).

Своеобразные расстройства личности наблюдаются часто у детей и подростков, воспитывающихся в домах ребенка. В

наибольшей степени они выражены у детей, поступающих в детские дома из специальных учреждений медицинского типа, где они воспитываются до 3-4 лет. Эти дети аутичны, у них слабо выражена потребность в общении, часто наблюдается задержка развития речи, они не умеют играть в обычные детские игры. Свойственный младенческому возрасту потенциал к саморазвитию за счет внутренней энергии к 6-8 мес. угасает. Появляется большое количество так называемых «тупиковых движений»: ребенок раскачивается, сосет палец, губу, воспроизводит одно и то же движение без видимого смысла. Ребенок, растущий в интернате, не усваивает навыки продуктивных контактов со взрослыми, эти контакты поверхностны, нервозны и поспешны: они готовы прижаться, повиснуть на любом человеке, пришедшем в учреждение, однако не умеют развить эти отношения и тут же убегают, переходя на пассивное отчуждение или агрессию.

Особая проблема — феномен «Мы» в детском доме. В условиях нормальной семьи «Мы» — это чувство, отражающее причастность к своей семье, создающее условия защищенности ребенка. Детдомовское «Мы» — другое образование. Дети без родителей делят мир на «своих» и «чужих». В школе, куда детдомовские дети ходят учиться, одноклассники из семей выступают в их сознании как «Они», что развивает у них негативные отношения. В детских домах бывают жесткие взаимоотношения, сексуальные отклонения. В числе их причин — деформированная компенсация недостающей любви, положительных эмоций нормального общения. Не обладая развитой способностью понимать духовный мир другого, сочувствовать и сопереживать, дети в интернатах живут по групповому нравственному нормативу, ориентируясь на групповую совесть, поруку. Результатом является низкая социальная адаптация большинства детей, закончивших обучение в интернате и вступающих в самостоятельную жизнь (В. С. Мухина).

Дифференциальный диагноз «ядерной» психопатии и отклоняющегося поведения вследствие социально-педагогической запущенности чрезвычайно сложен. Процент диагностиче-

ских ошибок тем выше, чем меньше возраст пациента, и достигает при ранней диагностике психопатий 27—40 % (В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин). Необходим поиск дополнительных диагностических критериев, в числе которых можно назвать уровень самосознания. Отклонение от нормального развития самосознания служит основанием для установления патологически измененного темпа созревания личности, нарушений функции самоконтроля и саморегуляции поведения, участвующих в механизмах отклоняющегося поведения в подростковом возрасте. С низким уровнем самосознания связаны психическая незрелость, делающая подростка неподготовленным к социальным требованиям, заостряющая свойственную ему аффективную возбудимость, расторможенность влечений, неадекватную претензию на взрослость.

В. С. Чудновским и А. Ю. Кржечковским предложен способ определения уровня самосознания у подростков в условиях массовых профилактических обследований учащихся начиная с 11-летнего возраста. Уровень самосознания определяется с помощью показателя адекватности самооценок (АСО) путем сравнения оценок различных параметров личности самим испытуемым и экспертом — педагогом, воспитателем, хорошо знающим всех членов данной учебной группы. Используется опросник, включающий 22 пары альтернативных признаков (таблица 5). Бланки опросников раздаются всем учащимся, которые после соответствующего инструктажа самостоятельно оценивают в баллах степень выраженности у себя каждого признака (0, 1, 2, 3). Такие же бланки на каждого ученика, но независимо от них заполняются экспертом. Для определения АСО производится ряд элементарных математических операций. Вначале определяется величина самооценки каждого параметра личности (С); она равняется алгебраической сумме баллов по альтернативным признакам каждой пары. Второй операцией является определение величины экспертных оценок (ЭО), которое производится аналогичным образом. Третья операция заключается в вычислении алгебраической разницы $d = C - ЭО$ для каждой пары признаков.

Таблица 5
Текст опросника и пример вычисления АСО

№ п/п	Параметры личности	Оценка (+)	Параметры личности	Оценка (-)	С	ЭО	d
1	Обаятельный	3	Непривлекательный	0	+3	+3	0
2	Слабовольный	0	Волевой	2	-2	-2	-1
3	Безответственный	0	Добросовестный	3	-3	+2	-5
4	Упрямый	0	Уступчивый	1	-1	+3	-4
5	Замкнутый	—	Откровенный	3	-3	+3	-6
6	Добрый	3	Злой	0	+3	+3	0
7	Зависимый	—	Независимый	—	-	-2	6
8	Деятельный	3	Пассивный	—	+3	+2	+1
9	Черствый	1	Отзывчивый	3	-2	-1	-1
10	Решительный	3	Нерешительный	1	+2	-3	+5
11	Вялый	—	Энергичный	0	0	-3	3
12	Справедливый	2	Несправедливый	2	0	+2	-2
13	Смелый	3	Боязливый	0	3	-1	+4
14	Нетерпеливый	3	Терпеливый	1	+2	3	-1
15	Непримиримый	—	Снисходительный	—	—	0	+6
16	Уверенный	2	Неуверенный	2	0	0	0
17	Нелюдимый	0	Общительный	3	-3	-3	0
18	Честный	3	Нечестный	2	+1	-1	+2
19	Несамостоятельный	—	Самостоятельный	3	-3	0	-3
20	Вспыльчивый	1	Невозмутимый	—	+1	-1	+2
21	Веселый	3	Грустный	1	+2	+3	-1
22	Своевольный	0	Послушный	3	-3	+3	-6

$$\sum |d| = 59$$

$$АСО = \frac{132 - 59}{132} = 0,55$$

Примечание: 1. Числовые значения ЭО взяты из бланка, заполненного на данного ученика классным руководителем. 2. Знаки (+) и (-) перед числовыми значениями d опускаются.

При обследовании подростков, особенно младшей возрастной группы, они часто заявляют, что им непонятны значения тех или иных обозначений свойств личности, и они не могут их у себя оденить. В таких случаях не следует помогать испытуемым или давать им какие-либо разъяснения. Незнание термина означает неспособность испытуемого дать словесную (когнитивную) оденку данного качества личности, что должно быть учтено при определении окончательного результата. Поэтому в случае незнания какого-то психологического понятия и неумения использовать его для самооценки испытуемый должен поставить в графе прочерк. Если испытуемый не понимает психологического смысла обоих признаков из пары и не может их у себя оденить, то d принимается равным 6, то есть приравнивается к максимальному значению. Если не оценивается один признак из пары, то числовое значение другого принимается равным 0. Последней операцией является определение АСО. Для этого суммируются абсолютные значения d по всем 22 парам признаков. Учитывая, что значения d могут колебаться от 0 до 6, теоретически сумма ($\sum |d| = 59$) может колебаться от 0 до 132. Отсюда:

$$АСО = \frac{132 - \sum |d|}{132}$$

С помощью указанной методики при массовом обследовании подростков было установлено, что в норме, при отсутствии патологических изменений характера и личности, величина АСО постепенно возрастает за период с 11 до 15 лет с $0,43 \pm 0,04$ до $0,75 \pm 0,06$. В отличие от этого, при транзиторных психопатических расстройствах (патохарактерологических реакциях) и при «ядерных» психопатиях она стабильно сохраняется на низком уровне. АСО выше 0,62 встречается в 81% случаев у подростков 14—17 лет без психических нарушений и лишь в 21% случаев у подростков с «ядерной» психопатией. АСО ниже 0,62 наблюдается в 19% случаев у психически здоровых подростков и в 79% случаев — у подростков с клинически верифицированной психопатией (как «ядерной», так и транзиторной).

Еще большее значение для диагностики имеют крайние значения АСО, наблюдающиеся у части подростков 14—17 лет. У психически здоровых подростков, независимо от особенностей их поведения величины АСО, равные 0,55 и ниже, не наблюдаются. Напротив, при патологических аномалиях характера и личности не встречаются величины АСО, равные 0,70 и более; установление их у подростков этого возраста практически позволяет исключить диагноз психопатии.

Определенное диагностическое значение имеет также установление при клиническом обследовании симптомов конституциональной аномалии центральной нервной системы, аномалий телосложения и внутренних органов, свидетельствующих при учете прочих диагностических критериев в пользу диагноза «ядерной» психопатии.

2. Расстройство личности в зрелом возрасте

Обогащение и усложнение душевной деятельности человека в зрелом возрасте, повышение его роли в обществе и его ответственности за свои поступки ведут к тому, что в этом периоде жизни расстройства личности становятся более разнообразными, появляется возможность дифференцировать и классифицировать их с большей степенью определенности. Но даже в этих условиях классификации личностных расстройств остаются условными, так как в большинстве случаев речь идет о смешанных типах, включающих в себя симптомы разных видов психопатий. Предпочтительной является классификация типов расстройств личности, представленная в МКБ-10.

Параноидное личностное расстройство характеризуется чрезмерной чувствительностью к ситуациям, которые создают препятствия к достижению желаемого, ведущим даже к незначительному ущемлению чувства собственного достоинства и непомерно развитого самолюбия. Пациенты склонны необъективно истолковывать любые поступки окружающих людей в зависимости от своих симпатий и

антипатий, принимать нейтральные и даже дружеские действия за неприязненные и враждебные, во всем видеть ущемление своих прав. Характерно воинствующее и упорное сознание своей правоты в любых обстоятельствах и своей роли борца за правду и справедливость, которые понимаются с позиций узколичных интересов. В остальном пациентов отличает духовная бедность, мелочность в быту, завистливое и подозрительное отношение к людям, неумение прощать обиды, болезненная ревность.

В случае декомпенсации под влиянием возникающих конфликтов возникает реакция сутяжничества, начинается систематическое преследование «обидчиков», которым приписываются самые отвратительные качества, пишутся бесконечные жалобы во все государственные, общественные и судебные инстанции, в которых любые мелкие просчеты противников квалифицируются как злонамеренные и преступные, рассылаются порочащие анонимные письма. Круг преследуемых лиц постоянно расширяется за счет всех принимавших участие в разборе конфликтов и не проявивших, по мнению пациента, должной принципиальности и беспристрастности. Развитие борьбы может дать начало сверхценному бреду, в том числе бреду ревности. Больные со сверхценным бредом представляют большую социальную опасность, так как они склонны к совершению агрессивных, террористических действий в отношении своих «врагов» или подозреваемых в супружеской измене. Этот вид расстройства личности обозначается также как *паранойальная психопатия*.

Эмоционально нестабильное личностное расстройство (*возбудимая психопатия*) проявляется тенденцией к импульсивным действиям без принятия во внимание последствий. Вспышки сильного гнева могут приводить к насилию, особенно если желания и поступки пациента встречают сопротивление со стороны окружающих и критикуются ими. Конфликтные взаимоотношения с близкими людьми нередко приводят к угрозам суицида и самоповреждениям.

Гистрионическое личностное расстройство (*истерическая психопатия*) характеризуется крайней изменчивостью эмоциональных реакций, непоследовательностью поведения. Пациенты непостоянны в своих привязанностях, капризны, настроение их изменчиво. Они проявляют неумное стремление постоянно быть в центре внимания окружающих, вызывать к себе сочувствие, отношение восхищения, удивления. Это достигается экстравагантным внешним видом, хвастовством, лживостью и фантазерством. Пациенты ленивы и безответственны при выполнении будничных обязанностей, но бывают живы и энергичны, когда рассчитывают, что их деятельность будет замечена. Они стремятся к вниманию и уважению в обществе, хотя не прилагают для этого больших усилий. Низкий уровень самосознания не позволяет им объективно оценивать свое поведение: себя они видят людьми, способными к самопожертвованию ради своих близких и друзей, не замечая своего действительного эгоистического отношения к ним. Будучи милыми и кокетливыми с людьми, на которых они хотят произвести хорошее впечатление, они становятся тиранами в семье, проявляя к своим близким черствость и даже жестокость. Стремясь привлечь к себе внимание своей слабостью и беспомощностью, такие люди становятся постоянными посетителями лечебных учреждений, предъявляя жалобы на невыносимые физические и душевные страдания.

Среди мужчин с гистрионическим расстройством преобладают *псевдологи* (патологические лгуны). Они выделяются склонностью к фантазированию, рассказывают о необыкновенных происшествиях, в которых отводят себе эффектную роль, о знакомствах с выдающимися людьми, стремясь представить себя личностью более значимой, чем на самом деле. Среди них встречаются немало мелких мошенников, мнимых экстрасенсов, брачных аферистов.

Декомпенсация гистрионического расстройства проявляется в виде описанных выше истерического невроза или психоза.

Ананкастическое личностное расстройство проявляется нерешительностью, склонностью к сомнениям

и преувеличенной осторожностью, неуверенностью в собственных способностях и возможностях. Во всяком деле пациенты проявляют преувеличенное внимание к деталям независимо от важности решения задачи, они бесконечно перепроверяют правильность совершенных ими действий. Такая чрезмерная скрупулезность и стремление к совершенству (перфекционизм) ведут к тому, что человек погружается в деятельность, избегая всех жизненных удовольствий, общения с людьми без деловой необходимости, не ищет способов выразить другим людям теплые чувства. Педантизм и формализм, упрямство и настойчивость в требованиях соблюдения порядка всеми окружающими делает таких людей трудными для общения в быту и на работе.

Декомпенсация аномальных свойств личности в условиях конфликта проявляется в виде обсессивно-компульсивных расстройств. Другое название этого вида расстройства — *психастения* или *психастеническая психопатия*.

Тревожное (избегающее) личностное расстройство характеризуется постоянным ощущением напряженности и ожиданием неприятностей, чрезмерной чувствительностью к критике с одновременным постоянным желанием нравиться другим людям. Неуверенность в себе проявляется повышенной склонностью к самоанализу и чувством своей неполноценности, приниженности. Страх перед возможным неуспехом заставляет субъекта ограничивать круг своих привязанностей и избегать любой деятельности, даже минимально связанной с риском. В случае декомпенсации на первый план выступают астенические и тревожно-депрессивные симптомы. Иное обозначение этого расстройства — *психопатия тормозимого типа* или *астеническая психопатия*.

Прочие аномальные свойства личности встречаются реже или они представляют собой одни из вариантов уже описанных*.

* Шизоидная и циклоидная психопатии были описаны в главе V как патологические состояния эндогенной природы.

Особый тип расстройств личности представляют собой психологические и поведенческие расстройства, связанные с нарушением половой дифференциации и половых функций. К ним относится **транссексуализм** — половое извращение, основанное на убеждении субъекта в том, что имеющиеся у него половые признаки ему не соответствуют. Субъект упорно добивается изменения его половых органов путем операции или стремится скрыть свою половую принадлежность, переодеваясь в одежду, которую носят люди противоположного пола, и переиная их поведение. Близок к транссексуализму **транссвестизм**. При нем также сексуальное удовлетворение достигается путем переодевания в одежду другого пола, но без устойчивого стремления отождествлять себя с лицом этого пола.

Другая группа расстройств сексуального поведения включает расстройства полового предпочтения. К ней относятся **фетишизм** — получение сексуального удовлетворения путем манипулирования с предметами одежды или другими предметами, символически отражающими половую принадлежность; **экспозиционизм** — достижение сексуального наслаждения путем обнажения половых органов перед лицами другого пола; **педофилия** — извращенное сексуальное влечение к детям обоего пола; **садомазохизм** — достижение полового наслаждения при нанесении болевых раздражений половому партнеру или самому себе; и целый ряд других.

Ненормальные сексуальные наклонности и поведение по-разному трактуются в разных обществах и культурах и в разные эпохи. В частности, в Международной классификации болезней 9-го пересмотра (МКБ-9) в специальную рубрику среди половых извращений выделялся **гомосексуализм** — исключительное или преобладающее половое влечение к лицам того же пола с физической связью или без нее. В последующие годы в связи с изменением в ряде стран отношения общества, а также и законодательства, касающегося гомосексуализма, этот вид полового влечения и поведения перестал рассматриваться как отражающий во всех

случаях патологическое изменение полового предпочтения. Поэтому в МКБ-10 в число болезненных расстройств включены лишь психологические и поведенческие расстройства, соединенные с гомосексуальностью, но не сам гомосексуализм как таковой. Авторитетные американские сексологи У. Мастерс и В. Джонсон считают, что гомосексуальность не является болезнью; терапия ее должна определяться не врачом, а клиентом, причем в лечении нуждаются только те гомосексуалы, которые не желают смириться со своей сексуальной ориентацией, страдают от нее, но не могут самостоятельно ее изменить.

Свойственное раннему этапу развития сексологии и сексопатологии стремление установить непосредственную связь изменений сексуального поведения с нарушениями эндокринных функций не получило достаточного подтверждения. Многочисленные исследования гормонального профиля мужчин и женщин, страдающих нарушениями половой идентификации и половой ориентации, не дали определенных результатов, а попытки гормонотерапии оказались безуспешными. Это не исключает, однако, влияния на половое поведение более тонких нейроэндокринных факторов, не поддающихся на современном этапе полноценному анализу. Существует, например, гипотеза немецкого эндокринолога Г. Дёрнера относительно того, что на развитие гомосексуальности хотя бы частично может влиять расхождение между генетическим полом плода и специфическим для данного пола уровнем андрогенов в критический период дифференцировки мозга во время внутриутробного развития. В целом же психосексуальное развитие является результатом совместных влияний природных факторов и воспитания. Но в любом случае прослеживается тесная связь половой идентификации и половой ориентации субъекта с особенностями его личности и социальной адаптации. Это делает оправданным, по крайней мере на современном этапе, включение психологических и поведенческих расстройств при них в сферу расстройств личностей.

§ 3. Лечение функциональных психогенных заболеваний

Хотя в существующих классификациях болезнью неврозы, реакции на сильный стресс и личностные расстройства включены в разделы, относящиеся к патологии психической деятельности, распространенность их в населении столь велика, что лечение больных этой группы только лишь в психиатрических учреждениях практически невозможно. Нельзя не учитывать и имеющиеся среди населения устойчивые предрасположенности, касающиеся психических заболеваний, которые препятствуют своевременному обращению больных с функциональными психогенными заболеваниями в лечебные учреждения психиатрического профиля. Кроме того, тесная связь наблюдающихся при них психических расстройств с нарушениями функций внутренних органов и неврологическими симптомами требует, как правило, тщательного соматического обследования больных с участием врачей-интернистов.

Многие больные с легкими, переходящими формами неврозов и психогенных стрессовых реакций успешно лечатся у терапевтов, кардиологов, невропатологов и других специалистов, получая преимущественно медикаментозную терапию. Однако при переходе к затяжному течению этих заболеваний эффективность медикаментозного лечения снижается, а чрезмерно длительное и бесконтрольное применение психотропных средств может повести к лекарственной зависимости. Одновременно возрастает значение психотерапии, проведение которой в полном объеме возможно лишь в лечебных учреждениях психиатрического или психотерапевтического профиля. К ним относятся психотерапевтические кабинеты при общих поликлиниках, психоневрологических диспансерах, а также отделения для лечения пограничных состояний при многопрофильных соматических больницах, в санаторно-курортных учреждениях, в психиатрических стационарах. Следует отметить, что организационная структура оказания медицинской помощи больным с функциональными психогенными заболеваниями не завершена и нуждается в дальнейшем совершенствовании.

Медикаментозное лечение больных предусматривает в настоящее время широкое применение транквилизаторов (анксиолитиков), обладающих широким спектром действия на астенические, навязчивые, ипохондрические, сомато-вегетативные расстройства. Однако основными точками приложения транквилизаторов являются невротическая тревога и страх. По степени противотревожного действия в убывающем порядке наиболее распространенные транквилизаторы можно расположить следующим образом: феназепам, седуксен (реланнум, сибазон), элениум (хлорзепид), тазепам, мезапам, меприкар, рудотель, мепробамат. По мере ослабления анксиолитического действия убывает и выраженность нежелательных побочных эффектов, проявляющихся релаксацией, вялостью, сонливостью, снижением работоспособности. Практически нужно начинать лечение с назначения транквилизаторов с более слабым анксиолитическим действием. Если препарат оказывается неэффективным, не следует прибегать к повышению его доз выше средних терапевтических, так как это приводит лишь к усилению релаксации. Целесообразнее перейти к назначению транквилизаторов с более выраженным противотревожным эффектом.

В детском возрасте применение большинства транквилизаторов относительно ограничено. В целях устранения тревоги и страха, урегулирования ночного сна назначаются меприкар, мепробамат, рудотель, не приводящие к значительной расслабленности и вялости ребенка. То же самое можно рекомендовать в отношении лечения транквилизаторами лиц пожилого и старческого возраста во избежание осложнений, таких как атаксия, ночной энурез и энкопрез, в отдельных случаях — лекарственный делирий в ночное время.

Для того, чтобы избежать длительного применения транквилизаторов, приводящего к лекарственной зависимости, желательно чередовать их с назначением седативных препаратов растительного происхождения: корня валерианы, травы пустырника, экстрактов боярышника, зверобоя и др. При астенических состояниях транквилизаторы и седативные средства полезно сочетать с назначением ноотропов, поливитаминных препаратов, стимулирующих средств (препараты

корня женьшеня, плодов лимонника, настойка аралии). При наличии симптомов резидуально-органической недостаточности центральной нервной системы вследствие перенесенных ранее травм, нейроинфекционных заболеваний, тяжелых интоксикаций, применяют также биогенные стимуляторы, средства, действующие на тканевой обмен (препараты стекловидного тела, плаценты, церебролизин и др.).

Транквилизаторы и седативные препараты являются предпочтительными при лечении больных с невротической депрессией. Лишь при реакциях на сильный стресс с тяжелыми депрессивными состояниями, сходными с эндогенной депрессией, показано лечение антидепрессантами, такими как амитриптилин, лудиомил, цефедрин и др. Малые дозы амитриптилина, нортриптилина оказались также эффективными в общем комплексе лечения невротического энуреза у детей и подростков — при назначении их на ночь.

Большое значение имеет лечение невротической бессонницы. Применявшиеся ранее препараты барбитурового ряда (фенобарбитал, этаминал-натрий, барбамил) утратили прежнее свое значение в связи с высоким риском наркотического привыкания к ним. На их место пришли транквилизаторы бензодиазепинового ряда, позволяющие в большинстве случаев устранять нарушения ночного сна, связанные с невротической тревогой. Наилучшим образом зарекомендовал себя при лечении невротической бессонницы нитразепам (радедорм). Чтобы избежать привыкания к транквилизаторам при длительном лечении бессонницы рекомендуется чередовать их с назначением малых доз нейролептиков, обладающих выраженным снотворным эффектом (тизерцин, хлорпротиксен, лепонекс), а также с применением димедрола, пипольфена. При легких нарушениях сна, особенно засыпания, хороший эффект дают назначаемые перед сном препараты валерианы, корвалол, капли Зеленина. В редких случаях тяжелой бессонницы, не уступающей действию транквилизаторов и нейролептиков, можно рекомендовать следующую гипнотическую смесь: тизерцин 25 мг, седуксен 5 мг, димедрол 200 мг, корвалол 20 кап. Смесь назначается на ночь в течение 5—7 дней, а затем по мере восстановления сна из нее

последовательно исключаются оди за другим отдельные нигренти.

При лечении неврозов с успехом используются физиотерапевтические процедуры, включая массаж, гидротерапию, электросон, иглорефлексотерапию, а также санаторно-курортное лечение. В ряду наиболее эффективных методов лечения функциональных психогенных заболеваний следует упомянуть психотерапию с ее разновидностями. Помимо самостоятельного значения психотерапия обязательно должна присутствовать при проведении любых других методов лечения, включая медикаментозную, физиотерапевтическую, санаторно-курортную терапию. Однако чрезмерно радикальные представления некоторых психотерапевтов относительно того, что психотерапевтический метод является ведущим и должен, по существу, исчерпывать лечение психогенных заболеваний, нельзя считать убедительными, поскольку они не учитывают важную роль биологических механизмов, участвующих в патогенезе данных расстройств.

§ 4. Профилактика неврозов и расстройств личности

Профилактика психогенных функциональных заболеваний основывается прежде всего на достижении стабильности общества, социальной защищенности большинства населения, сведения к минимуму угрозы войн и других больших социальных погрязений. Немалую роль играет также общее оздоровление населения, улучшение экологических условий и условий производственной деятельности людей. Вместе с тем, опыт показывает, что даже в экономически развитых странах в периоды относительной стабильности общества число пограничных психических и психосоматических заболеваний остается высоким, а в некоторых случаях даже имеется тенденция к его возрастанию. Отсюда следует важное заключение, что профилактика этих форм патологии не может основываться лишь на уменьшении стрессовых воздействий на людей, превышающих возможности их адаптации. Еще ни одно общество в истории человечества не могло огра-

дить своих членов от конфликтов в макро- и микросоциальной среде. В качестве важной задачи выступает задача профилактического обучения тому, как правильно реагировать на стресс и сопротивляться ему. Эта задача наиболее эффективно решается на уровне семейного и школьного воспитания детей и подростков.

Источником гармоничного развития личности с раннего детства служит общение. Появляющиеся уже в раннем детском возрасте эмпатические реакции — способность к сопереживанию, вчувствованию в духовный мир другого человека — возникают в ответ на ласковое обращение к ребенку, улыбку матери и служат первоначальной основой познания духовного мира других людей. Эта способность сохраняется затем на протяжении всей жизни человека, наряду с развитием когнитивных процессов познания мира и своего Я. Учить ребенка понимать другого, сопереживать нужно начиная с младенческого возраста. Мать, придя с работы, должна показать 3-летней дочери, что она устала, и добиться, чтобы дочь ее пожалела. Кукла с оторванной рукой, плачущий малыш, визжащая от радости при виде хозяина собака — все это должно стать для родителей «учебным пособием» в воспитании культуры чувств ребенка, его эмпатических способностей. Вместе с тем, каждая эмоциональная реакция ребенка на все происходящее вокруг него и на собственное самочувствие должна быть замечена родителями и пережита с ним. Умение замечать и распознавать чувства другого, отражать их в себе самом есть та основа, на которой у ребенка формируется базальное Я — эмоциональный компонент самосознания.

Процесс социализации протекает гармонично тогда, когда ребенок с раннего возраста включен и интересы семьи и активно следит за развитием взаимоотношений между ее членами. Современная семья, даже если она вполне благополучная, остается в той или иной степени дезинтегрированной: отец и мать имеют свои интересы на работе, а ребенок — в детском учреждении. Дети часто мало знают о делах и заботах своих родителей, а родители все свое внимание сосредотачивают на здоровье ребенка, на том, чтобы он

был накормлен, одет и обут, чтобы никто его не обидел, чтобы он чувствовал себя довольным и счастливым. Не всегда к переживаниям ребенка относятся с наименьшей серьезностью, чем к переживаниям взрослого человека, хотя это и необходимо для формирования высокой Я-концепции.

Для родителей бывает велик соблазн авторитарного воспитания, когда они навязывают ребенку свой менталитет и «правильное» поведение, не считаясь с его собственным мнением. Важно замечание Эрика Эриксона о том, что правильное воспитание в семье предусматривает то, что родители оставляют простор для собственного выбора ребенком своих поступков и инициативы, прибегая к запретам только тогда, когда поступки его совершенно недопустимы; в этом случае родители должны быть твердыми и последовательными. Стойкие принципы морального поведения невозможно выработать путем навязывания моральных сентенций. Человек, осознающий себя исполнителем, не чувствует себя морально ответственным за результаты своих действий. Необходимо формировать у ребенка осознание себя субъектом, отвечающим за свое поведение, мысли и эмоции. Наконец, нужно добавить, что для формирования положительной Я-концепции рядом с ребенком должен быть хотя бы один человек, который любит и принимает его таким, каков он есть.

Изложенные выше условия правильного воспитания ребенка в семье представляются главными и основополагающими для гармоничного развития его личности начиная с раннего возраста. Они могут обеспечить развитие здоровых, конструктивных черт личности при прочих разнообразных условиях семейного воспитания, зависящих от культурных, национальных его особенностей даже в тех случаях, когда семья по общему определению не может считаться вполне благополучной.

У большинства детей семейное воспитание дополняется воспитанием в дошкольных и школьных детских учреждениях, где уже полнее проявляются многие качества характера ребенка. Одним из важных показателей результатов социализации является социометрический статус ребенка в группе. Метод социометрии, предложенный Дж. Морено, позволя-

ет количественно измерять межличностные отношения в малой группе, зачастую скрытые от непосредственного наблюдения. Определение социометрического статуса ребенка в дошкольном и младшем школьном возрасте вполне возможно и дает устойчивую характеристику его личности, которая затем с большим постоянством повторяется в последующие годы обучения в школе. Оно вполне может сравниться, при всей своей простоте и внешней непритязательности, с другими наиболее информативными психодиагностическими методами. Для получения достаточно полных данных у ребенка дошкольного или младшего школьного возраста достаточно получить ответ на три пары альтернативных вопросов следующего содержания:

С кем из детей в группе ты любишь играть?

1. _____

2. _____

3. _____

Кому из детей в группе ты хотел бы подарить игрушку?

1. _____

2. _____

3. _____

Кого из детей в группе ты хотел бы пригласить на день рождения?

1. _____

2. _____

3. _____

С кем из детей в группе ты не любишь играть?

1. _____

2. _____

3. _____

Кому из детей в группе ты не хотел бы подарить игрушку?

1. _____

2. _____

3. _____

Кого из детей в группе ты не хотел бы пригласить на день рождения?

1. _____

2. _____

3. _____

На каждого ребенка в группе подсчитывается, сколько он получил положительных и отрицательных выборов. Социометрический статус равняется сумме всех положительных выборов, полученных данным членом группы, деленной на число всех ее членов минус один. Соотношение суммы положительных выборов, полученных всеми детьми в группе, с суммой всех отрицательных выборов является показателем сплоченности группы, ее психологического климата; если общее число «отталкиваний» превышает число «притягиваний», можно говорить о том, что сплоченность группы низка. В средних и старших классах школы исследование производится аналогичным образом, но меняется в соответствии с возрастом степень сложности задаваемых вопросов, а количество их альтернативных пар увеличивается до пяти-шести.

Особое внимание воспитателя должно быть обращено на детей с низким социометрическим статусом, отвергаемых многими членами группы. Обычно это дети, страдающие неврозами, с заиканием, с ночным энурезом, с повышенной возбудимостью, слабо успевающие в школе. Среди них есть также дети здоровые, но с выраженной семейной запущенностью, не умеющие себя вести в компании сверстников и со взрослыми, во все вмешивающиеся, хватающие что попало без спроса, драчливые, нескренние, лживые. Сравнительно редко в число отвергаемых попадают дети, ничем не выделяющиеся, без больших способностей, мало заметные в классе, не имеющие друзей и страдающие от этого. Дети с физическими уродствами и повреждениями большей частью оказываются изолированными: их почти не выбирают, но и они не выбирают других детей.

В большинстве случаев риск дезадаптации и девиантного поведения в подростковом и юношеском возрасте имеется у детей, которые в дошкольном возрасте и в младших классах имели низкий социометрический статус. Они ничем существенным не отличались ни в ту ни в другую сторону, почти не замечались сверстниками и взрослыми и не получали с их стороны психологической поддержки. В поиске такой под-

держки в 5-6 классах эти «незамечаемые» начинают группироваться, и достаточно небольшого отрицательного влияния со стороны, чтобы эта неформальная группа стала асоциальной или делинквентной. Известно, что до 90 % дезадаптированных юношей, злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными средствами, были изолированными от своих товарищей по школе.

Большую роль в судьбе низкостатусных детей играет учитель начальной школы. Совершенно четко прослеживается закономерность, что если в младших классах удалось добиться хорошей адаптации ребенка, она остается таковой и в последующие годы, включая трудный подростковый период. В тех же немногих случаях, когда у благополучного ребенка с достаточно высоким социометрическим статусом в подростковом возрасте он резко снижается, нужно искать какие-то экстремные обстоятельства, грубо нарушившие ранее гармоничное развитие.

Важным фактором, воздействующим на формирование личности ребенка и подростка, являются оценки, даваемые взрослыми. В школьные годы оценки преподавателей во многом определяют Я-концепцию каждого учащегося и психологический климат в классе. Группа ждет от руководителя оценок и сама оценивает его. Социальная психология показывает, что любая деятельность учащегося, если она заслуживает похвалы, должна быть оценена публично, отрицательная оценка должна быть объявлена с глазу на глаз; худший результат деятельности и худшее самочувствие бывает у тех, кого никак не оценивают, такие «незамечаемые» начинают работать хуже, влияние на них группы снижается.

Сложившееся у педагога в начале учебного года неоправданно отрицательное отношение к ученику является для последнего серьезным травмирующим фактором. Английский психолог Р. Бёрнс справедливо замечает, что группирование учащихся по способностям и «навешивание ярлыков» приводят к заведомо отрицательным последствиям. Ожидания учителя по отношению к способностям и личным качествам учащихся нередко сбываются как «самореализующиеся

пророчество». Так, если учитель ждет, что ученик проявит себя как ленивый, непослушный, враждебно настроенный к школе, это вызывает действительно реакцию отказа от выполнения школьных требований, что способствует патологическому формированию характера и невротическому развитию.

Детство и юность — основные этапы и жизни человека, и которые закладываются основы устойчивости нервной системы к влиянию социальных стрессов и способность противостоять ситуациям конфликта. Чем более используются возможности повышения психической адаптации в этом возрасте в семье, и учебном заведении, и спортивных, молодежных организациях, тем более эффективна профилактика расстройств личности в периоде зрелости. Показателем успешной адаптации индивида служит высокий социометрический статус в данной среде, а также психологическая удовлетворенность этой средой и наиболее важными ее элементами: семейными отношениями, работой, социальными связями. Показателями низкой социальной адаптации служат перемещения индивида в другую социальную среду: текучесть кадров, миграция, разводы. Чем сложнее социальная среда, чем больше происходит в ней изменений, тем труднее для индивида социальная адаптация. Примером может служить социальная среда большого города в условиях быстрой урбанизации населения.

Профилактика расстройств личности направлена на выявление факторов, способствующих наиболее эффективным формам адаптации, на изучение тех элементов социальной политики, хозяйственного механизма и процесса демократизации общества, которые оказывают на нее существенное влияние. Важной формой работы является выявление групп риска среди населения, которые в силу тех или иных обстоятельств обнаруживают пониженный уровень социальной адаптации, и разработка мер по ее повышению. В этой работе участвуют многие общественные институты и организации. В частности роль генетических консультаций состоит в предотвращении влияния отрицательных биологических

факторов наследования и формирования личности; консультации «Брак и семья» призваны предотвращать отрицательное влияние на психику человека семейных и сексуальных конфликтов; профессиональное консультирование направлено на профессиональную ориентацию и отбор, которые обеспечивают гармонию производственных отношений человека; женские организации участвуют в решении специфических проблем женщины в обществе и т.д. Социальная психиатрия в лице своих представителей имеет возможность принимать участие в деятельности этих и многих других организаций, беря на себя ту сторону работы, которая непосредственно связана с профилактикой патологических изменений психической деятельности, вызываемых сильными стрессами и нарушениями приспособления личности и жизненным пространством.

Глава VIII

Эндогенные психические заболевания

§ 1. Шизофрения

Шизофрения — процессуальное психическое заболевание эндогенной природы. Понятие процесса подразумевает последовательную смену болезненных состояний, закономерно следующих друг за другом стадий развития болезни.

Шизофрения относится к частым психическим заболеваниям. Ежегодно в мире шизофренией заболевают около 10 чел. на 100 000 населения. Среди больных, страдающих психозами, доля ее составляет 70 %. Среди всех больных, получающих лечение в психиатрических больницах, доля шизофрении составляет 40—50 %, а среди получающих амбулаторное лечение в психоневрологических диспансерах — около 40 %. Проблема шизофрении — это проблема коек в психиатрических больницах, высокого процента нетрудоспособных лиц, страдающих психическими заболеваниями, и лиц, которые совершают общественно опасные действия в связи с расстройством психической деятельности.

Повышенный риск заболевания шизофренией бывает в юношеском и молодом трудоспособном возрасте, примерно одинаковый у мужчин и женщин. Чаще всего заболевание начинается в возрасте 20—29 лет. Более половины всех больных повторно госпитализируются в психиатрические больницы, и средняя продолжительность госпитализации составляет от 2 до 3 мес.; по мере возрастания продолжительности болезни она увеличивается. Доля инвалидов среди больных

шизофренией составляет около 28 %, из них более 80 % составляют инвалиды I—II групп; по мере увеличения продолжительности заболевания процент инвалидов также возрастает. Смертность больных шизофренией в полтора раза выше, чем среди всего населения. Число мужчин, никогда не состоявших в браке, больше также и полтора раза, разведенных мужчин — в 4,6 раза, доля незамужних женщин больше и 2,8 раза, а доля женщин, не родивших ни одного ребенка — в 3 раза, чем в населении. Все это определяет большое социальное, экономическое и медицинское значение шизофрении*.

Границы шизофрении определяются недостаточно четко, вследствие чего среди психиатров разных школ и направлений нет единства в диагностике этого заболевания. Однако, как показали многонациональные исследования, проведенные с участием ВОЗ, при помощи статистического анализа можно выделить группу симптомов, сочетание которых позволяет отграничить формы заболевания, при которых шизофрения большинством психиатров диагностируется однозначно. Это позволяет считать, что единособразная диагностика шизофрении имеет конвенциональный (условный) характер.

К наиболее общим симптомам шизофрении, в совокупности позволяющим диагностировать это заболевание, относятся: а) нарушение инсайта — способности схватывать целостный образ предметов окружающего мира и своего собственного Я, критически оценивать свою социальную роль (понятие инсайта близко к понятию самосознания); б) аутизм — бессознательное отстранение от реального внешнего мира, предпочтение ему мира собственных, оторванных от реальности мыслей и фантазий; в) угасание эмоциональных реакций, эмоциональная холодность, неспособность к эмпатическому восприятию духовного мира другого человека; г) галлюцинации и псевдогаллюцинации — преимущественно слуховые, вербальные; д) бред — преимущественно бредовые

* Статистические данные приводятся по А. С. Киселеву и З. Г. Сочневой.

идей отношения, преследования, особого значения, физического и психического воздействия с чувством овладения.

Кроме этих наиболее общих симптомов в диагностике шизофрении учитываются также ее проявления, как устанавливаемые с помощью феноменологического метода необычность, странность, причудливость психических переживаний больных, нарушение единства, связности психических процессов; манерность и вычурность поведения. Указанные феномены несомненно имеют большое значение для распознавания клинической картины шизофрении, так как они создают целостный образ больного, страдающего этим заболеванием. К сожалению, они с трудом поддаются объективному описанию и распознаванию.

Следует также учитывать некоторые критерии отграничения шизофрении, которые были указаны швейцарским психиатром Манфредом Блейлером (1857—1964): а) шизофрения — это обязательно психоз, хотя психотические симптомы бывают представлены не во всех стадиях заболевания; б) к шизофрении не относятся психозы со снижением памяти и интеллекта, с нарушениями сознания, и психозы, возникающие в прямой связи с соматическими расстройствами, черепно-мозговыми травмами, которые исчезают вместе с устранением физических нарушений; в) характерно своеобразное сочетание в рамках одной личности глубоких нарушений с относительно сохранившимися психическими процессами, г) наличие у больного внутреннего ощущения, что его психические процессы и личность находятся под необычным контролем извне, д) для возникновения шизофрении обязательно своеобразное психологическое предрасположение, которое частично определяется генетическими факторами.

Этиопатогенез

Эндогенная природа шизофрении установлена с достаточной достоверностью. Однако конкретные патогенетические ее механизмы изучены далеко не полностью и оставляют место для различных гипотез.

Наиболее достоверной представляется наследственная теория шизофрении. В настоящее время оставлены попытки установить соответствие типа наследования шизофрении простым законам менделевского распределения признаков. Предполагается мультифакторное (полигенное) наследование этого заболевания, при котором влияние каждого гена может быть очень слабым, но их совокупное действие обуславливает значительную выраженность признака, в данном случае — психического расстройства. Это обеспечивает существование клинических форм, образующих непрерывный ряд — от скрытых субклинических до резко выраженных клинических проявлений. Подверженность болезни определяется совместным действием генетических и средовых факторов.

Многочисленными исследованиями показано, что семейные случаи заболевания шизофренией встречаются в небольшом проценте, но в семьях больных происходит накопление лиц с легкими (субклиническими) проявлениями заболевания, чаще всего аномалий характера по шизоидному типу. Повышается также риск заболевания манифестной шизофренией: если в популяциях европейских стран он составляет в среднем около 0,5 %, то для лиц, состоящих в первой степени родства с больными шизофренией (братьев и сестер, родителей и детей), он повышается до 10-15 %. Коэффициент для однояйцевых близнецов по шизофрении, по данным разных авторов, составляет примерно от 40 до 60 %. Эти данные показывают, что хотя наследственный фактор играет большую роль в происхождении шизофрении, он не исчерпывает ее этиологии. Необходимо учитывать вклад факторов внешней среды, среди которых выделяются неблагоприятные условия эмбрионального развития, родовые и постнатальные травмы, инфекционные заболевания, психогении. Установлено, что выявление (манифестная) шизофрении примерно в трети случаев происходит в непосредственной связи с указанными внешними условиями.

При морфологическом исследовании головного мозга боль-

ных шизофренией с помощью патологоанатомических и рентгеноанатомических методов нередко выявляется более или менее выраженное расширение мозговых желудочков и подоболочечных пространств. При гистологическом исследовании обнаруживают дистрофические изменения нейронов, преимущественно в III и V слоях коры, их сморщивание, атрофию, перегруженность липофузином; реактивность глии бывает снижена. Найдены изменения в боковых придатках отростков нервных клеток (шипиках), обеспечивающих межнейрональные связи. Однако все установленные морфологические изменения в головном мозге при шизофрении отличаются пестротой и непостоянством, в связи с чем посмертный патоморфологический диагноз этого заболевания практически невозможен. Остается неясным, возникают ли указанные изменения в связи с шизофреническим процессом или они существуют изначально в качестве наследственно обусловленного признака предрасположения к заболеванию шизофренией.

Существует множество теорий, пытающихся объяснить изменения в нервной системе больных воздействием гипотетического токсического фактора, содержащегося в сыворотке крови и в ликворе; патологических аутоиммунных процессов, дисфункцией нейроэндокринных систем. Во многих случаях удавалось показать участие этих факторов в общепатологическом процессе в организме больных шизофренией, но их роль в качестве основной причины, приводящей к психическому заболеванию, остается неподтвержденной.

Сохраняет значение гипотеза И. П. Павлова, согласно которой шизофрения имеет в своей основе хроническое гипнотическое состояние больших полушарий головного мозга. Под влиянием каких-то повреждающих факторов нервные клетки в больших полушариях приходят в состояние защитного торможения, предохраняющего их от гибели. Торможение коры может по механизму положительной индукции приводить к патологическому возбуждению подкорковых образований мозга.

1. Шизофрения с началом заболевания в детском и подростковом возрасте

Манифестация шизофрении в возрасте до 10 лет встречается довольно редко и составляет менее 2 % случаев этого заболевания. Несколько чаще оно начинается в возрасте 10-14 лет (около 10 % всех случаев болезни). Ранние формы шизофрении у мальчиков встречаются в 3,5 раза чаще, чем у девочек.

Основные симптомы шизофрении у детей и подростков те же, что и у взрослых. Но проявляются они по-разному, в зависимости от возраста: чем меньше возраст ребенка, тем менее в клинической картине психоза представлены продуктивные симптомы (навязчивые, галлюциаторные, бредовые, аффективные) и тем более преобладают негативные расстройства типа эмоциональной холодности, аутизма, парадоксальности и нелогичности поведения. Особенностью детской шизофрении является и то, что болезнь накладывает отпечаток на все психическое развитие ребенка, приводя к его искажению и задержке. Клинические проявления психоза бывают чрезвычайно разнообразны, но сравнительно редко дают основание для четкой их классификации.

В возрасте от 2 до 5 лет болезнь проявляется в виде детского аутизма (с и н д р о м К а н н е р а). Он состоит главным образом в отсутствии реакции на эмоции других людей и несоответствии поведения ситуации. Дети выглядят отрешенными, живущими «сами по себе». Они словно бы не замечают других людей — взрослых и сверстников, почти не реагируют на ласку родителей и их строгий тон, сами ни к кому не ласкаются. Спонтанное поведение больных однообразно. Они могут часами производить стереотипные действия, внешне напоминающие игру, но лишённые понятного игрового замысла. Сами они не задают вопросов окружающим, а на задаваемые им вопросы отвечают искоса, с безразличным видом, односложно и часто невпопад. Чаще всего они разговаривают «сами с собой», причем речь их бывает странной, не всегда понятной, в ней используются необычные, придуманные самими больными слова (*неологизмы*).

При сравнительно доброкачественном течении болезни у детей сохраняются в той или иной степени познавательные интересы и любознательность, направленные на чтение книг, часто не соответствующих детскому возрасту. Усваивая сложные понятия, дети при этом могут оставаться неосведомленными в элементарных практических делах, не умеют себя обслуживать. Это становится особенно заметным, когда ребенок идет в школу. Здесь у него проявляются снижение инициативы, отсутствие заинтересованности в школьных занятиях, трудности в усвоении правил поведения школьника, патологическая замкнутость, чужаковатость и парадоксальность поведения. Другие дети его обижают, смеются над ним, отторгают его от своего коллектива. Все это приводит к отставанию от других детей в обучении и неравномерности развития интеллекта; усваивая сложные понятия из книг, пользуясь в разговоре «взрослыми» словами и научными терминами, ребенок в то же время не может овладеть элементарными знаниями математики, не умеет писать, у него отсутствуют навыки самообслуживания, общения со сверстниками. Формируется своеобразная форма умственной отсталости, что часто диктует необходимость индивидуального обучения или перевода в специальную школу для детей с расстройствами эмоциональной сферы и поведения. В подростковом возрасте этот дефект развития интеллекта может частично компенсироваться, и нередко случается, когда подросток осваивает полную программу средней школы. Но черты психического инфантилизма, аутизма, замкнутости, странности и экстравагантности поведения при этом сохраняются.

При злокачественном течении процесса сформировавшиеся в первые годы жизни навыки фразовой речи утрачиваются, а лишь спустя несколько лет речь вновь начинает постепенно развиваться. Но лежащее в ее основе мышление оказывается непоследовательным, бессвязным. Так, девочка, рисуя, разговаривает сама с собой: «Я была в лесу, зарезала волка... Дощечка, на которую ляжет волк, ее поставили на велосипед... Мы видели много красных платьев на лошадях...». Такие дети выглядят эмоционально опустошенными, рав-

нодушными, потребность в общении со сверстниками и со взрослыми у них отсутствует. Наблюдаются кататоические симптомы в виде стереотипных движений, дети совершают прыжки на месте, прыжки на коленях, хлопки в ладоши, ходят с закрытыми глазами. Возникают также застывания в стереотипных позах, восковидная гибкость, эхопраксия. Многие больные без видимой причины бьют других детей, щиплют их. Течение болезни имеет волнообразный характер с улучшениями состояния (большей частью под влиянием лечения) и последующими ухудшениями. Спустя несколько лет формируется стойкий шизофренический дефект. Психические расстройства нередко сочетаются с эндокринными нарушениями, ожирением.

При более остром начале шизофрении, которое обычно наблюдается в дошкольном и младшем школьном возрасте, у детей возникают беспричинные страхи, которые трудно отличать от проявления рудиментарных галлюцинаторных и бредовых переживаний. Страх обычно сопровождается ощущением присутствия чужого человека. Ребенок начинает плакать, кричать, заглядывает под кровать, указывает на темный угол: «Кто-то плохой пришел!.. Опять волосатая пришла, уйди!..». Вне этих приступов страха ребенок продолжает проявлять опасливость, боится ложиться спать, выходить из дома, задает вопросы, не может ли он отравиться, умереть. Страхи могут приобретать характер навязчивых переживаний, когда ребенок постоянно испытывает потребность совершать ритуальные действия с целью защиты: делает по несколько шагов вперед и назад, старается не дотрагиваться до предметов — «чтобы не умереть». Характерны патологические фантазии, которые, усложняясь, начинают напоминать бредовые идеи: ребенок боится выйти во двор, так как «мальчишки ему уши отрежут», опасается, что кто-то за ним следит, хочет его убить. Детей в состоянии страха не удается ни отвлечь, ни успокоить, их внимание нельзя переключить на что-то другое. Дети утрачивают интерес к окружающему, к игрушкам, становятся раздражительными, их умственное развитие начинает отставать от возраста, но распада речи, подобного тому, который

наблюдается в более раннем возрасте, у них не происходит. Более отчетливыми становятся аффективные расстройства, в частности депрессия.

Клиническая картина шизофрении, развивающейся в подростковом возрасте, начинает приближаться к проявлениям этого заболевания у взрослых. Вырисовываются различные типы ее течения: непрерывный и приступообразный. Все же у подростков имеется ряд характерных для этого возраста особенностей заболевания. К ним, в частности, относится высокая частота дисморфофобических расстройств. Дисморфофобия при шизофрении проявляется ложным убеждением в наличии у себя самого каких-то грубых дефектов телосложения или нарушения телесных функций. При этом, в отличие от анорексии, больные не столько обеспокоены неблагоприятным исходом предполагаемого «заболевания», сколько тем, что «дефект» замечается всеми окружающими. Без всяких на то оснований они начинают верить, что у них растет горб, нос отклоняется вбок, от них исходит запах кишечных газов, люди в общественных местах от них отворачиваются, «поводят носами». Все попытки разубедить больного не могут поколебать его бредового убеждения. С большим постоянством возникают суицидальные намерения: «Если мне не исправят недостаток, все равно я жить не буду». У девочек-подростков дисморфофобия нередко сочетается с первой анорексией. Возникают ложные телесные ощущения (сенестопатии); руки «наливаются жиром», тело раздувается после еды. Манипуляции с едой часто носят нелепый характер: больные составляют нелепые диеты, после еды вызывают у себя рвоту, а затем измеряют вес рвотных масс. В отдельных случаях вызывание рвоты сочетается с поеданием чрезмерного количества пищи (булимией). На этом фоне могут возникать кратковременные галлюцинаторно-бредовые и кататонические эпизоды.

В подростковом возрасте часто наблюдаются острые приступы шизофрении продолжительностью 2—3 мес., заканчивающиеся практически полным выздоровлением. Начало их обычно провоцируется внешними патогенными факторами:

инфекцией, интоксикацией, черепномозговой травмой. В течение нескольких дней наблюдается тяжелая бессонница, нарастают тревога и суетливость, колебания настроения. Затем стремительно развивается кататоническое возбуждение. Больные совершают бессмысленные и причудливые телодвижения, хлопают в ладоши, подпрыгивают, обнажаются, пытаются пить свою мочу, мажутся калом. Речь их бывает бессвязной, представляет собой сочетание бессмысленных обрывков фраз, сопровождается хохотом. За фасадом этого возбуждения обычно разворачиваются фантастические сновидные переживания (онейроид). После завершения возбуждения некоторое время сохраняются колебания настроения, преимущественно в сторону его понижения. Такой приступ может быть единственным в жизни и не оставляет серьезных последствий для психической деятельности перевесивших его больных.

В противоположность остро развивающейся, но благоприятно протекающей приступообразной шизофренией, в подростковом и юношеском возрасте наблюдается также злокачественно текущая шизофренией. Она составляет малую часть всех случаев этого заболевания — не более 6—10 %. Но большое ее медицинское и социальное значение заключается в том, что болезнь, начинаясь в возрасте 13—18 лет, протекает непрерывно, без ремиссий, в течение нескольких лет, завершается тяжелым психическим дефектом, а лечение ее не дает желаемых результатов. Уже на ранних стадиях заболевания на первый план выступают выраженные негативные симптомы, утрачиваются прежние интересы, живость, любознательность, резко обедняется эмоциональная сфера, пропадает стремление к общению. Часто больные становятся грубыми, негативистичными, враждебно настроенными по отношению к близким людям. Они с трудом усваивают новое, успеваемость их в учебном заведении резко падает, они перестают посещать занятия, нарастает вялость, апатия. Наряду с этим появляются «особые интересы», малопродуктивные и оторванные от реальности. Больные, опираясь на поверхностные знания, почерпнутые из популярной брошюры, создают «теорию рака», чтобы избежать этой болезни,

придумывают для себя причудливую диету, начинают читать недоступную их пониманию философскую, психологическую литературу, делая из нее бессистемные выписки. Их разговоры приобретают характер *резонерства* — бесцельного рассуждательства, не приводящего к логичным и разумным выводам. Эти занятия все приводят к обогащению личности, новые знания все приобретаются, за исключением отдельных, случайно схваченных деталей. Все более варушается социальная адаптация больных, они проводят время в случайных компаниях, где пьянствуют, употребляют наркотики, хотя тесных дружеских отношений ни с кем не устанавливают. Их поступки становятся странными, непонятными и резко контрастируют с их прежним поведением. В последующем появляются нестойкие галлюцинации, бредовые идеи величия, преследования, симптомы психического автоматизма, которые в связи с эмоциональным опустошением больных мало отражаются на их поведении. На первый план выступают замкнутость, маиерность, аутизм, на фоне которых возникают отдельные кататонические и гебефренические симптомы.

2. Шизофрения с началом в зрелом возрасте

Клинические проявления шизофрении в зрелом возрасте настолько разнообразны, что в психиатрии неоднократно дискутировался вопрос, является ли она единым заболеванием или представляет собой группу болезней, имеющих разную этнологию и неодинаковые исходы. Ответ на этот вопрос могли бы дать генетические исследования, позволяющие судить о единстве или, напротив, неоднородности наследственных механизмов заболеваний с разными психопатологическими синдромами и типами течения. Эти исследования очень сложны и трудоемки, и они еще далеки от своего завершения.

Между тем попытки расчленения шизофрении в широких границах, очерченных за последние десятилетия в европейской и отечественной психиатрии, продолжаются. В международной классификации болезней за рамки диагноза шизо-

френи вынесены бредовые расстройства, в которых не находят отражение описанные выше основные признаки шизофрени, и целый ряд других нарушений психической деятельности, не отвечающих четко очерченным критериям этого заболевания. Однако в клиническом отношении такому расчленению шизофрени противоречит то обстоятельство, что при всей разнородности ее проявлений между отдельными ее формами и типами течения существует непрерывная цепь переходных вариантов, образующих континуум. На одном его полюсе находятся психические расстройства, напоминающие неврозы и расстройства личности, а на другом — грубые нарушения психической деятельности, приводящие к тяжелому дефекту в эмоционально-волевой сфере и практически исключающие возможность удовлетворительной адаптации в социальной среде. Компромиссом является осуществленное еще Э. Крепелином разделение шизофрени на ряд клинических форм, среди которых чаще всего называются простая, гебефреническая, параиодная и кататоническая формы.

Простая форма шизофрени манифестирует утратой прежних побуждений к жизни и интересов, праздно и бессмысленным поведением, оторванностью от реальных событий. Она медленно прогрессирует, причем постепенно углубляются негативные проявления болезни: понижение активности, эмоциональная уплощенность, бедность речи и других средств коммуникации (мимика, контакт глаз, жестикация). Снижается эффективность в учебе и в работе — до полного их прекращения. Галлюцинации и бред отсутствуют или занимают небольшое место в картине заболевания.

Гебефреническая форма отличается от простой большей подвижностью больных, суетливостью с оттенком дурашливости и манерности, характерна неустойчивость аффекта. Больные бывают многоречивы, склонны к бесплодному рассуждательству (резонёрству), стереотипным высказываниям, мысленно их бедно и однообразно. Галлюцинационные и бредовые переживания отрывочны и поражают

своей нелепостью. По Э. Крепелину, только у 8 % больных отмечаются более или менее благоприятные ремиссии, но в целом течение болезни отличается злокачественностью.

Параиодная форма характеризуется преобладанием в картине болезни бредовых и галлюцинаторных расстройств, образующих параиодный, параноидный синдромы, синдром психического автоматизма Кандинского—Клерамбо. Вначале отмечается тенденция к систематизации бреда, но в дальнейшем он становится все более фрагментарным и нелепым, фантастическим. По мере развития болезни появляются и усиливаются негативные симптомы, складывающиеся в картину эмоционально-волевого дефекта.

Кататоническая форма проявляется психомоторными расстройствами в виде кататонического ступора или возбуждения. Эти два состояния могут чередоваться друг с другом. Кататонические расстройства обычно сочетаются с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями больных, а в случае острого приступообразного течения заболевания — также с онейроидом. Течение и исходы кататонической шизофрении бывают разнообразными.

Подразделение шизофрении по ее клиническим формам является условным. Будучи процессуальным заболеванием, шизофрения характеризуется последовательной сменой психопатологических синдромов в течение болезни. Формы шизофрении отражают особенности ее клинической картины на том или ином этапе развития и могут сменять друг друга. Так, заболевание может манифестировать параноидными расстройствами, которые затем трансформируются в кататонические, в связи с чем меняется и форма шизофрении. В других случаях при длительном и неблагоприятном течении параноид постепенно угасает, бредовые и галлюцинаторные симптомы становятся менее выраженными, фрагментарными и не определяют более поведение больных. Но нарастают и выступают на первый план негативные симптомы заболевания: эмоциональная тупость и апатия; соответственно этому параноидная форма приобретает сходство с простой.

Трудности диагностики клинических форм шизофрении усугубляются тем обстоятельством, что на разных этапах болезни клиническая ее картина представляет собой сочетание, смесь симптомов, относящихся к разным ее формам. Так, при наблюдении больного оказывается, что гебефренические симптомы у него сочетаются с выраженными галлюциаторными и бредовыми; при простой форме более, чем обычно, представлены бредовые идеи отношения, особого значения, симптомы психического автоматизма. Нередко картина психоза еще более осложняется за счет выраженных аффективных расстройств — депрессивных и маниакальных, что придает ей совершенно особый характер. Существующее в клинической практике понятие «ведущего синдрома», позволяющее среди всего многообразия психических нарушений вычленить главные и наиболее существенные, сопряжено с субъективной оценкой картины заболевания. Кроме того, оно противоречит более продуктивному пониманию сути психопатологического синдрома как целостной картины психических расстройств на данном этапе развития болезни, что позволяет идентифицировать ее путем схватывания, узнавания.

Относительность диагностики упомянутых выше крепелиновских форм шизофрении заставила обратиться к анализу типов ее течения, как более полно отражающих свойства патогенеза болезни. А. В. Снежиевский выделил два критерия типов течения: критерий непрерывности — прерывистости и критерий злокачественности — доброкачественности. Существует предположение, что эти свойства контролируются разными генами. Дифференциация шизофрении по типам течения позволяет представить закономерности развития патологического процесса и прогнозировать его. Она также не лишена недостатков, заключающихся прежде всего в том, что не учитывается влияние на природные свойства патологического процесса и его течение внешних факторов, таких как социально-психологические условия жизни, соматическое состояние больного и, особенно, активная терапия психического заболевания. Так, лечение больного с непрерывно текущей шизофренией может повести к заметному улуч-

шению его психического состояния, что допустимо рассматривать как возникновение несвойственной данному типу течения ремиссии. Кроме того, между отдельными типами течения, как правило, существует множество переходных вариантов, что делает их разграничение на практике сложным и не всегда достоверным.

Были выделены и описаны следующие основные типы течения шизофрении.

Малопрогрессирующая шизофрения

Начало болезни очень медленное, малозаметное. В течение нескольких лет она проявляется лишь усилением шизоидных свойств личности, беспричинными колебаниями настроения, тревогой, чувством собственной неполноценности и неуверенности в себе. Много времени и внутренней энергии больные уделяют самокопанию (*рефлексии*), бесплодным попыткам усовершенствовать свой характер, закалить волю. Эти попытки не идут дальше одиночных занятий бегом, физкультурой, каким-либо психологическим тренингом. Несмотря на замкнутость и сниженную энергию, больные могут продолжать работу или занятия в учебном заведении, хотя эффективность этой деятельности заметно снижается. Как сами больные, так и окружающие почти никогда не оценивают такое состояние как проявление начинающегося психоза. Установление диагноза шизофрении на этой стадии практически невозможно.

На более позднем этапе заболевания все отчетливее выступают явления субдепрессии, отсутствие жизнерадостности с тягостным чувством своей изменчивости: «Стал не тот, не чувствую себя... Все воспринимается тускло, нереально...» Резко снижается продуктивность в учебных занятиях и в работе. Субдепрессия часто сочетается с ипохондрическими расстройствами и сенестопатиями. Больные начинают ощущать «нагревание головы», «переворачивание мозгов», жжение в области половых органов, постоянно измеряют частоту пульса, боятся умереть, заразиться венерической болезнью. Отношение к этим мыслям и ощущениям бывает

двойственным: обычно на вопрос, болен ли он, больной только пожимает плечами, намерения лечиться у него не возникает или он «лечит» себя сам, прибегая к причудливым способам закаливания организма, экстравагантным диетам. Внешне больные остаются вялыми, замкнутыми, угрюмыми, разговаривают неохотно, отвернувшись от собеседника и чему-то неопределенно улыбаясь.

Галлюцинаторные и бредовые переживания занимают небольшое место в картине заболевания и обычно выявляются только путем направленного опроса. Чаще всего встречаются идеи отношения, при которых больной высказывает убеждение, будто бы окружающие обращают на него особое внимание, что-то замечают в выражении его глаз, со значением переглядываются между собой. Иногда эти идеи сочетаются с дисморфофобией: больной убежден, что глаза у него стали «какие-то дыкне», переносица мешает смотреть; разубеждать в этом больных бесполезно.

В период расцвета заболевания на первый план часто выступают стойкие навязчивые расстройства с нелепыми ритуальными действиями. Возникает страх перед возможным загрязнением рук каловыми массами в туалете, перед заражением каким-либо заболеванием при дотрагивании до окружающих предметов. Больные в течение всего дня моют руки, стирают белье и верхнюю одежду и, слегка отжав, надевают ее на тело, по сотне раз повторяют бессмысленную фразу — «чтобы не заболеть». В этом периоде заболевания они редко сохраняют работоспособность или сохраняют ее лишь частично, если на работе относятся снисходительно и опекают их. Дома больные ведут крайне однообразный образ жизни, стараясь ни на шаг не отступить от раз и навсегда заведенного порядка, донимают родственников причудливыми прихотями: перед сном ложиться к ним в постель, делать инъекции всегда одного и того же лекарства в определенное время, не включать телевизор.

Приступ болезни длится годами. Создается впечатление, что развившиеся психические нарушения стали хроническими и необратимыми. Но спустя долгое время нередко оказывает-

ся, что прежние болезненные изменения психики потускнели и отошли на задний план. Остается необратимый легкий психический дефект в виде замкнутости, чужаковости, пристрастия к монотонному образу жизни. Но все же больные бывают способны в той или иной степени приспособиться к житейской ситуации, выполняют посильную работу, обслуживают себя в быту и даже, подчиняясь инициативе со стороны, создают свои семьи. Внутренний их духовный мир остается достаточно богатым. В одной трети случаев болезнь медленно прогрессирует и спустя много лет постепенно приобретает сходство с параноидной шизофренией.

Прогрессирующая параноидная шизофрения

Этот тип шизофрении характеризуется непрерывным течением с постепенным нарастанием продуктивных и негативных симптомов, преобладанием в картине заболевания галлюцинаторно-параноидных расстройств. Степень злокачественности бывает различной, в связи с чем неодинаков и исход заболевания.

В типичных случаях болезнь начинается исподволь. Больные становятся замкнутыми, угрюмыми, ограничивается круг их интересов и знакомств, на смену которым приходят ипохондрия, подозрительное отношение к людям. Характерными бывают сверхценные и бредовые идеи отношения, ревности, реже — систематизированные идеи изобретательства, реформаторства, сочетающиеся с бредом преследования. Часто возникает вербальный галлюциноз с неприятным, угрожающим содержанием «голосов». С появлением галлюцинаций поведение больных еще более нарушается, они становятся напряженными, озлобленными, а иногда и агрессивными, принимают меры «самообороны», носят с собой нож, ночью кладут рядом с собой топор. Такое состояние может продолжаться долго — от нескольких месяцев до нескольких лет. Постепенно развертывается синдром психического автоматизма Кандииского—Клерамбо.

Параллельно с углублением расстройств психической деятельности и усложнением психопатологического синдрома

при прогрессивной параноидной шизофрении происходит постепенное нарастание симптомов необратимого психического дефекта. Больные становятся все более холодными, равнодушными к близким. В случаях с относительно доброкачественным течением часть из них сохраняет трудоспособность, но выполняют они работу формально, без прежней продуктивности, обращают внимание сотрудников своей отгороженностью, подозрительностью, неряшливостью, странными, непонятными поступками и высказываниями.

При более злокачественном течении социальные связи утрачиваются больными полностью, происходит распад семьи, больные прекращают работу, ведут одинокий образ жизни, нередко злоупотребляют алкоголем. Меняется и содержание бредовых идей, они приобретают нелепый, фантастический характер. Больные стереотипно, с одними и теми же интонациями рассказывают о необыкновенных событиях, о преследовании их шпионами, инопланетянами, в речи их появляются неологизмы, которыми они обозначают участников этих фантастических событий. Поведение больных также становится однообразным, мимика и жесты манерными. В тяжелых случаях происходит распад мышления, речь становится разорванной, приобретает характер бессвязного монолога, обращенного куда-то в пространство.

Приступообразно-прогрессивная (шубообразная)* шизофрения

Этот тип шизофрении в зрелом возрасте является наиболее распространенным и, по данным разных авторов, наблюдается в 54-72 % больных. Он представляет собой сочетание непрерывного прогрессивного развития болезни с постепенным нарастанием негативных симптомов и периодических ее обострений в форме приступов. Характер приступов по их остроте, клиническим проявлениям и продолжительности бывает различным. Начало болезни сходно с ранними проявлениями прогрессивной параноидной шизофрении. Но отличие заключается в том, что появлению бреда и галлю-

* Schub (нем.) — толчок, сдвиг.

цинаций предшествует период с выраженными аффективными расстройствами — депрессивными или маниакальными, нередко сменяющими друг друга. Аффективные колебания находят отражение в содержании галлюцинаций и бреда. При наличии депрессивного или смешанного аффекта «голоса» обвиняют больного в якобы совершенных им преступлениях, угрожают ему, приказывают покончить жизнь самоубийством. Эти же мотивы преобладают и в содержании бреда. Больные бывают тревожны, угрюмы, испытывают страх, им кажется, что все окружающие смотрят на них с ненавистью, «словно хотят сожрать». Нередки также и психондрические бредовые переживания: больные убеждены в том, что они страдают неизлечимой болезнью, их тело разлагается, на коже появляются «трупные пятна», такой же болезнью страдают их близкие, всем им суждено погибнуть в страшных мучениях. Напротив, при наличии маниакального аффекта «голоса» называют больного «Богом», предсказывают, что ему суждено великое будущее, в своем присутствии больной замечает, что люди становятся счастливыми, у них улучшается здоровье. Бредовые идеи величия и могущества странным образом сочетаются при этом с замкнутостью, и больные искренне уверяют, что не считают себя великими людьми, что они такие же, как все. При дальнейшем развитии приступа на смену вербальным галлюцинациям и бреду приходят явления психического автоматизма, реже — кататонические расстройства.

Приступ длится от 2—3 мес. до года и более. Наступающая после него ремиссия тем лучше, чем менее злокачественным является процесс. Положительными прогностическими признаками в отношении исхода приступа являются относительно острое его начало, большая выраженность аффективных расстройств, полностью развернутый, завершённый психопатологический синдром со всеми присущими ему особенностями (параноидный, психического автоматизма, кататонический). Напротив, при относительно мало выраженных аффективных нарушениях, при медленном и постепенном начале приступа, начало которого трудно датировать, при атипичной и незавершённой картине психопатологиче-

ского синдрома приступ обычно оказывается более продолжительным, а наступающая ремиссия менее полноценной, не дающей больному возможность успешно адаптироваться в семье и на работе, что обычно влечет за собой назначение инвалидности.

Стойкость межприступных ремиссий также бывает неодинакова. По данным А. С. Киселёва и З. Г. Сочневой, при приступообразно протекающей шизофрении в среднем она составляет более трех лет, причем от 62 до 80 % больных имеют ремиссии до пяти лет. Обострения наступают спонтанно или под влиянием дополнительных внешних вредностей — соматических заболеваний, психических травм.

Картина психических нарушений от приступа к приступу может меняться. Но с каждым последующим приступом межприступные промежутки становятся короче и нарастают изменения личности. В периоде неполной ремиссии у больных сохраняются тревожность, подозрительность, склонность по-бредовому истолковывать любые поступки окружающих, эпизодически возникают галлюцинации. Особенно характерны стойкие субдепрессивные состояния с пониженной активностью, ипохондрической направленностью переживаний. При неблагоприятном развитии болезни после 3-4 приступов течение ее может стать непрерывным и нарастают явления дефекта в форме апатии, эмоциональной холодности, аутизма с маиерностью поведения и обеднением мышления, приобретающего характер резонерства. В более благоприятных случаях шизофрении после нескольких приступов наступает относительная стабилизация процесса, эмоционально-волевой дефект оказывается умеренно выраженным, больные адаптируются при благоприятных условиях в семье, сохраняется в той или иной степени их трудоспособность.

Рекуррентная шизофрения

Рекуррентный* тип течения является наиболее доброкачественным в том смысле, что несмотря на склонность к воз-

* *Recurrens* (лат.) — возвратный

врату заболевания, многократному повторению приступов психоза, у больных не возникает типичных для шизофрении негативных симптомов. Отсутствие явной прогрессивности процесса делает понятие рекуррентной шизофрении дискуссионным и заставляет вновь и вновь обращаться к обсуждению вопроса о возможности выделения этой формы в виде самостоятельного заболевания. Так, в МКБ-10 относимые обычно к рекуррентной шизофрении формы психоза включаются в картину тяжелого депрессивного или маниакального эпизода с психотическими расстройствами, не коррелирующими с настроением, и в шизоаффективное расстройство.

Приступы рекуррентной шизофрении характеризуются острым началом, которому предшествует короткий продромальный период с колебаниями настроения, ощущением общего дискомфорта и тяжелой бессонницей. Внезапно развиваются выраженные аффективные нарушения, чаще всего в форме депрессии. Спустя несколько дней возникает страх, обстановка в семье и на работе начинает восприниматься как полная скрытой опасности. Больные становятся замкнутыми, настороженными, подозрительными, каждое слово и каждый жест окружающих воспринимают как тайную угрозу. С большим постоянством обнаруживаются бредовые идеи отношения и особого значения: на работе и на улице люди переглядываются, усмеваются, обмениваются подозрительными замечаниями. Затем быстро развертывается аффективно-параноидный синдром с бредом испещивровки, фантастическим ипохондрическим бредом Котара, синдромом психического автоматизма Кандниского—Клерамбо. На высоте приступа может возникнуть кататонический синдром с онейроидом. В относительно редких случаях, когда психотические расстройства возникают в связи с маниакальным аффектом, больные бывают оживлены, многоречивы, высказывают фантастические бредовые идеи величия, необыкновенного могущества.

Приступ длится от нескольких недель до нескольких месяцев и заканчивается практически полным восстановлением

нормальной психической деятельности. Повторные приступы психоза возникают с разной частотой и обычно бывают сходны по клиническим проявлениям с предыдущими (приступы по типу «клише»). Несмотря на отсутствие нарастающего психического дефекта, в случае частых приступов — до 1—2 раз в год — болезнь нарушает социальные отношения субъекта, требует частых повторных госпитализаций в психиатрический стационар и приводит к инвалидизации больного. Все же на каком-то этапе приступы психоза могут стать более редкими или полностью прекращаются.

* * *

Приведенные описания подтверждают большое разнообразие форм и типов течения шизофрении. Но можно отметить некоторые общие их особенности, отражающие свойства патогенеза данного заболевания.

При психозах, отвечающих основным и общепринятым критериям шизофрении, характерен преморбидный тип личности, включающий в себя черты шизоидии в сочетании с неустойчивостью настроения, которая в выраженных случаях проявляется циклотимическими колебаниями аффекта. Эти свойства личности могут быть очень отчетливыми, но в ряде случаев они бывают затуманены влиянием воспитания в процессе социализации индивида. Трудности адаптации, социальные стрессы и фрустрации ведут к их усилению, появлению астенических, астено-депрессивных и невротических симптомов, предшествующих манифестации психоза. Поведение больных на этом этапе может быть в социальном отношении достаточно адаптированным, и оснований для диагноза шизофрении не возникает.

Манифестация шизофрении, как правило, бывает связана с возникновением эндогенно обусловленных аффективных расстройств — от гипоманиакальных и субдепрессивных до тяжелой депрессии или мании. Аффективные расстройства служат основным фактором, «локомотивом» для дальнейшего развертывания болезни, а поскольку эндогенным аффективным нарушениям бывает свойственно приступообраз-

ное течение, то и для большинства форм шизофрении наиболее характерно течение в виде повторяющихся приступов. Чем более выражены депрессивные и маниакальные расстройства, тем острее протекают приступы, тем более типичным и завершенным оказывается психопатологический синдром на высоте развития болезни. Остро протекающие аффективно-бродовые, кататонико-онейроидные приступы имеют четкие границы и в большинстве случаев завершаются хорошей ремиссией, которую иногда можно приравнять к восстановлению нормальной психической деятельности. Напротив, чем менее выражены аффективные расстройства, тем длительнее протекают приступы шизофрении и тем менее четкими оказываются их границы. Развернутый и завершённый психопатологический синдром на высоте приступа при этом не формируется, и разнообразные невротоподобные, галлюцинаторные, бредовые, кататонические и другие симптомы не складываются в целостную картину психических нарушений (синдром), которая может быть отчетливо различима на фоне нарастающих негативных расстройств. В крайнем варианте болезнь принимает длительное, хроническое течение без четких ремиссий.

Аффективные и сопутствующие им продуктивные симптомы шизофрении характеризуются не только степенью выраженности, но и свойством лабильности и инертности. Лабильность проявляется заметными колебаниями интенсивности маниакального или депрессивного аффекта в течение дня, а также на протяжении недель и месяцев их существования. В них находят отражение свойственные витальным нервно-психическим функциям биологические ритмы (суточные, месячные, сезонные). Чем инертнее аффективные расстройства, тем более вероятно непрерывное, безремиссионное течение шизофрении.

Инертность психических расстройств нарастает по мере увеличения длительности заболевания. При хроническом, многолетнем течении шизофрении формируется стойкое *конечное состояние*, представляющее собой исход данного заболевания. В случае неблагоприятного исхода картина конеч-

ного состояния бывает представлена крайне инертными и практически неколеблющимися симптомами хронической депрессии или мании в сочетании с такими же стойкими и практически необратимыми фрагментами навязчивых, компульсивных, бредовых, кататонических и гебефренических состояний. Такую картину заболевания обозначают как *полиморфную*. При депрессивном ее варианте больные выглядят апатичными, бездеятельными, контакты их с окружающими сведены до минимума. Длительное, многолетнее пребывание в психиатрической больнице или в домах инвалидов не вызывает с их стороны недовольствия или протеста, а на вопрос о желании выписаться обычно следует стереотипный ответ: «Не хочу... Я здесь останусь...». У наблюдателя складывается впечатление о полном угасании эмоциональной сферы, об эмоциональной тупости. Однако за фасадом бездеятельности и апатии кроется стертый и крайне инертный депрессивный аффект, проявляющийся выражением недовольства и угрюмости. Вид больного, его мимика и поведение свидетельствуют о переживании общего дискомфорта. В пользу этого свидетельствует и неприятный, тягостный характер сохранившихся галлюцинаций и бредовых идей.

При маниакальном варианте маниакального состояния наблюдается стереотипное и непродуктивное возбуждение в виде суетливого беспокойства, ходьбы взад и вперед, со стереотипными кататоническими и гебефреническими симптомами. Часто наблюдается изолированное речевое возбуждение, когда при отсутствии явно повышенного настроения больные непрерывно говорят, не заботясь о том, слушает ли их кто-нибудь; речь принимает форму монолога, обращенного в пространство. В ней находят отражение обрывки ранее систематизированных бредовых идей величия, могущества, преследования, странные речевые обороты и неологизмы, но общий смысл речи остается непонятным. Нетрудно при этом заметить, что непонятность и разорванность речи непосредственно связаны с ускорением темпа мышления, с непрерывными перескоками с одной темы на другую, приводящими к «словесной крошке», не несущей в себе информации, необходимой для установления продуктивных кон-

тактов с другими людьми. Соотношение факторов повышенной отвлекаемости внимания и глубокого аутизма определяет в каждом отдельном случае клинические варианты этого состояния. Некоторые больные проявляют при этом также и двигательное возбуждение стереотипного характера: вскакивают с постели и стремятся куда-то идти без определенных целей или многократно заходят в кабинет врача, обращаясь к присутствующим со странными и непонятными просьбами и предложениями. В наиболее тяжелых случаях хроническое возбуждение сводится к бессмысленному гримасничанию и дурашливым жестам, поступки больных достигают крайней степени нелепости. Во всех случаях бывает выражена аутистическая отрешенность от окружающего мира и реальных человеческих отношений. Возбуждение длится годами и свидетельствует о большой инертности психических процессов.

Инертность депрессивного и маниакального аффекта прослеживается и при легких состояниях психического дефекта, образующегося в случае длительного течения шизофрении с меньшей злокачественностью патологического процесса. Стойкое состояние субдепрессии проявляется постоянным недовольством собой и своими отношениями с окружающими, чувством неловкости при общении с ними, стремлением к одиночеству, снижением энергии поведения, молчаливостью и замкнутостью. Оставаясь в кругу своих аутистических интересов, больные ведут однообразную жизнь, подчиняя порядок дня раз и навсегда сложившимся стереотипам. Их пристрастие к однообразному образу жизни воспринимается окружающими как странности и чудачества. Иногда такие больные способны удерживаться на работе, если к ним предъявляются стандартные требования, но не могут обычно совершенствоваться в своих знаниях и профессиональных навыках, плохо приспособляются к меняющимся условиям работы. Жизнь в семье также протекает в условиях монотонного, стереотипного поведения больных и складывается в систему жизненных ритуалов. Настроение у них монотонно пониженное.

При маниакальном варианте легкий психический дефект проявляется однообразной гиперстеничностью. Для больных характерна односторонняя активность при чрезмерном педантизме и аккуратности, стереотипности привычек. Они могут много работать, не жалуясь на усталость, бывают чрезвычайно исполнительны, чем нередко пользуются сотрудники, перекладывающие на них самую утомительную и непрестижную работу. Вместе с тем, недостаток собственной инициативы, изобретательности, умения следовать за меняющейся ситуацией часто делает их труд малопродуктивным, машинообразным. Утриванный инфантилизм, романтические чудачества, полное неумение постоять за себя и отстаивать свои интересы воспринимаются окружающими как повод для насмешек, смысл которых часто не доходит до больного. Такие больные обычно много говорят и бывают навязчивы в своих контактах, не замечая того, что их разговоры утомительны и чужды живым эмоциональным интересам собеседника. Гиперстеничность при низком уровне самосознания и искажении естественных инстинктивных побуждений часто приводит к сексуальным извращениям.

При всем разнообразии клинических проявлений и типов течения шизофрении длительные катамнестические наблюдения на протяжении нескольких десятков лет от начала заболевания свидетельствуют о том, что прогноз его не всегда должен быть пессимистичен. Большая часть больных так или иначе адаптируются в домашних условиях; 17 % из них за весь период болезни госпитализируются не более одного раза. 50 % больных после 2-3 госпитализаций более не поступают на стационарное лечение, около 10 % практически могут считаться выздоровевшими. Около 35 % всех больных сохраняют трудоспособность и достигают пенсионного возраста, не пользуясь инвалидностью. Адаптация больных в обществе тем лучше, чем позднее начинается заболевание. Женщины, больные шизофренией, адаптируются лучше, чем мужчины.

3. Лечение шизофрении

Лечение шизофрении за короткий период времени проделало большую эволюцию. В 30-40-х годах нашего столетия стали широко применяться методы активной терапии шизофрении, особенно инсулинотерапия и электросудорожная терапия (ЭСТ). В основе их лежали эмпирические наблюдения, показывающие, что если у больного шизофренией возникает тяжелое соматическое состояние, кома, то это может благотворно отразиться на его психике. Изучение терапевтических механизмов коматозных методов лечения не вышло за пределы построения ряда гипотез, но практическая полезность была подтверждена многочисленными клиническими наблюдениями. Применение этих методов впервые позволяло создать в психиатрии вселяющую оптимизм терапевтическую атмосферу.

С начала 50-х годов с введением в клиническую практику психофармакотерапии психиатрия стала в один ряд с активными в терапевтическом отношении медицинскими специальностями, и эффективность лечения психозов стала сравниваться с эффективностью консервативного лечения внутренних болезней. Психотропные препараты коренным образом изменили облик психиатрических больниц, так как с их помощью стало возможным устранять психомоторное возбуждение и корригировать нарушенное поведение больных. Психофармакотерапия вышла за стены психиатрических стационаров и широко применяется в практике амбулаторного лечения.

Сказанное не означает, что с появлением психофармакотерапии проблема шизофрении как наиболее частого хронического психического заболевания решена. Отсутствие достаточных сведений об этиопатогенезе этого заболевания не позволяет найти способы радикального его лечения и профилактики. С помощью психотропных препаратов оказалось возможным воздействовать лишь на отдельные звенья патогенеза. Тенденция к затяжному течению шизофрении и к повторяемости приступов при этом сохраняется. Но в результате массового лечения больных шизофренией произошел

ее терапевтический патоморфоз — сдвиг в сторону преобладания смягченных ее форм. Реже стали встречаться тяжелые конечные состояния, приводящие к полиой и инвалидизации больных. Чаще стали наблюдаться неврозоподобные, психопатоподобные картины болезни с рудиментарными галлюцинаторно-бредовыми проявлениями и без грубых нарушений поведения. Все это позволяет шире использовать методы восстановительной терапии, направленные на сохранение больными социальной активности и предотвращение инвалидности.

Среди психотропных средств, используемых при лечении шизофрении, наиболее широко применяются препараты из группы нейролептиков. Выбор нужного медикамента зависит от особенностей психопатологического синдрома. Так, при острых психотических состояниях с выраженным психомоторным возбуждением, тревогой и страхом назначаются нейролептики широкого спектра действия, обладающие сильным седативным эффектом. К ним относятся такие препараты, как амиазин, тизерцин, лепонекс (азалептин). При хронических формах шизофрении с преобладанием умеренно выраженной тревоги, подозрительности и без психомоторного возбуждения предпочтительным является длительное применение «малых нейролептиков», таких как меллерил (сонапакс), фреиолон, хлорпротиксен, которые не оказывают столь выраженного угнетающего действия на психику больных.

При преобладании в картине психоза продуктивных расстройств применяются нейролептики с избирательным антипсихотическим действием. Наиболее выраженным антипсихотическим эффектом обладает мажентил; далее в порядке его убывания следуют триседил, галоперидол, пипартил, стелазин (трифтазин), этаперазин. Чем более выражен антипсихотический эффект, тем более представлены побочные действия препарата и его осложнения. Поэтому выбор нейролептика должен учитывать особенности синдрома: при наибольшей глубине нарушений психической деятельности (кататонический синдром) назначается мажентил, при стойком параоидном синдроме или синдроме психического ав-

томатизма — триседл, галоперидол; при умеренно выраженной тревоге и подозрительности, бредовой настроенности, нестойких галлюцинациях достаточно назначения этаперазина, не вызывающего значительных побочных действий и осложнений.

При курсовом лечении шизофрении обычно начинают с назначения малых доз нейролептика, постепенно увеличивая ее до получения оптимального эффекта. При остром развитии приступа с выраженным психомоторным возбуждением вводятся сразу большие дозы препарата парэнтерально; в случае необходимости инъекции повторяются до полного купирования возбуждения, а в дальнейшем методика лечения определяется динамикой психопатологического синдрома.

При наступлении неполной и неустойчивой ремиссии доза препарата снижается до уровня, обеспечивающего поддержание ремиссии, но не вызывающего угнетения психической деятельности и значительных побочных эффектов. Такая поддерживающая терапия назначается длительное время в амбулаторных условиях.

В связи с тем, что многие больные шизофренией, нуждающиеся в длительном амбулаторном лечении нейролептиками, избегают посещения врача и отказываются от приема медикаментов, рекомендуется в подобных случаях назначать нейролептиков пролонгированного действия, таких как модитен-депо, ИМАП (флуспирлен), галоперидол-деканат; одной инъекции препарата бывает достаточно, чтобы обеспечить нейролептический эффект на протяжении 5—10 и более дней.

Поскольку в структуре приступов шизофрении большое место занимает депрессия, нейролептическая терапия при ней сочетается с применением антидепрессантов. Сильным антидепрессивным эффектом обладают такие препараты, как амитриптилин, мелипрамин. Лечение амитриптилином проводится при сочетании депрессивного эффекта с тревогой и двигательным беспокойством, поскольку этот препарат обладает,

наряду с антидепрессивным, также седативным эффектом. При депрессиях с заторможенностью и снижением энергии поведения применяется мелипрамин, действие которого является возбуждающим.

Выбор тактики лечения и доз психотропных препаратов определяется индивидуальными особенностями заболевания. Но существует общее правило: чем хроничнее и неблагоприятнее процесс, тем выше должны быть дозы медикаментов и больше продолжительность лечения. При затяжных приступах шизофрении, резистентных к психотропным препаратам, применяются методы интенсивной терапии, заключающейся в быстром наращивании (в течение 3—4 дней) доз до высокого уровня. Эффективным является также парентеральное, особенно капельное внутривенное введение лекарственных средств. Применяются и другие методы преодоления терапевтической резистентности, например метод повторной внезапной отмены всех медикаментозных препаратов на 2-3 нед., с последующим возобновлением лечения высокими их дозами, метод экстренного изменения времени назначения антидепрессантов (ЭИВНА), при котором в случае отсутствия терапевтического эффекта при назначении препарата 3 раза в сутки вся суточная доза начинает вводиться однократно в утренние или вечерние часы.

4. Реабилитация больных

Неблагоприятное развитие шизофрении не всегда является следствием только лишь злокачественности патологического процесса, но определяется также реакцией личности больного на болезнь и складывающимися в связи с болезнью условиями жизни. К отрицательным влияниям окружающей среды относится, в частности, вынужденное пребывание в психиатрической больнице на протяжении длительного времени (иногда нескольких лет), что приводит к так называемому *госпитализму* с присущим ему усилением социальной изоляции и пассивности больных. Неблагоприятные условия жизни и быта иногда создаются и после выписки больного из стационара. Больные шизофренией часто сталкива-

ются с предубежденным отношением со стороны родственников, соседей, сотрудинок. Такое предубеждение имеет свои корни в далеком прошлом, когда психически больных считали людьми, подверженными моральным порокам, и они занимали обособленное положение в обществе. Несмотря на то, что эти предрассудки ушли в прошлое, продолжают сохраняться ложные представления о допустимости «особого» отношения к психически больному, как к человеку, лишенному способности разумно мыслить, самостоятельно решать свои проблемы, добиваться понимания и уважения в обществе. Законы государства охраняют личные и имущественные интересы психически больных, в частности обеспечивают сохранение врачебной тайны. Но закон не может оградить больного от имеющихся в обществе мнений и предрассудков. Социальные связи больного шизофренией страдают с самого начала психического заболевания.

Успехи терапии психических заболеваний, выход психиатрии за пределы психиатрических больниц постепенно меняют отношение общества к больным и привлекают все большее внимание к их реабилитации. Под последней понимается система лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на максимальное приспособление больных к условиям жизни в обществе, их ресоциализацию. Эти психосоциальные воздействия направлены как на самого больного, так и на окружающих его лиц. Директором Санкт-Петербургского психоневрологического института имени В. М. Бехтерева Модестом Михайловичем Кабаиновым разработаны последовательные этапы реабилитации: восстановительная терапия, реадaptация и реабилитация в собственном смысле этого слова.

Первый этап реабилитации направлен на предотвращение формирования психического дефекта, явлений госпитализма. Он характеризуется сочетанием биологических методов лечения (включая медикаментозные) с лечением средой, занятостью, с психотерапией, лечебной физкультурой. Большое значение имеет «терапевтическая среда» в психиатрической больнице, добровольное поступление больных в ста-

ционер и согласие на лечение во всех случаях, кроме специально оговоренных законом, устранение всех необязательных ограничений режима в отделении больницы, создание оптимальных отношений больных с врачами, средним и младшим медицинским персоналом, с другими пациентами, с семьей.

Задачей второго этапа является стимуляция социальной активности больных. Особенно большое значение приобретает здесь трудовая терапия с обучением (или переобучением) больных новой профессии, педагогическая работа, проводимая с больным и его родственниками, обучение «умению жить», «умению общаться с людьми». Эта работа включает групповую, семейную психотерапию. Биологическая терапия на этом этапе обычно ограничивается «поддерживающими» дозами психотропных средств.

Третий этап предусматривает более полное восстановление социальной ценности больных, их доблественных отношений с окружающими людьми. Важна помощь в трудовом и бытовом устройстве, организация правильного отношения к больным в семье и на работе. Эти мероприятия осуществляются во внебольничных условиях, после выписки больного из стационара. Часть пациентов в целях восстановления их социальной активности направляется для работы в лечебно-трудовые мастерские, организуемые при психоневрологическом диспансере или в специальных цехах при промышленных предприятиях. На всех этапах реабилитации больных шизофренией важна психотерапия в форме индивидуальных и групповых бесед, направленных на стимуляцию больных, преодоление свойственного этому заболеванию снижения энергии и замкнутости. Применяются и другие методы психотерапии, требующие от психиатра или медицинского психолога специальной подготовки.

§ 2. Аффективные психозы

К аффективным психозам относятся заболевания, протекающие в виде депрессивных и маниакальных приступов, име-

ющих тенденцию к повторным возникновениям, но не приводящих к развитию стойкого психического дефекта. По своей природе, течению и клиническим особенностям аффективные психозы примыкают к доброкачественным вариантам шизофрении с рекуррентным течением, но отличаются от нее тем, что для них не характерны психотические симптомы, не коррелирующие с настроением (неконгруентные). Создатель нозологической классификации болезней в психиатрии Э. Крепелин, основываясь на сочетании в картине заболевания маниакальных и депрессивных приступов и доброкачественности течения, выделил его в виде самостоятельной нозологической формы под названием *маниакально-депрессивный психоз*. Начало его чаще всего относится к зрелому возрасту — к 35-40 годам. У женщин оно встречается в два раза чаще, чем у мужчин, и начало его нередко бывает приурочено к периоду перед родами или непосредственно после них. Аффективные приступы длятся в среднем от 2 до 6 мес., но могут продолжаться до года и более. В периоды между приступами психические расстройства практически отсутствуют. Более половины больных переносят в течение жизни в среднем 7 приступов.

Эндогенный, наследственный характер аффективных психозов подтверждается большим количеством наблюдений. Нередко наблюдаются семейные случаи заболевания. Установлено, что среди sibсов больных, страдающих маниакально-депрессивным психозом, риск заболеть им в 25 раз выше, чем в среднем в популяции. Конкордантность у однояйцевых близнецов превышает 50 %.

Остается дискуссионным вопрос, следует ли психические расстройства, относимые к маниакально-депрессивному психозу, считать единым заболеванием или они представляют группу болезней, имеющих неодинаковую генетическую природу. Клиническим основанием в пользу такого разделения могут служить разные типы течения аффективных психозов. В 70 % случаев наблюдается *монополярный вариант*, при котором за время жизни возникают только депрессив-

ные приступы. У таких больных реже встречается наследственная отягощенность психическими заболеваниями, отмечается более позднее начало психоза, меньшую роль в возникновении болезни играют экзогенные факторы. *Биполярное течение* с чередованием депрессивных и маниакальных приступов наблюдается в 19 % случаев; в остальных случаях преобладают маниакальные приступы.

Нерешенным остается вопрос об отнесении к маниакально-депрессивному психозу затяжных депрессивных приступов, возникающих в возрасте после 50 лет, преимущественно у женщин. По мнению Э. Я. Штернберга и М. Л. Рохлиной, в этой группе явно преобладают больные с эндогенной депрессией, манифестировавшей впервые в возрасте инволюции. При этом чем позднее возраст начала заболевания, тем все чаще встречаются случаи с однократным приступом депрессии, продолжающимся до года и более. Возраст накладывает отпечаток на клинические проявления депрессии. Последняя в возрасте инволюции отличается отсутствием выраженной заторможенности, тревожной окраской сниженного настроения, наличием страхов, суетливого возбуждения, ипохондрических переживаний. В старческом возрасте преобладают вялость, недовольство, раздражительность, ворчливость, чувство неза заслуженной обиды. Прогноз поздних депрессий менее благоприятен, и полное восстановление психического здоровья наблюдается реже, чем при начале заболевания в возрасте до 50 лет. После выхода из депрессивного состояния характерным бывает появление или усиление психических расстройств, связанных с органическим поражением головного мозга, чаще всего сосудистого происхождения. Тем не менее обоснованность выделения подобных форм в самостоятельное заболевание, обозначаемое как *инволюционная депрессия*, не получила убедительного подтверждения.

Не менее 70 % больных с аффективными психозами страдают заболеванием в легкой, амбулаторной форме, получившей название *циклотимия*. Приступы при ней проявляются клинически нерезко выраженными гипоманиакальными

ми или субдепрессивными состояниями без грубых нарушений поведения. Они бывают трудны для диагностики и потому учитываются в медицинских учреждениях не полностью. При субдепрессивных состояниях в некоторых случаях на первый план выступают функциональные сомато-вегетативные нарушения, оттесняющие на второй план основные, аффективные расстройства. Благодаря этому данный тип субдепрессии получил название *соматизированной* или *маскированной депрессии*. Частыми жалобами при ней являются жалобы на усталость, бессонницу, отсутствие аппетита, головную боль, желудочно-кишечные расстройства. Встречаются также сенестопатические, алгические расстройства в виде жгучих, давящих болей в животе, в ротовой полости (что имитирует зубную боль), в области позвоночника, парестезии в конечностях. Отмечаются разнообразные патологические ощущения типа сжатия груди, «свинцовой тяжести» в теле, сухости слизистых оболочек, тахикардии; наблюдаются запоры и поносы, дискинезия желчных путей, тошнота и рвота, уменьшение массы тела, гипергидроз, выпадение волос и многие другие телесные нарушения. Характерной особенностью болевого синдрома при маскированной депрессии является ломящий, ноющий, давящий оттенок болевых ощущений.

Критериями распознавания маскированной депрессии являются выявление самого депрессивного аффекта, скрытого за фасадом разнообразных телесных ощущений, чрезвычайное разнообразие соматических жалоб, не укладывающихся в рамки какого-то определенного соматического заболевания, несоответствие тяжести этих жалоб данным объективного исследования, отсутствие положительных результатов соматической терапии, приема анальгетиков и, напротив, положительные результаты лечения антидепрессантами. Диагностически важным является установление периодического, приступообразного течения болезни с периодами обострения в одно и то же время года (весной, осенью). Но даже с учетом указанных симптомов и особенностей проявления заболевания диагностика маскированной депрессии является трудным делом. Такие больные обычно поздно направляются на

консультацию к психиатру, причиной чего является не только скрытый характер аффективных расстройств, лежащих в основе болезни, но также и негативное отношение многих больных к психиатрическому обследованию. Существует опасность и гипердиагностики маскированной депрессии вследствие того, что этот диагноз стал считаться «модным» в кругах медицинских работников. Это ведет к тому, что действительные, но трудно распознаваемые соматические заболевания не диагностируются врачом, должное их лечение не проводится.

Лечение

При депрессивных приступах применяется лечение антидепрессантами, а при отсутствии достаточного терапевтического эффекта также и электросудорожная терапия. Последняя заключается в вызывании у больных эпилептического припадка путем раздражения электрическим током головного мозга, особенно височных долей одного или обоих полушарий. Судороги смягчаются одновременным введением наркотических препаратов и мнорексатов (в условиях управляемого дыхания). Всего проводится 5—10 сеансов с частотой 2-3 раза в нед. В случаях депрессии, резистентной к антидепрессантам и ЭСТ, применяется также депривация сна, при которой больной по добровольному согласованию с ним повторно 1-2 раза в нед. лишается сна на протяжении 36-40 час.

При маниакальных состояниях используются нейролептики с выраженным седативным действием, такие как амназин, тизерцин, лепонекс (азалептин) и др. Успешно применяется лечение препаратами лития, который оказывает прямое влияние на обмен катехоламинов в головном мозге. Препараты лития применяют также в целях профилактики повторных аффективных приступов. В этих случаях они назначаются в умеренных дозах на протяжении нескольких лет под контролем содержания лития в сыворотке крови.

Глава IX

Полиэтиологические психические заболевания с поражением головного мозга и мозговыми дисфункциями

§ 1. Эпилепсия

Эпилепсия — это хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся пароксизмальными нарушениями с судорогами или без них, а также эпизодическими и хроническими психическими расстройствами.

Социальное и медицинское значение эпилепсии определяется прежде всего большой ее распространенностью. По данным мировой статистики, эпилепсией болеют 0,9-1 % всего населения. У 6-7 % детей в возрасте до 5 лет бывают от одного до нескольких эпилептических припадков. Наряду с припадками у многих больных отмечается прогрессирующее изменение характера, задержка развития интеллекта. Наблюдаются также эпизодически возникающие психозы. Но картина эпилепсии неоднородна. Эпилептические припадки разнообразны по своим проявлениям и возникают с разной частотой; в четверти случаев болезнь ограничивается лишь пароксизмальными состояниями, а острые и хронические психические нарушения отсутствуют.

Этиопатогенез

Причины, приводящие к развитию эпилепсии, многообразны. В ее происхождении играют роль наследственный фактор, патология обмена веществ, травматические поражения головного мозга, включая родовую травму, интоксикации,

дисциркуляторные нарушения. Таким образом, эпилепсия связана с комплексом эндогенных, экзогенных и органических факторов, при взаимодействии которых развивается эпилептическая болезнь, имеющая общий патогенез и сходные клинические проявления. Примерно в одной трети случаев причина заболевания остается нераспознанной.

В патогенезе эпилепсии большое значение придается *эпилептогенному очагу*, представляющему собой локальное поражение одного из участков головного мозга, которое приводит к изменению функционального состояния нервных клеток, окружающих очаг. Постоянная патологическая импульсация из эпилептогенного очага вызывает феномен облегчения проведения импульсов в синапсах, благодаря чему в головном мозге формируется система нервных элементов, обладающих повышенной возбудимостью. Одновременный (синхронный) разряд в большом числе нейронов приводит к появлению судорожной активности, которая регистрируется на ЭЭГ в виде пароксизмально возникающих высокоамплитудных колебаний электрического потенциала в зоне эпилептогенного очага или диффузно по областям одного или обоих полушарий мозга. Периодически возникающее резкое усиление активности в системе нейронов с повышенной возбудимостью приводит к эпилептическому припадку. Органические изменения в эпилептогенном очаге могут быть настолько малыми, что выявляются лишь при микроскопическом исследовании; клинические неврологические методы часто оказываются недостаточными для установления факта локального поражения головного мозга и локализации этого поражения. Поэтому регистрация биотоков мозга при эпилепсии имеет большое диагностическое значение.

Виды эпилептических припадков

Эпилептические припадки могут быть у одного и того же больного одиотипными или разнообразными, неодинаковыми на разных этапах болезни. Характер их зависит от многих факторов: локализации эпилептогенного очага и динамики патологического процесса, дополнительных патогенных воздействий, возраста больных. Для раннего детского

возраста от 2-5 мес. до 4 лет характерны генерализованные «молниеносные» припадки в виде вздрагиваний, кивательных движений головой или наклонов туловища с одновременной остановкой взора и побледнением лица. После 4 лет появляются типичные *малые припадки* в виде кратковременного, в течение нескольких секунд или минут выключения сознания, но без судорог. При очень коротком припадке больные не падают, но застывают в одной позе и перестают реагировать на окружающее, взгляд их устремлен в одну точку, предметы выпадают из рук. При относительно более продолжительном припадке одновременно с потерей сознания наступает резкая бледность лица, снижение тонуса мышц, в результате чего больной падает плашмя или медленно опускается на пол. Иногда при этом наблюдаются легкие судорожные сокращения отдельных лицевых мышц, усиленное слюноотечение, упускание мочи. Генерализованные малые припадки в виде очень кратковременной потери сознания (доли секунды) у детей могут повторяться до нескольких десятков или даже сотен раз в сутки. В связи с их мгновенным протеканием и малозаметными внешними проявлениями они иногда не замечаются самими больными и окружающими людьми, вследствие чего не диагностируются. Впервые они могут быть распознаны при записи ЭЭГ, где они проявляются в виде всплеск высокоамплитудных волн и пиков.

Малые припадки наблюдаются во всех возрастных группах больных. Но с возрастом они все чаще сменяются *генерализованными судорожными припадками*. Они могут начинаться с *ауры* — кратковременного изменения сознания с последующей неполной амнезией. Субъективные переживания и двигательные реакции больного в момент ауры имеют большое значение для установления локализации эпилептогенного очага. Так, поворот головы, глаз и туловища вправо или влево указывает на локализацию очага в прецентральной области полушария головного мозга, противоположного направлению поворота (*адверсивный припадок*); мелькание искр и дветных кругов — в затылочном отделе коры; элементарные слуховые галлюцинации в виде слышания шума, треска, неразборчивой речи — в области коры височной доли; и т. д.

После окончания ауры возникают судороги. В связи с судорожным сокращением мышц гортани больной издает нечленораздельный крик; затем он падает, дыхание его прекращается, быстро нарастает бледность, сменяющаяся цианозом кожных покровов. Все мышцы напряжены, конечности вытянуты, туловище в связи с резким сокращением мышц спины прогибается, глаза закрыты, лицо искажено судорогой. Тонические судороги длятся от нескольких секунд до минуты. Затем наступает клиническая фаза припадка. Клинические судороги представляют собой однообразные толчкообразные движения конечностей, мышц лица и туловища, постепенно угасающие. Эта фаза припадка также длится около минуты. В конце припадка нередко наступает непроизвольное мочеиспускание, реже дефекация. В течение всего припадка сознание заторможено (эпилептическая кома); после его окончания коматозное состояние переходит в сон, длящийся до нескольких часов. После пробуждения больные чувствуют разбитость, головную боль, боль в области языка и щек, которые часто оказываются прикушенными во время клинической фазы припадка.

Наряду с генерализованными, встречаются также припадки *очаговые (фокальные)*, характер которых также зависит от локализации эпилептогенного очага. При расположении его в области передней или задней центральной извилины возникают *парциальные двигательные или чувствительные джексоновские припадки*. Они проявляются судорогами в отдельных группах мышц, чаще всего мышц большого пальца и кисти правой или левой руки, или возникновением парестезий в виде покалывания, онемения, похолодания на одной стороне лица или конечностей. Джексоновский припадок может переходить в генерализованный судорожный; в этих случаях происходит выключение сознания с последующей амнезией.

При локализации эпилептогенного очага в глубоких отделах височной доли, где располагаются ядра гиппокампа и миндалевидного комплекса, возникают *психосенсорные и психомоторные припадки*. При психосенсорных припадках внезапно происходит изменение сознания с дереализацией —

переживанием чуждости, непонятности окружающей обстановки: дома кажутся карточными домиками, люди вокруг замирают, мир рушится и т. п.; после припадков сохраняются более или менее четкие воспоминания о пережитом. При психомоторных припадках больные внезапно, не отдавая себе в этом отчета, совершают автоматические действия: хлопают себя по груди, теребят руками одеяло, прячутся, раздеваются, бросают в окружающих вещи, причем делают все это иловко; после припадков амнезия бывает полной.

Могут возникать и другие формы припадков, иногда имитирующих иные болезненные симптомы. Так, например, при *висцеральных припадках* внезапно появляются кратковременные резкие боли в животе, иногда с тошнотой, метеоризмом, жевательными движениями и слюноотечением. Для правильной диагностики эпилептических припадков нужно учитывать следующие их общие признаки. Это, прежде всего, пароксизмальный характер болезненных явлений, их внезапное возникновение и кратковременное течение, измеряемое несколькими минутами или секундами; их повторяемость с одними и теми же или сходными симптомами; выраженное в той или иной степени изменение состояния сознания во время приступа. Необходимо также учитывать свойственные эпилепсии эпизодические и хронические психические нарушения.

Эпизодические психические нарушения

К эпизодическим психическим нарушениям при эпилепсии относят сумеречные состояния и дисфории. *Сумеречные состояния* проявляются внезапно наступающим сужением сознания. Внимание больного концентрируется на узком круге предметов и представлений, которые случайно оказываются в поле его сознания, а мысли теряют связность. Вся окружающая обстановка в целом не воспринимается, и больные не отдают себе отчет в том, что происходит вокруг них. Поведение больных при этом бывает бессмысленным и нецеленаправленным: они блуждают по городу, не чувствуя усталости и голода, не замечая знакомых и внешне напоминают усталых, задумчивых или слегка подвыпивших людей. Та-

кое состояние продолжается чаще всего несколько часов, и после его завершения наступает полная или почти полная амнезия пережитого. Часто на фоне сужения сознания у больных возникают яркие делюриозоподобные зрительные, слуховые, обонятельные галлюцинации. Больные испытывают чувство страха, ярости; соответственно этому содержанию галлюцинаций становится устрашающим и больные могут совершать агрессивные действия, часто поражающие своей жестокостью и бессмысленностью. Так, один больной в сумеречном состоянии чугунной сковородой разбил всю мебель в доме, а затем, выбежав на улицу, убил ею незнакомую женщину. Очнувшись в отделении милиции, он ничего не помнил о содеянном.

Сумеречные состояния могут возникать ночью во время сна. Они носят название *снохождений* или *сомнамбулизма*. Чаще всего такие состояния возникают у детей. Ребенок ночью садится в постели или встает, собирает в кучу постельное белье, относит его в угол комнаты, а сам ложится на голый матрац или на пол и продолжает спать. После пробуждения он ничего не помнит о случившемся. Как правило, в этих случаях сон у ребенка бывает очень глубок, разбудить его бывает нелегко, но пробуждение прерывает автоматические действия. Иногда снохождение сопровождается страхом и зрительными галлюцинациями, о которых можно судить по поведению больного. Снохождения в одной и той же форме у больных эпилепсией многократно повторяются с разной частотой. Их нужно отличать от снохождений, которые могут наблюдаться у детей, страдающих неврозами и расстройствами личности.

Дисфории — это внезапно возникающие приступы измененного настроения, чаще всего в виде его снижения с раздражительностью. Реже наблюдается маниакальный аффект с переживанием необыкновенного блаженства и яркими специфическими галлюцинациями сказочного или религиозного содержания: видится рыцарь на коне с сияющим мечом в руке, возникает видение Бога, окруженного ангелами. У детей дисфория может принять форму дурашливого возбуждения с двигательной расторможенностью и суетливостью.

Все пережитое во время дисфории обычно сохраняется в памяти, но не воспринимается как болезненное состояние с необъяснимым и необычным поведением. Продолжительность дисфории — от нескольких часов до нескольких дней.

Эпизодические психические расстройства при эпилепсии трудно отличимы одно от другого и от пароксизмальных расстройств. Часто в них больше общего, чем отличного, и общее определяется основными свойствами патологических процессов высшей нервной деятельности при этом заболевании, которые И. П. Павлов обозначил как «сила, взрывчатость и периодичность». В большей степени бывают выражены количественные различия, сводящиеся к неодинаковой глубине нарушения сознания: наиболее глубокое расстройство сознания (вплоть до комы) наблюдается при пароксизмах, менее глубокое — при сумеречных состояниях, и слабее выражено оно бывает при дисфориях. Соответственно этому меняется и продолжительность болезненного состояния: при пароксизмах она измеряется секундами и минутами, при эпизодических психических расстройствах — часами и днями. Объективным симптомом эпилептического пароксизма служит возникновение характерных изменений ЭЭГ в виде вспышек высокоамплитудных разрядов, свидетельствующих о том, что большая масса нервных элементов вступила в слаженную ритмическую (синхронную) активность. Подобные изменения ЭЭГ обычно отсутствуют при эпизодических психических расстройствах. Но зарегистрировать характер биоэлектрической активности головного мозга во время тех и других состояний удается редко.

Эпилептические психозы

Помимо пароксизмальных и эпизодических расстройств при эпилепсии наблюдаются психозы с более продолжительным и затяжным течением. Они могут возникать остро после одного или серии припадков, но начало их может быть постепенным, не связанным по времени с пароксизмальными нарушениями.

Для эпилептических психозов характерны крайнее разнообразие и изменчивость психических нарушений, включающих

галлюцинаторные, бредовые, аффективные, кататонические и другие симптомы. Состояние сознания колеблется от ненарушенного до выраженного оглушения, делириозных, онейроидных расстройств с яркими зрительными и слуховыми галлюцинациями, сенестопатиями мучительного характера. Все переживания больных насыщены эмоциями ярости, экстаза. Бредовые идеи бывают грандиозны по содержанию: на больного возложено решение судеб народов, овладение космосом или, напротив, он считает себя великим грешником, мертвецом, внутри у него «все сгнило». У многих больных возникают эпизоды резко выраженного психомоторного возбуждения с агрессивными и разрушительными действиями. Часто картина эпилептического психоза бывает сходна с тяжелым приступом шизофрении и потому обозначается как шизоформная. Длительность психоза исчисляется неделями или месяцами, но он может затягиваться и до нескольких лет.

Хронические изменения личности

Хронические психические нарушения при эпилепсии тем более выражены, чем раньше начинается эпилептический процесс. Менее достоверна их связь с характером и частотой эпилептических припадков. При начале заболевания в детском возрасте дети становятся чрезмерно сентиментальными, проявления их чувств утрируются, к родителям они ласкаются бурно, рассказывая об обычном событии, делают это с большой аффектацией, к воспитателю или учителю их отношение бывает подобострастным. В то же время им свойственны подозрительность и злопамятность, склонность втихомолку «ябедничать» старшим. Дети отличаются излишним педантизмом в отношении к порядку в доме и на своем столе, к своему здоровью. Отмечается инертность всех психических процессов: в детский сад они собираются долго и очень тщательно, изматывая терпение родителей. В тяжелых случаях заболевания больные становятся мстительными и жестокими, по незначительному поводу дают вспышки гнева. Речь их отличается замедленностью, тягучестью, повторениями одних и тех же слов и выражений (стереотипии), чрезмерной обстоятельностью. Движения бывают мед-

ленными, мимика однообразной. Внимание больных с трудом переключается с одного предмета на другой. Преобладает угрюмое настроение.

Аналогичные изменения личности наблюдаются и в зрелом возрасте. Все их симптомы, включая инертность психических процессов, трудности переключения внимания, монотонность, однообразие эмоциональных реакций, свидетельствуют об органическом снижении личности. Но оно не всегда сочетается со снижением интеллекта и творческих способностей; напротив, не является большой редкостью одаренность больных, обнаруживающих незаурядные профессиональные качества. Но при злокачественном течении заболевания наступает слабоумие. При этом сужается круг интересов, которые концентрируются теперь вокруг своего здоровья и физиологических отправления; отношение к своему сну, аппетиту, деятельности кишечника, общему самочувствию становится сверхценным. Память избирательно снижается так, что больные хорошо помнят все, что относится к их здоровью, лечению, удовлетворению потребностей, но плохо запоминают то, что непосредственного отношения к ним не имеет. Уменьшается запас слов, речь становится все более замедленной и тягучей, с большим числом повторений одних и тех же слов и слогов. В мышлении преобладает эмоционально-образный компонент, тогда как способность к абстрактным суждениям заметно ослабляется; больные не могут отделить главное от второстепенного, затрудняются в пересказе услышанного и прочитанного.

В случае тяжелого слабоумия у больных полностью утрачивается способность критически оценивать свое поведение. Больные ведут себя нелепо, высокомерно, украшают грудь вырезанными из бумаги «орденами», подчеркнуто презрительно относятся к другим людям. Иногда на первый план выступает расторможение инстинктов, гипертрофированная сексуальность, проявляющаяся в самых элементарных и грубых формах, садизм, жестокость и агрессивность, усиливающиеся периодически при возникновении дисфорических состояний.

Свойственная больным эпилепсией эмоциональная насыщен-

ность всех психических переживаний, преобладание конкретно-образного типа мышления, эгоцентризм — все это сближает картину изменений личности при данном заболевании с истерическими расстройствами. Проявляющиеся в мимике и в поведении некоторых больных эпилепсией слащавость, умильность, восторженность наряду с необъективностью и крайностями в суждениях и оценках могут создавать впечатление наигранности, театральности, характерной для истерической личности. Более того, наряду с эпилептическими у больных нередко возникают и типичные истерические припадки и диссоциативные расстройства, что может приводить к диагностическим ошибкам. Близость механизмов психических нарушений при том и другом заболевании дала повод некоторым психиатрам пользоваться термином «истеро-эпилепсия», сохраняющимся в старой психиатрической литературе.

Лечение

Лечение эпилепсии должно начинаться рано и быть комплексным. Консервативное лечение проводится на протяжении многих лет, иногда — всей жизни больного. Основой его является применение медикаментозных противоэпилептических средств, которые приводят к урежению или полному прекращению припадков, к облегчению их проявлений. Широко применяется длительное и непрерывное назначение препаратов барбитуровой кислоты: фенобарбитала, бензонала, гексамидина. При слабом эффекте отдельно или в сочетании с ними назначают препараты других химических групп, такие как дифенин, фенитоин (тегретол). При малых припадках применяются триметин, суксилеп. При психомоторных и психосенсорных припадках эффективен финлепсин, препараты нальпроевой кислоты, некоторые транквилизаторы бензодиазепинового ряда (феназепам, нитразепам, седуксен).

Следует помнить, что эффективность одних и тех же препаратов у разных больных бывает неодинакова, даже при однотипных припадках. Во многом она зависит от фармакокинетических факторов: скорости всасывания медикаментоз-

ного средства в кишечнике, доставки его к чувствительным к нему нервным элементам головного мозга, скорости распада и выведения из организма. Поэтому в оптимальном варианте консервативное лечение эпилепсии проводится под контролем содержания противосудорожных средств в крови в зависимости от того или иного способа их введения. Подбор медикамента и его доз требует продолжительного времени, и его целесообразно производить в условиях амбулаторного наблюдения.

Вопрос о прекращении медикаментозного противоэпилептического лечения ставится лишь спустя 2-4 года после последнего судорожного и через 1,5 года после последнего малого припадка. Преждевременное прекращение или неоправданные перерывы в лечении, как правило, приводят к возобновлению или учащению припадков. Важным показателем возможности прекращения лечения является нормализация ЭЭГ. Отмена препаратов производится постепенно путем медленного снижения доз.

Дополнительную роль в лечении эпилепсии играют средства, нормализующие обменные процессы в головном мозге и оказывающие дегидратирующее действие. С этой целью назначают экстракт алоэ, ФИБС, стекловидное тело. Дегидратирующая терапия с применением 25%-го раствора сернокислой магнезии и мочегонных средств проводится курсами 2-4 раза в год. Больным рекомендуется диета с ограничением приема жидкости, поваренной соли; при ненарушенной функции печени можно употреблять в пищу повышенное количество жиров. Исключается употребление острых пряностей, кофе, какао. Особенно важно избегать приема алкоголя; как показывает практика, учащение припадков и ухудшение состояния у больных эпилепсией часто наступает в связи с алкоголизацией.

Большое значение имеют реабилитационные мероприятия, правильная организация труда и быта больных в соответствии с возрастом, психотерапевтический подход при их обследовании и лечении. Родители детей, страдающих эпилепсией, должны быть проинформированы о необходимости разумных ограничений в образе жизни ребенка: нужно избе-

гать длительных просмотров телевизионных передач, перегревания, купания без контроля взрослых, спортивных занятий, вызывающих гипервентиляцию легких или связанных с риском травмы в случае внезапного возникновения припадка. Но эти ограничения, по возможности, должны быть минимальными. Большинство детей могут и должны посещать школу, участвовать во всех школьных мероприятиях. У двух третей больных эпилепсией школьников появляются трудности в процессе обучения в связи с возникновением припадков во время урока, а также в связи с патологическим формированием характера. Нужно соблюдать, однако, большую осторожность в отстранении ребенка от школы, так как это ведет к оторванности его от детского коллектива и вызывает у него чувство своей неполноценности. При частых припадках, особенно в дневное время, рекомендуется индивидуальное обучение ребенка на дому. Но и в этих случаях не следует ограничивать деятельность ребенка, домашний режим должен быть трудовым, несмотря даже на частые припадки. Школьник, вынужденный обучаться на дому, должен все же участвовать в утренниках и других школьных мероприятиях вместе с другими детьми.

Нарушения поведения, связанные с изменением личности, корригируются назначением умеренных доз нейролептиков и транквилизаторов. При выборе подростком будущей профессии нужно ориентироваться на его обучение трудовым процессам, не связанным с опасностью падения с высоты, травм около огня или движущихся механизмов. Больные хорошо овладевают и в последующем эффективно занимаются работой, требующей большой аккуратности и тщательности в выполнении задания, что соответствует особенностям характера больных эпилепсией. Известный российский специалист в области социально-трудовой адаптации и реабилитации психически больных Дмитрий Евгеньевич Мелехов (1899—1979) писал, что правильное трудовое обучение и трудоустройство больного эпилепсией, содействие его адаптации в коллективе и в быту является лучшим психотерапевтическим стимулом, помогающим больному компенсировать чувство его собственной ущербности, обусловленное болезнью.

Эпилептический статус

Эпилептический статус — это состояние, при котором эпилептические припадки, преимущественно генерализованные судорожные, следуют один за другим, и каждый последующий припадок возникает тогда, когда еще сохраняются нарушения сознания, вызванные предыдущим. Это грозное осложнение эпилепсии, которое может повести к летальному исходу. В развитии эпилептического статуса выделяют три стадии: 1) начальная, когда судорожные пароксизмы часты и длительны, но изменения соматовегетативных функций и расстройства сознания в межприпадочном периоде выражены умеренно; 2) развернутая — когда длительность судорожных пароксизмов уменьшается, но в межприпадочном периоде сохраняются глубокая кома, нарушения дыхания, снижение артериального давления, тахикардия; 3) терминальная — когда судороги отсутствуют, больной постоянно находится в состоянии глубокой комы, резко нарушаются функции дыхания и кровообращения, нарастает отек головного мозга.

Лечение эпилептического статуса лучше всего проводить в реанимационном отделении. Результаты его тем лучше, чем раньше приняты экстренные меры. Вначале необходимо устранить опасность механической асфиксии вследствие западения языка или рвоты. Затем проводится активная противосудорожная и дегидратационная терапия. Обязательным является внутривенное введение 3-4 мл 0,5%-го раствора седуксена (реланиума) на 40%-м растворе глюкозы. При отсутствии эффекта введение седуксена повторяется. Внутримышечно делается инъекция литической смеси: промедол — 1 мл 2%-го раствора; анальгин — 2 мл 25%-го раствора; димедрол — 2 мл 1%-го раствора. В качестве дегидратирующего средства используется лазикс — 1-2 мл внутримышечно. Вводятся также смесь маниитола и мочевины из расчета 0,5 г каждого препарата на килограмм массы тела в 150 мл 10%-го раствора глюкозы, в который в случае надобности добавляют раствор бикарбоната натрия, раствор сульфата магния; возможна спинномозговая пункция с выведением 10-15 мл ликвора. При затяжном эпилептическом статусе применяют гек-

сеналовый или ингаляционный наркотик. Крайней мерой является экстренное нейрохирургическое вмешательство.

§ 2. Умственная отсталость*

Умственная отсталость, или олигофрения, представляет собой группу различных по этиологии и патогенезу болезненных состояний, основным проявлением которых является интеллектуальный дефект, приводящий к социальной дезадаптации. Диагностика олигофрении, достаточно определенная в тяжелых случаях заболевания с резко выраженным интеллектуальным дефектом, становится значительно менее четкой при легких степенях умственной отсталости, граничащих с вариантами слабого интеллектуально-го развития у психически здоровых людей.

Эмпирическое познание и научные исследования позволили построить две модели умственной отсталости: биомедицинскую и социокультуральную. Приверженцы биомедицинской модели, рассматривая умственную отсталость с позиций общей медицины, утверждают, что для диагноза олигофрении существенным является установление серьезных изменений в головном мозге. Напротив, приверженцы социокультуральной модели настаивают на важности социальной функции и способности больного адаптироваться к нормам, принятым в данной культурной среде. Для сторонников этого направления представление о врожденном происхождении мозговых изменений, приводящих к задержке психического развития, не является аксиомой; считается, что интеллектуальный дефект может формироваться на протяжении периода социализации ребенка в связи с условиями воспитания. В этом отношении можно видеть четкие аналогии с представлениями о расстройствах личности, допускающими наряду с «ядерными» психопатиями существование приобретенных форм личностных аномалий, которые могут возникать на любом этапе социализации ребенка и подростка. Патогене-

* В составлении данного раздела руководства принимала участие психолог вспомогательной школы Т. В. Чудновская.

тическая близость обоих заболеваний усиливается тем обстоятельством, что расстройства личности у детей и подростков часто сочетаются с отставанием умственного развития, в механизмах которого играют роль как факторы социальной среды, так и дизонтогенез центральной нервной системы.

В основу диагностики умственной отсталости, по мнению одного из основателей детской психиатрии в нашей стране, Груни Ефимовны Сухаревой (1891—1981), должен быть положен клинково-психопатологический принцип. Согласно этому принципу, критериями диагноза олигофрении являются:

а) Диффузный (тотальный) характер слабоумия, при котором страдают не отдельные способности и навыки, а личность в целом. Этот клинический подход отличается от принципов функциональной психологии, для которой диагноз умственной отсталости целиком сводится к недостаточности интеллектуальных процессов, установленной с помощью методов психометрии. С клинково-психопатологических позиций измерение интеллекта посредством тестирования дает лишь частичную (хотя и существенную) картину изменений психической деятельности. Определение уровня психического функционирования должно основываться на всей доступной информации. Нужно учитывать выявляемые при психопатологическом обследовании способность к образованию абстрактных понятий, умение выделить главное и второстепенное в получаемой информации, развитие речи и способность пользоваться ею в условиях естественного общения, уровень активного внимания, характер поведенческих и эмоциональных реакций. С клинической точки зрения олигофрения — это не столько умственное недоразвитие, сколько сложный психопатологический синдром, включающий симптомы умственной отсталости.

б) Непрогредиентный (стабильный) характер интеллектуальной недостаточности, которая, проявившись в детстве, в дальнейшем не прогрессирует. Умственный дефект не

может полностью затормозить развитие ребенка, хотя темп этого развития замедлен. В результате к подростковому или юношескому возрасту достигается уровень развития, сопоставимый с тем, который имеет место у психически здоровых детей дошкольного или младшего школьного возраста. Это не означает, что шестнадцатилетний олигофрен то же самое, что десятилетний ребенок с нормальным психическим развитием, но лишь подчеркивает, что олигофренический интеллектуальный дефект остается на протяжении всего периода развития стабильным, а параллельно идет лишь процесс медленного накопления знаний и навыков, способствующих социальной адаптации субъекта. Это накопление знаний и навыков может быть довольно значительным, благодаря чему психометрические тесты показывают иногда увеличение IQ; это не исключает факта существования стойкого умственного дефекта, проявляющего себя при клинико-психопатологическом исследовании.

По выраженности умственной отсталости различают несколько ее степеней. Наиболее тяжелой является глубокая умственная отсталость, или идиотия. При ней речь и мышление у больного полностью неразвиты. Больные не владеют даже элементарными навыками самообслуживания, поедают несъедобные предметы, их не удается приучить к элементарной опрятности. Движения их мало координированы, эмоции выражаются нечленораздельными криками и хаотическим возбуждением. Прогресс в интеллектуальном развитии невозможен, больные нуждаются в постоянной помощи и надзоре.

Умеренная умственная отсталость, или имбецильность, — средняя по глубине степень олигофрении. Больные могут произносить короткие, простые фразы, понимают несложную по смыслу речь. Но запас знаний у них очень ограничен и накопление его идет крайне медленно, отстает развитие навыков самообслуживания и моторики. Больные могут научиться выполнять простые трудовые операции: мыть посуду, подметать пол и т. п. Но участие их в

общественном труде ограничено, сводится к выполнению самой простой физической работы при постоянном контроле и понуждении, так как чувство долга и ответственности у них неразвито. Совершенно независимое проживание достигается редко. Более богата эмоциональная жизнь: больные испытывают привязанность к близким, у них развито чувство стыда, обидчивость и злопамятность, они способны реагировать на похвалу и порицание. Использовать психометрические тесты трудно, так как больные плохо понимают даваемые им инструкции, но по некоторым данным, IQ при имбецильности находится в границах от 35 до 49. При более низких цифрах принято говорить о тяжелой умственной отсталости.

Легкая умственная отсталость, или дебильность, трудна для диагностики. Дети с легкой умственной отсталостью развиваются обычно медленнее, чем в норме, позже начинают ходить, произносить первые слова. Речевые навыки при развитии фразовой речи приобретаются ими с трудом и с большой задержкой. Но все же дети после 5 лет в достаточной степени овладевают речью, большинство из них достигают полной независимости в уходе за собой: умеют самостоятельно себя обслуживать в быту, приобретают гигиенические навыки, проявляют инициативу в повседневных домашних делах, в детских играх осознанно манипулируют игрушками, могут поддерживать коллективную игру, запомнить небольшое стихотворение, проявляют интерес к книжкам с яркими картинками. Имеющееся у них замедление темпа психического развития, недостаток фантазии и любознательности, низкая популярность среди детей в группе часто мало беспокоят родителей и не привлекают внимание воспитателей детского учреждения.

Умственный дефект проявляет себя с началом школьного обучения. Здесь у дебильных детей обнаруживается неспособность к образованию отвлеченных понятий при относительной сохранности наглядно-образного мышления. Ребенок плохо осмысливает даваемые учителем задания, которые легко усваиваются другими детьми в классе; для пони-

манья задания ему нужно, чтобы оно было изложено в виде кратких предложений с простой грамматической конструкцией (без вводных слов, причастных оборотов и т. п.). Подсказка, намек мало помогают — ребенку нужно растолковать задание полностью, во всех деталях. Навыки простого чтения, письма усваиваются очень медленно, и для полного усвоения задание нужно повторять многократно в протяжении 10-20 дней, хотя механическая память при дебильности обычно не страдает, и утомление в процессе выполнения задания не возрастает (при корректурной пробе число ошибок не увеличивается).

Дети плохо распознают отношения событий и предметов во времени и в пространстве; понятия «раньше», «позже», «правее», «левее» улавливаются ими с трудом. Обычное задание для младших школьников: сравнить два сходных предмета по величине, объему, весу — дебильным ребенком не выполняется; для того, чтобы добиться положительного результата, нужно оба предмета дать ему в руки, приложить их один к другому. Чтобы перейти от такого наглядно-действенного обучения к наглядно-образному, оперирующему не самими предметами, а представлениями о них, их образами, требуется несколько лет. Задание найти различия между сходными предметами выполняется детьми с большей легкостью, чем задание найти общее в нескольких предметах или рисунках. При этом дебильные дети могут работать одновременно не более чем с 2—3 предметами.

При обучении счету дети с легкой умственной отсталостью плохо усваивают понятие количественного содержания числа, смысл условных арифметических знаков, без предварительного разъяснения не улавливают условия несложной задачи. Они с трудом усваивают правила правописания, фразы отроят примитивно, речь страдает аграмматизмами, косноязычием. Воображение их не развито, дети не могут придумать окончание незаконченного рассказа, не умеют включаться в чужую роль («Что бы ты делал на месте мальчика, которому мама отказалась купить игрушку?»). Трудно научить ребенка изображать зайку, поросенка; удается лишь

добиться, что он скажет: «Хрю-хрю». Ребенок не схватывает выразительность лиц персонажей на картинке, если только оно не вытекает из всей изображенной ситуации. Дебильные дети любят слушать музыку, пытаются танцевать. Но их движения неловки и размашисты, движения рук и ног не согласуются между собой. Эмоции их примитивны, нет сложных оттенков переживаний, мимика невыразительна.

При всей ограниченности интеллектуального развития больные с легкой умственной отсталостью неплохо ориентируются в несложных бытовых ситуациях, способны вести самостоятельную жизнь. Почти все они заканчивают вспомогательную школу для умственно отсталых детей, умеют читать и писать, овладевают простым счетом. В зрелом возрасте многие из них работают на несложных работах и даже вступают в брак. Степень их социальной адаптации определяется характером поведения; она снижается в случае повышенной возбудимости, агрессивности больных. Большая внушаемость и неспособность оценить отношения между людьми делает их нередко жертвой злонамеренных элементов, вовлекающих их в преступные действия. Низкий уровень моральных задержек ведет также к расторможенности сексуальных влечений, а у женщин — к частым внебрачным связям и беременностям. Отмечается также склонность к злоупотреблению психоактивными веществами, бродяжничеству.

Диагноз

Если диагноз глубокой и умеренной умственной отсталости не вызывает больших трудностей, то установление диагноза легкой умственной отсталости часто оказывается спорным и вызывает большие сомнения. Речь идет об отграничении легкой степени дебильности от так называемой *пограничной умственной отсталости*. Последняя не может быть отнесена к расстройствам психической деятельности и представляет собой крайний вариант нормального умственного развития. Если «истинная» олигофрения в разных странах стабильно составляет от 1 до 3 % всего населения, то частота погра-

ничной умственной отсталости колеблется в широких пределах в зависимости от социальных и культурных факторов. Дети с пограничной умственной отсталостью, как правило, лишены родителей или воспитываются в неблагополучных семьях, где низок престиж образования. К 6-7-летнему возрасту готовность их к школе остается низкой, желание учиться отсутствует. Достижения их в обучении крайне низки, и программу школы они не усваивают, несмотря на все усилия педагогов. Вследствие социально-педагогической запущенности поведение их оказывается девиантным или делинквентным.

Подобные дети и подростки представляют собой большую проблему для органов народного образования, правоохранительных органов и для всего общества. Не будучи в состоянии решить ее традиционными методами педагогики, общество адресуется за помощью к психиатрам, которые под общественным давлением вынуждены бывают предпринимать усилия по обследованию детей и подростков с пограничной умственной отсталостью. При обследовании оказывается, что уровень школьных знаний у них не соответствует возрасту или приближается к нулевому. Однако отсутствует характерная для «истинной» олигофрении тотальность психических нарушений. При слабом развитии отвлеченного, логического мышления такие дети самостоятельно овладевают сложными навыками, необходимыми им в быту. Так, они могут знать все тонкости рыбной ловли, прибыльно торгуют на рынке, успешно ремонтируют электроприборы, велосипед и т. п. В группе сверстников, с которыми они общаются вне школы, они пользуются авторитетом и нередко сами становятся организаторами воровских действий, ограблений квартир, ловко умея уходить от ответственности.

Неоправданное установление в случае пограничной умственной отсталости медицинского диагноза не решает никаких проблем. Отсутствие четких признаков расстройства психической деятельности делает бессмысленным включение детей и подростков с низкими достижениями в обучение в программы лечения и профилактических медицинских ме-

роприятий. Последние становятся необходимыми, если у субъектов с пограничной умственной отсталостью в связи с конфликтной ситуацией формируются те или иные невротические и личностные расстройства, алкоголизм или наркомания. В иных случаях установление диагноза «легкой дебильности» и перевод ребенка во вспомогательную школу не способствуют его нормальному развитию, так как во вспомогательной школе он также не усваивает облегченную программу обучения, интереса к знаниям не проявляет, учиться не хочет, нарушает дисциплину, прогуливает занятия. В подобных случаях роль талантливого педагога и воспитателя в перестройке личности ребенка более значительна, чем усилия медицинских работников и психотерапевтов. Вместе с тем трудности разграничения легких форм дебильности и пограничной умственной отсталости до конца не разрешены. Обязательным в данных случаях является психологическое тестирование, но оно не всегда дает исчерпывающие результаты. В целом можно считать, что достаточно высокий уровень IQ (более 90) позволяет исключить диагноз умственной отсталости, тогда как низкий уровень IQ (ниже 70-80) еще не дает достаточных данных для уверенной диагностики этого заболевания.

Для дифференциального диагноза указанных состояний необходимо также учитывать этиологию и патогенез в каждом случае умственной отсталости, данные сомато-неврологического и генетического исследований.

Этиопатогенез

Нарушение развития (дисонтогенез) часто не ограничивается психической сферой. Умственная отсталость имеет в своей основе то или иное изменение структуры и функции головного мозга. Иногда это малые размеры головного мозга, недоразвитие отдельных его частей (чаще лобных), гипоплазия мозжечка, мозолистого тела. Размеры и число извилин в коре также отклоняются от нормы. Встречаются утолщенные, мало ветвящиеся и малочисленные извилины, а также слишком мелкие, резко извитые, многочисленные

извилины с атипичным рисунком. Наблюдаются и другие аномалии головного мозга. При микроскопическом исследовании обнаруживают нарушение строения коры больших полушарий, утрату ее слонистости, атипичное расположение нейронов, их малочисленность и слабое развитие ассоциативных волокон. А поскольку череп и мозг развиваются из одного зачатка (передний конец хорды), то аномалиям мозга часто сопутствуют аномалии строения черепа: уменьшенный в размере череп (микроцефалия), башенный череп, раннее зарастание и уплотнение швов, неправильная форма турецкого седла, усиленный рисунок вен и пальцевые вдавления на своде и многие другие. Имеются пороки развития других органов и систем организма: врожденные пороки сердца, сужение мочеточника, аномалии желез внутренней секреции и др. Все эти изменения тем более выражены, чем раньше действовал повреждающий агент. Если поражение возникает в первые месяцы беременности, когда органогенез еще не закончен, наблюдаются не только признаки недоразвития головного мозга, но и дисплазии других органов. Опасность возникновения аномалий развития сохраняется в периоде новорожденности и в первые 2-3 года жизни ребенка, так как наиболее молодые в филогенетическом отношении мозговые структуры созревают поздно и продолжают интенсивно формироваться на ранних этапах постнатального периода.

Имеются данные о том, что в половине случаев олигофренией ведущее значение в этиологии имеет генетический фактор, примерно в 10 % случаев — патогенные факторы внешней среды (инфекции, интоксикации, эндокринные нарушения у матери и период беременности); в части случаев этиология олигофренией остается нераспознанной.

Анализ патогенеза и клинических проявлений олигофренией и эпилепсии позволяет провести между тем и другим заболеванием определенные параллели. Особенно это касается форм болезни врожденной, наследственной природы с ранним началом и детском возрасте. Возникающая при этом умственная отсталость у больных эпилепсией сходна с оли-

гофреническим слабоумием. Вместе с тем не являются редкостью типичные эпилептические припадки при олигофрении. В этих случаях дифференциальный диагноз олигофрении и эпилепсии с олигофреноподобным умственным дефектом всегда исходит на себе черты произвольности и не основывается на убедительных фактах. Наиболее существенные различия между этими двумя заболеваниями касаются особенностей изменения характера и личности больных. В типичных случаях в структуре личности больных с умственной отсталостью преобладают черты выраженного инфантилизма, тогда как при эпилепсии на первый план выступают чрезмерная эмоциональная насыщенность всех психических переживаний и поведения с элементами агрессивности. Однако эти различия не всегда бывают достаточно отчетливыми.

Нужно добавить, что как для олигофрении, так и для эпилепсии характерна множественность этиологических факторов, среди которых большое место отводится фактору наследственности. Полиэтиологичности этих болезней соответствует полиморфизм патологоанатомических изменений в головном мозге, включающих как признаки врожденной его неполноценности (дисплазии), так и болезненные изменения вследствие органического поражения центральной нервной системы на ранних этапах онтогенеза. Все это позволяет отнести умственную отсталость и эпилепсию в группу полиэтиологических психических заболеваний с поражением головного мозга и мозговыми дисфункциями.

Среди наследственно обусловленных олигофрений выделяют формы, связанные с хромосомными аномалиями, чаще всего с аномалией хромосомы 21-й пары и половых хромосом. Истинные причины их неизвестны. Предположительно указывают на значение эндогенно обусловленного нарушения обмена веществ у матери, радиационных, вирусных инфекций, промышленных интоксикаций. Показано, что при олигофрениях с повышенным количеством X-хромосом слабоумие выражено тем сильнее, чем больше X-хромосом. При хромосомных аномалиях часто встречаются разнообразные урод-

ства и отклонения в развитии внутренних органов. Потомства такие больные не оставляют. Чаще всего встречаются следующие формы заболеваний.

Болезнь Дауна

Болезнь Дауна связана с появлением лишней хромосомы, относящейся к 21-й паре (трисомия-21). Частота рождения детей с этим заболеванием возрастает по мере увеличения возраста матери при рождении: у матерей в возрасте 40-44 лет риск появления аномального потомства в 16 раз выше, чем у матерей в возрасте 20-24 лет. За последние годы было также установлено, что в 20 % случаев болезни Дауна трисомия-21 имеет отцовское происхождение и связана со старением мужских половых клеток в результате низкой частоты половых сношений у партиеров, особенно в браках, где женщина старше мужа.

Аномальное развитие головного мозга при болезни Дауна напоминают аномалии при его старении у больных с поздней деменцией. Отмечается общее уменьшение размеров головного мозга с атрофией коры, преимущественно в лобных отделах. При гистологическом исследовании обнаруживают в коре участки нервной ткани, пораженные амлоидозом («старческие бляшки»), дегенерацию нервных клеток и их фибрилл. Преждевременное старение касается и других систем организма, в результате чего вероятная продолжительность жизни больных болезнью Дауна сокращается в среднем до 35 лет, и смертность их в 5 раз превышает смертность в популяции. Наблюдаются также аномалии многих органов: недоразвитие желез внутренней секреции, врожденные пороки сердца, болезни крови и многие другие.

Характерны внешние признаки болезни, которые обнаруживаются сразу же после рождения. Это косой разрез глаз с кожной складкой во внутреннем углу (третье веко), депигментация радужных оболочек. Череп уменьшен в размере, с уплощенным затылком, нос короткий, в виде «пуговки», с широкой переносицей, ушные раковины маленькие, деформированные. Язык утолщен в связи с гипертрофией сосоч-

ков. Половые органы недоразвиты. Типична широкая поперечная кожная складка, идущая через всю ладонь. В дальнейшем четко обнаруживаются и другие признаки: низкий рост с короткими конечностями при относительно длинном туловище, короткие пальцы с искривленной конечной фалангой мизинца, недоразвитие верхней челюсти, неправильное строение зубов, высокое твердое небо, кожа шероховатая, сухая, волосы на голове редкие. Все это создает внешний вид, по которому с первого взгляда ставится диагноз болезни Дауна.

Не менее чем в половине случаев заболевания умственная отсталость достигает глубокой или умеренной степени. Но существуют и стертые формы заболеваний, которые принято связывать с мозаицизмом; при них выраженность умственной отсталости зависит от соотношения патологически измененных и нормальных клеток в организме: чем меньше число нормальных клеток с 46 хромосомами, тем более выражена клиническая картина. При высоком проценте нормальных клеток клинические проявления умственной отсталости бывают стертыми или отсутствуют, но часто обнаруживаются черты патологического формирования личности.

Синдром Клайфельтера

Он наблюдается только у лиц мужского пола и связан с увеличением числа половых хромосом (чаще всего X-хромосом). При осмотре больного отмечается недоразвитие вторичных половых признаков и черты смешанного пола. Больные отличаются высоким ростом, евнухоидным телосложением, гинекомастией, яички бывают недоразвиты. Снижение интеллекта обычно до степени легкой умственной отсталости.

При всех хромосомных формах олигофрении окончательный диагноз ставится на основании изучения хромосомного набора в клетках тела (карнотипа), так как клинические симптомы отдельных заболеваний не всегда в достаточной степени изолированно специфичны, особенно в случаях мозаицизма.

* * *

Другая группа наследственно обусловленных олигофрений связана с дефектом гена в одном из локусов хромосомы, который контролирует образование и активность какого-либо фермента, участвующего в белковом, жировом или углеводном обмене. Подобные энзимопатии приводят к слабоумию только тогда, когда они ведут к нарушению развития головного мозга на ранних этапах онтогенеза. Насчитываются многие десятки энзимопатических форм олигофрений. Среди них особое значение имеет фенилпировиноградная олигофрения.

Фенилпировиноградная олигофрения (фенилкетонурия)

Встречается примерно в одном случае на 10 тысяч рождений. Обусловлена наследственным дефектом в обмене фенилаланина и передается по наследству по аутосомно-рецессивному типу. Риск повторного рождения больного ребенка у матери составляет 25 %. В основе патогенеза болезни лежит дефицит фермента фенилаланин-гидроксилазы, обеспечивающего переход незаменимой аминокислоты фенилаланина в тирозин. Недостаток последнего приводит к снижению содержания катехоламинов и серотонина — медиаторов центральной нервной системы. Избыток фенилаланина, трансформирующегося в фенилпировиноградную кислоту, выводится с мочой. Нарушение обмена фенилаланина ведет к умственной отсталости, судорожным явлениям, патологии пигментного обмена и кожным заболеваниям.

Важность раннего выявления фенилкетонурии заключается в возможности предотвращения развития слабоумия, если лечение начато в первые недели жизни ребенка. Поэтому необходимо массовое обследование всех новорожденных на фенилкетонурию. Она диагностируется уже на 5-6-й день жизни ребенка с помощью пробы Феллинга: при повышенном содержании фенилпировиноградной кислоты раствор хлорида железа при добавлении в мочу ребенка окрашивается в оливково-зеленый цвет. Но эта проба неспецифична и не во всех случаях заболевания дает удовлетворительный

результат. Более точные данные получают при использовании полуколичественного микробиологического теста Гатри. Каллей взятой у ребенка крови пропитывается специальная фильтровальная бумага, которая направляется затем в лабораторию, имеющуюся обычно при республиканских и межобластных медико-генетических консультациях. Тест считается положительным, если содержание фенилаланина в крови превышает 4 мг %.

Дети с выявленной фенилкетонурией немедленно начинают подвергаться лечению, которое состоит в резком ограничении продуктов питания, содержащих фенилаланин. Вскармливание ребенка производится с помощью специальных смесей. Диетотерапия проводится до 6-8 лет, а при необходимости и более, под контролем содержания в крови фенилаланина. Лечение, начатое в возрасте более 2-3 мес., неэффективно.

Помимо наследственного фактора причиной умственной отсталости могут стать органическое поражение головного мозга, или мозговая дисфункция, возникающие в период беременности или в раннем детском возрасте вследствие несовместимости матери и плода по резус-фактору, эндокринных заболеваний матери, токсикозов беременности, вирусных, паразитарных заболеваний и др. Большое значение придается алкоголизму матери, курению. Нередко органическое поражение центральной нервной системы новорожденного бывает связано с асфиксией при родах и родовой травмой. Клиническая картина олигофренического слабоумия при этих формах патологии характеризуется сочетанием умственной отсталости с неврологическими симптомами поражения головного мозга и разнообразными психоорганическими расстройствами. Степень умственного недоразвития бывает различной и зависит от тяжести поражения.

Лечение

Терапия умственной отсталости включает в себя в основном

мероприятия коррекционно-воспитательного характера. Медикаментозная терапия эффективна преимущественно на ранних этапах заболевания, в детском возрасте и тогда, когда в основе болезни лежит органическое поражение головного мозга. В зависимости от его этиологии назначают соответствующее диетическое, гормональное, противомикробное и другие виды лечения. При повышении внутричерепного давления проводится курсовое лечение дегидратирующими средствами. Большое распространение получило применение ноотропов, улучшающих мозговой метаболизм и повышающих устойчивость нервных клеток к гипоксии. В случае возбуждающего, растормаживающего действия ноотропов на поведение больных эти препараты назначаются в сочетании с транквилизаторами или малыми дозами нейролептиков широкого спектра действия. Рассчитывать на терапевтический эффект можно только при очень длительном применении ноотропов. При нарушениях функции головного мозга вследствие органического поражения показаны также применение церебролизина, препаратов йода, алоэ, стекловидного тела, витаминотерапия. При повышенной агрессивности больных, расторможенности влечений применяются седативные препараты, в основном нейролептики (аминазин, соннапакс, неуплептил и др.).

Лекарственная терапия при олигофрениях служит вспомогательным средством, создающим благоприятный фон для проведения воспитательно-коррекционных мероприятий, в которых наряду с врачами должны принимать участие родители, педагоги, общественные учреждения. Эти мероприятия тем более эффективны, чем менее выражена умственная отсталость. При легкой и умеренной умственной отсталости упорная работа с больными помогает им овладеть социальными навыками и повысить способность к самостоятельной жизни. Для этого с ребенком нужно заниматься изо дня в день, стараясь привить ему навыки самостоятельности. То, что у здоровых детей формируется само по себе, при умственной отсталости требует специальной и упорной работы воспитателей и педагогов. Особого внимания требует обучение навыкам личной гигиены, ухода за одеждой, пове-

дения в обществе и дома. Нужно использовать все возможности для того, чтобы пробудить интерес ребенка к труду. Способность с 16-18 лет систематически работать на производстве служит критерием удовлетворительной социальной адаптации и имеет не только экономическое значение. Работа в коллективе, получение заработка служат для больных доказательством успешности своего труда и стимулом для дальнейших усилий, позволяют им чувствовать себя такими «как все». Напротив, в условиях чрезмерной опеки, когда родители умственно отсталых детей, опираясь на мнение некомпетентных специалистов, все свои усилия направляют на медикаментозное и физиотерапевтическое лечение часто весьма проблематичной травмы шейного отдела позвоночника при родах или другого заболевания, которое гипотетически могло бы послужить причиной нарушений психического развития, оберегают ребенка от любого умственного и физического труда, потенциальные возможности социальной адаптации ребенка в достаточной степени не используются. Для преодоления умственной незрелости и жизненной неопытности олигофрена родители должны также воспитывать у детей способность принимать самостоятельные решения, для чего нужно в любом случае советоваться с ними.

Система адаптации детей с умственной отсталостью должна строиться в соответствии с поставленной в каждом случае целью и вытекающими из нее задачами. Широко распространено мнение, что родители и педагоги должны заранее знать, каков уровень потенциальных возможностей ребенка и чего можно достичь, смирившись с его более чем скромной участью в будущем. Эта точка зрения за последние годы встречает сопротивление части специалистов и общественности. Крепнет уверенность в том, что ребенок, с которым не связывают никаких надежд, автоматически приговаривается к уровню развития, который может быть заметно ниже его потенциальных возможностей. Родители должны постепенно свыкаться с тем, что от ребенка нельзя ждать многого, и научиться ценить даже малые достижения, так же как родители здоровых детей постепенно свыкаются с мыслью,

что их ребенок не стал знаменитым футболистом или виртуозным музыкантом.

Реабилитация умственно отсталых детей и подростков осуществляется сетью специальных учреждений с учетом выраженности психического недоразвития и возраста больных. К ним относятся детские сады для детей с органическими поражениями нервной системы и умственной отсталостью, вспомогательные школы и интернаты. Обучение там производится по специальным программам, предусматривающим, наряду с овладением учащимися ограниченным объемом общеобразовательных знаний, развитие двигательных функций, речи, трудовых навыков и той или иной профессии (столярные работы, швейное дело и др.). В западных странах делаются попытки воспитания и обучения детей-олигофренов в общих школах с целью борьбы с имеющимся в обществе предрассудками, «навешиванием ярлыков» и «сегрегацией» лиц, объявляющихся умственно отсталыми. Однако эти попытки, имеющие корни в распространенных на Западе антипсихиатрических движениях, не вышли за пределы педагогического эксперимента.

Глава X

Психические расстройства в связи с абитрофическими заболеваниями ГОЛОВНОГО МОЗГА

Термин *абитрофия* означает пониженную жизнеспособность какого-либо органа или системы организма, обусловленную конституциональными причинами, в результате чего даже незначительные внешние патогенные агенты могут понести к прогрессирующим функциональным и органическим расстройствам. К абитрофическим, в частности, относят возрастные инволюционные процессы в головном мозге, приводящие к нарушениям психической деятельности.

§ 1. Болезнь Альцгеймера

Это заболевание, впервые описанное и изученное известным немецким психиатром и нейроморфологом Алоизом Альцгеймером (1864—1915), относится к группе *предстарческих (пресенильных) деменций*. Различаясь некоторыми особенностями клинических, психопатологических проявлений, темпом развития, морфологическими изменениями в головном мозге, все эти заболевания объединяются общностью основных болезненных симптомов, прогрессивным течением, абитрофическим характером картины мозгового поражения, различные варианты которого зависят от влияния генетических, конституциональных и экзогенных факторов.

Роль наследственного фактора в происхождении болезни Альцгеймера демонстрируется значительным накоплением в семьях больных, страдающих различными психическими заболеваниями, среди которых на первом месте по частоте стоит шизофрения; семейные формы болезни Альцгеймера встречаются редко. Предполагается доминантный тип наследования; возможно также полигенное наследование с разным порогом проявляемости болезни в разных семьях. Среди женщин за-

болевание встречается в 3-4 раза чаще, чем среди мужчин. Начало его относится преимущественно к возрасту 45-70 лет, в среднем к 55 годам. Патоморфологически болезнь проявляется атрофией головного мозга, которая может быть выявлена прижизненно посредством рентгеноконтрастного исследования или компьютерной томографии. Более всего страдают лобная, затылочная доли и гиппокамп. Характерны гистологические изменения в коре в виде многочисленных аргирофильных пятен («старческих бляшек») и особой дегенерации нервных клеток. Пораженные нейроны содержат увеличенные и запутанные нейрофибриллы, в которых присутствует амлоидоподобное вещество. В микроглии и астроцитах вокруг сенильных бляшек накапливается железо.

Клиническая картина болезни Альцгеймера характеризуется медленным, постепенным началом. Продромальный период длится несколько лет, в течение которых больные жалуются на усталость, снижение работоспособности, днем они много спят. Затем становится заметным снижение памяти. Вначале нарушается запоминание прочитанного и услышанного, новых имен, утрачивается способность к приобретению новых знаний, по поводу происходящих событий больные дают путанные и противоречивые сведения, в то время как некоторые сведения о событиях далекого прошлого они еще могут сообщить. В далеко зашедших случаях они забывают свой возраст, имена родных, количество своих детей, полностью утрачивают запас школьных и профессиональных знаний. Характерны ложные узнавания людей и событий: среди пациентов больницы они узнают своих «знакомых», но в то же время не узнают свое отражение в зеркале, принимают его за образ другого человека, начинают спорить с ним. Нарушения памяти и ложные узнавания сопровождаются растерянностью, тревожной суетливостью, нередко подавленностью и настроением. На фоне тревожно-депрессивного аффекта могут возникать нестойкие, преходящие бредовые идеи преследования, ограбления, ревности в сочетании с вербальными иллюзиями: «Там (указывая на окно) в чулане что-то говорят, какие-то парни... Сговариваются убить!».

Картина психических нарушений при болезни Альцгеймера уже на раннем этапе осложняется присоединением очаговых корковых расстройств: амнестической и сенсорной афазией,

апраксией, агнозией и др. С их появлением больные становятся совершенно беспомощными и беспомощными, утрачивают хорошо заученные навыки, речь их становится бессвязной (парафазии). Так, больная, взяв иголку с ниткой, вместо того, чтобы пришить пуговицу к халату, зашивает карман; пытаясь сварить суп, вместо соли насыпает в него сахар; в речи вместо нужных слов произносятся слова иные по значению; вслушиваясь в обращенную к ней речь, больная не понимает ее содержание. Но, несмотря на глубокий распад речи, целенаправленного и осмысленного поведения, внешне в облике больных сохраняются коммуникативность, присутствие им ранее проявления деликатности, услужливости, что смягчает впечатление от наступившего у них глубокого слабоумия. Длительное время сохраняется также способность осознавать свою несостоятельность: «Памяти нет... Голова не работает...», что отражает характерную для больных с органическими психическими заболеваниями относительную сохранность эмоционального компонента самосознания.

В неврологическом статусе характерными бывают экстрапиримидные симптомы, доходящие в выраженных случаях до синдрома паркинсонизма. Уже на ранних этапах болезни выявляются хоботковый, хватательный рефлексы, ладонно-подбородочный рефлекс Маринеско—Радовичи. Развитие мышечной гипотонии, коитрактур, вынужденная поза в сочетании с резким одряхлением, кахексией означают переход к терминальной стадии, заканчивающейся летальным исходом. Обычная длительность заболевания — в пределах 10 лет.

§ 2. Старческое слабоумие

Старческое (*сенильное*) слабоумие относится к частым формам психозов. Риск заболевания в возрасте до 75 лет составляет 1,2 %, а до 80 лет — 2,5 %, Имеются данные в пользу генетического к нему предрасположения: риск возникновения старческого слабоумия среди родственников первой степени родства, страдающих этим заболеванием, в несколько раз выше, чем в популяции, а конкордантность для однояйцевых близнецов составляет более 40 %. Биологическая сущность заболевания заключается в том, что в возрасте после 65—70 лет спонтанно возникает и быстро прогрессирует атрофический процесс в головном мозге, сопровождающийся

развитием слабоумия. Болезнь длится 6-8 лет и заканчивается смертью в состоянии глубокого маразма. Анатомические и гистологические изменения в головном мозге близки к наблюдающимся при болезни Альцгеймера, что и породило гипотезу о единой природе того и другого заболевания.

Как и при других атрофических процессах, болезнь начинается исподволь, постепенно. Подобно физиологическому старению, заостряются основные черты личности, присущие данному субъекту: живой и энергичный становится суетливым, аккуратный и бережливый — скупым и т.п. Но в отличие от нормального старения, при старческом слабоумии с самого начала бросается в глаза огрубение личности, сужение интересов и кругозора. Нарастает эгоцентризм, исчезают чуткость и отзывчивость по отношению к другим людям, появляются подозрительность, утрата ворчливость и склонность к мелким обидам и конфликтам. В связи с утратой нравственных установок и чувства стыдливости утасажющее половое влечение приобретает извращенную форму в виде *экспозиционизма* (стремление демонстрировать половые органы лицам другого пола), *вуайеризма* (влечения к подсматриванию за обнаженными людьми другого пола), *педофилии* (влечения к совершению развратных действий с детьми), в связи с чем больные нередко попадают в поле зрения судебно-следственных органов. В отдельных случаях наблюдается влечение к бродяжничеству, к собиранию никому не нужного хлама. Вместе с быстро прогрессирующим распадом памяти на события недавних лет происходит «сдвиг в прошлое», о событиях которого больные охотно рассказывают, переплетая их с вымыслами и путая их с текущими событиями. В окружающих они узнают лиц, которых знали в молодости, своих детей считают братьями и сестрами. Угрюмо-подавленное настроение в начале болезни сменяется бессмысленной эйфорией, прерываемой гневливыми вспышками.

Характерной особенностью старческой деменции является периодическое возникновение эпизодов спутанного сознания, которые принято обозначать как *старческий делирий*. Больные бывают дезориентированы в окружающей обстановке, не узнают своих близких, становятся суетливы, беспокойны, ведут себя так, словно находятся в обстановке далекого прошлого, общаясь с давно умершими людьми. Подобные эпизоды длятся по несколько часов, возникая преимущественно

в вечернее и ночное время. В других случаях у больных появляются относительно стойкие бредовые идеи нелепого содержания: в соседней комнате людей «пускают на мясо», грабители украли у него енотовую шубу (которой у больного в действительности никогда не было) и пр. Тревога и беспокойство усиливаются также в ночное время, когда больные не спят, бродят по дому, проверяют замки на дверях.

По мере нарастания деменции больные становятся все более апатичными, неопрятными, нечистоплотными, не реагируют на присутствие окружающих. Улучшений в состоянии больных не бывает.

§ 3. Болезнь Паркинсона

Болезнь относится к числу довольно частых, в общей популяции она насчитывается у 1 на 1000 чел., а для старших возрастных групп еще более. Средний возраст начала заболевания — 50-60 лет. Основные его неврологические проявления — дрожание, акинезия, мышечная ригидность. Этиология заболевания не установлена. Существует гипотеза, связывающая болезнь Паркинсона с преждевременным, ускоренным старением nigrostriatной системы головного мозга, с наследственно обусловленным дефектом метаболизма дофамина. Допускается возможность полигенного наследования болезни. Описаны семьи, в которых болезнь Паркинсона встречалась в двух и более поколениях.

Выраженные психические нарушения встречаются в одной трети случаев болезни Паркинсона, вне зависимости от тяжести неврологических проявлений. На первый план выступают изменения личности в виде утрированного педантизма, мелочности, эмоциональной ригидности, первые признаки которых появляются еще до возникновения выраженных неврологических симптомов паркинсонизма. При дальнейшем развитии болезни более отчетливо проявляются эгоцентризм, стойкое снижение настроения с ворчливостью, постоянным недовольством всеми окружающими, инхондрией. Снижаются память и способность к концентрации внимания. Все это усугубляется физической беспомощностью больных. Снижение интеллекта не столь выражено, как при типичных формах старческого слабоумия, но симптомы ин-

теллеktуального оскудения усиливаются вследствие крайней истощаемости больных и замедленности мышления.

Лечение

Специфические методы профилактики и лечения психических заболеваний в связи с абитрофическими поражениями головного мозга неизвестны. Лечение в основном сводится к симптоматическим методам, направленным на поддержание более или менее удовлетворительного физического состояния больных. Терапевтические мероприятия психиатрического профиля становятся необходимыми в случаях, когда на фоне прогрессирующего дементирующего процесса возникают состояния тревоги, беспокойства, двигательного возбуждения, чаще всего в сочетании с бессонницей, отрывочными бредовыми идеями и устрашающими галлюцинациями. Применение нейролептиков широкого спектра действия дает выраженный успокаивающий эффект, переводя возбуждение в глубокий сон. Но оно чревато опасностью возникновения тяжелых осложнений в виде падения артериального давления и паралича дыхательного центра.

Поэтому нейролептики следует назначать в минимальных дозах под контролем соматического состояния пациентов. При необходимости длительного назначения нейролептических препаратов в случае стойких психотических нарушений и двигательного беспокойства больных нужно отдавать предпочтение препаратам с менее выраженным нейролептическим эффектом, таким как меллерил (сонапакс), хлорпроксен, терален.

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда при абитрофических заболеваниях головного мозга в старческом возрасте также могут давать тяжелые осложнения, включая ночной энурез, энкопрез, и даже возникающий в ночное время делирий со страхом, двигательным возбуждением, галлюцинациями и иллюзиями. Это диктует необходимость осторожного их применения. Все преимущества имеет транквилизатор, не относящийся к бензодиазепинам, — мебикар. Не вызывая никаких осложнений, он оказывает выраженное седативное действие при состояниях возбуждения и двигательного беспокойства. Применение мебикара может быть непрерывным и длительным.

Глава XI

Психические расстройства при опухолях головного мозга

Психические расстройства при интракраниальных опухолях разнообразны и мало зависят от вида и локализации опухоли. Они образуют психопатологические синдромы, относящиеся к группе психоорганических. Каждый шестой-седьмой больной с опухолью головного мозга уже в начальном периоде заболевания обнаруживает выраженные расстройства психической деятельности, что затрудняет диагностику опухоли и часто служит поводом к ошибочному направлению больного в психиатрический стационар. Среди пациентов психиатрических больниц доля больных с опухолями головного мозга в целом невелика и составляет 0,01 %. Но большое значение имеет тот факт, что в 30-50 % случаев диагноз опухоли головного мозга не устанавливается прижизненно. Частота посмертного диагноза этого заболевания при вскрытии умерших в психиатрических больницах возрастает до 2,0-4,5 %. Обычно вместо истинного, посмертно установленного диагноза опухоли головного мозга, являющейся причиной психических нарушений, клиницистами ставятся диагнозы сосудистых, воспалительных, реже — атрофических заболеваний центральной нервной системы. Между тем своевременное установление диагноза опухоли головного мозга часто решает судьбу больного. Думать о возможности опухолевого процесса нужно особенно тогда, когда психические расстройства складываются в картину психоорганического синдрома, этиология которого неясна, имеются неврологические симптомы, и болезнь протекает «атипично».

Патогенез

Своеобразие психической патологии при опухолях головного мозга определяется тем, что при них особую роль играет локальный фактор — поражение определенной четко локализованной его области. Поэтому интракраниальные опухоли всегда служили объектом пристального внимания психиатров-локализационистов и психоморфологов, пытавшихся найти связь между характером психических нарушений и локализацией мозгового поражения. Это научное направление в психиатрии не прошло бесследно. Было показано, что сложность локального фактора и психопатологии связана с тем, что всякое локальное поражение головного мозга вызывает изменение функции всего органа в связи с нарушением мозгового кровообращения и ликворообращения, повышением внутричерепного давления и отеком мозга. При последнем психические расстройства возникают особенно часто — в 60-90 % случаев. В свою очередь изменение функционального состояния высших вегетативных и нейроэндокринных центров вследствие мозгового поражения приводит к нарушению обмена веществ и деятельности внутренних органов. Все эти изменения также участвуют в патогенезе психических заболеваний при опухолях головного мозга. Таким образом, в их патогенезе участвуют три фактора: локальный, общемозговой и общепатогенетический (А. С. Шмарьян).

Клиническая картина

К начальному периоду развития опухолевого процесса больные чаще всего жалуются на головную боль давящего, распирающего характера, усиливающуюся ночью и сопровождающуюся тошнотой и рвотой. Психические нарушения на этом этапе складываются в картину энцефалопатического синдрома. Больные отмечают у себя слабость, раздражительность, ухудшение памяти и внимания. На этом фоне периодически возникают психосенсорные расстройства в виде дереализации, расстройства «схемы тела», вестибулярные симптомы, элементарные гипнагогические, слуховые или обо-

нятельные галлюцинации (в зависимости от локализации опухоли). При опухолях в области лобных долей мозга, мозолистого тела и таламуса характерны снижение инициативы, апатия, рассеянность, резкое замедление мышления, а иногда — бессмысленная дурашливость. Грубо страдает способность критически оценивать свое поведение.

Нередко поводом для направления больного к психиатру служит возникновение эпилептических припадков, характер которых зависит от локализации поражения. При доброкачественных, медленно растущих опухолях (менингиомы, астроцитомы) эпилептический синдром может исчерпывать картину заболевания. Болезнь протекает длительно, хронически; припадки, возникающие с разной частотой, сопровождаются характерными для эпилепсии психическими расстройствами, включая изменение личности и слабоумие. Если диагноз опухоли головного мозга не был своевременно установлен, иногда лишь спустя много лет от начала заболевания в связи с эпилептическим статусом наступает гибель больного, и на вскрытии неожиданно обнаруживается опухоль с локализацией чаще всего в височной доле. Такие случаи известны каждому опытному психиатру, и они заставляют с особой осторожностью относиться к диагнозу эпилепсии, особенно тогда, когда эпилептические припадки впервые возникают в зрелом или пожилом возрасте, при наличии упорных головных болей в анамнезе и неврологических симптомов.

При быстром, злокачественном росте первичной или метастатической опухоли, нарастании внутричерепной гипертензии, отека головного мозга на первый план в картине психических расстройств выступает оглушение сознания. Больные становятся вялыми, пассивными, выражение лица у них сопливое, бессмысленное. Они не улавливают смысл обращенных к ним вопросов и лишь при повторных обращениях находят нужный ответ. Утрачиваются самые простые и привычные навыки: пользоваться при еде ножом и вилок, одеваться, застелить постель. В мышлении характерны стереотипы: назвав хорошо знакомый предмет, больные продол-

жают повторять то же название при показе им других предметов. Понимание происходящих событий резко затруднено. Больные не ориентируются во времени, не могут понять, с кем они ведут разговор, где они находятся, зачем их привели к врачу. Память резко снижается как на текущие, так и на прошлые события. Могут возникать непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Все психические расстройства, связанные с повышением внутричерепного давления и отеком головного мозга, усугубляются наличием разнообразных корковых очаговых расстройств, таких как афазия, апраксия, нарушение пространственной ориентировки, и др.

Несмотря на тяжесть психических нарушений, глубина их постоянно колеблется. Наблюдая за больным, можно заметить, что уровень его бодрствования меняется на глазах. Предоставленный сам себе, больной то погружается в состояние глубокой сопливости и апатии, то оживляется, обращается к окружающим с одной-двумя более или менее связными фразами, с выраженным страданием на лице жалуется на невыносимую головную боль. То вновь отвлекается, взгляд становится отсутствующим, речь утрачивает связность. Состояние глубокого оглушения спустя некоторое время вновь сменяется частичным прояснением сознания. Если в этом периоде не произведено нейрохирургическое вмешательство, оглушение нарастает, переходя в глубокую кому, вслед за чем наступает гибель больного.

Лечение

Лечение нейрохирургическое. При хроническом эпилептическом синдроме в случае невозможности осуществить нейрохирургическое вмешательство проводится то же консервативное лечение, что и при эпилепсии. В случае нарастания оглушения сознания в связи с острым психическими нарушениями при злокачественно текущей опухоли мозга временный терапевтический эффект дает дегидратационная терапия.

Глава XII

Психические расстройства в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями

§ 1. Психические расстройства при ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркте миокарда

Психические расстройства — одно из частых осложнений ИБС и инфаркта миокарда. При последнем они встречаются более чем в половине случаев, иногда выступая на первый план в его клинической картине наряду с основными симптомами сердечно-сосудистого заболевания. Стенокардитический болевой синдром наблюдается не только при ИБС, но и при пограничной нервно-психической патологии. По мнению Ю. М. Губачева, лишь у половины всех больных, направляемых в терапевтическое отделение по поводу ИБС, этот диагноз подтверждается; в остальных случаях речь идет о неврозах и соматизированной депрессии. Дифференциальный диагноз и, следовательно, выбор терапии бывает сложным.

Патогенез

Патогенез психических расстройств при ИБС и инфаркте миокарда имеет три основных компонента: общесоматический, общемозговой и психологический. Общесоматический компонент включает в себя патологию внутренних органов, связанную прежде всего с явлениями общего атеросклероза сосудов и ведущую к нарушению обменных процессов в орга-

низме, включая центральную нервную систему. Общемозговой компонент включает в себя нарушения мозгового кровообращения, возникающие в связи с патологией сердечной деятельности и рефлекторным изменением тонуса сосудов головного мозга. Продолжительные и интенсивные ангиоспазмы часто заканчиваются органическими изменениями стенок артерий в виде некробноза гладкой мускулатуры, надрывов втимы, эластических мембран с внутривенными кровоизлияниями. При атеросклерозе спазм сопровождается выдавливанием из стенки сосудов холестеринаэстеров в их просвет, что способствует развитию тромбоза сосудов. У всех больных, умерших от инфаркта миокарда, обнаруживаются органические изменения в сосудах и в паренхиме головного мозга, складывающиеся в картину гипоксической энцефалопатии. Стойкие изменения в пирамидной и экстрапирамидной системах обнаруживаются также при часто возникающих и тяжелых асистолиях (синдром Адамса—Стокса—Морганьи); причиной их служит гипоксия мозга.

Психологический фактор подразумевает реакцию личности больного на соматическое страдание, на сердечный болевой синдром с тревожным ожиданием неблагоприятного исхода болезни. Он зависит от особенностей преморбидной личности, от знаний больного о своей болезни и возможных ее последствиях, что образует вместе с симптомами органических поражений «внутреннюю картину болезни».

Большую роль в происхождении психических расстройств играют дополнительные патогенетические факторы, в частности возраст. У лиц старше 60 лет психические расстройства встречаются почти в два раза чаще, чем в более молодом возрасте. При повторных инфарктах миокарда они наблюдаются в 2,5 раза чаще, чем при первом инфаркте. С большой частотой психические нарушения возникают у больных, страдающих одновременно гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом, у перенесших ранее черепно-мозговую травму, у злоупотребляющих алкоголем.

Клиническая картина

Психические расстройства при ИБС и инфаркте миокарда по-разному проявляются на разных этапах заболевания. У больных ИБС с приступами стенокардии наблюдается астения с повышенной утомляемостью, раздражительностью, колебаниями настроения. На этом фоне нередко возникают навязчивые мысли о болезни и тревожные опасения, связанные с ожиданием очередного стенокардитического приступа. Попытки больных отвлечься от навязчивых мыслей, отогнать их имеют лишь временный успех, возможны также ипохондрические идеи сверхценного характера, при которых больные преувеличивают тяжесть имеющегося заболевания, уверены сами и пытаются убедить окружающих в его неизлечимости, с недоверием относятся к усилиям врача создать у них оптимистическое отношение к болезни. Они целиком подчиняют свой образ жизни жесткому режиму, избегают любых физических нагрузок, без достаточных оснований резко ограничивают свою трудовую активность, добиваются консультаций все новых специалистов, обращаются к знахарям, «экстрасенсам», настаивают на проведении дополнительных исследований, результаты которых неизменно рассматривают как свидетельство нарастающей тяжести болезни. Ипохондрические явления бывают особенно выраженными и стойкими при наличии церебрального атеросклероза с характерным для него органическим снижением личности.

В продромальном периоде инфаркта миокарда возникают психические расстройства, свидетельствующие о нарастании ишемии головного мозга. В течение нескольких дней больные испытывают ощущение неясной, «затуманенной» головы, все окружающее воспринимается нечетко, понимается с трудом, невозможно сосредоточиться на умственной деятельности. Одновременно нарастает тревожное предчувствие нарастающей опасности, тоска, а в отдельных случаях необоснованное повышение настроения (эйфория) с двигательным беспокойством и суетливостью. Эти симптомы, наряду с соматическими признаками надвигающегося инфаркта ми-

окарда нужно учитывать в целях своевременного принятия профилактических мер.

В остром периоде инфаркта миокарда характерно возникновение мучительного страха смерти. Его нельзя рассматривать как естественную реакцию на боль и угрожающее жизни тяжелое соматическое состояние. Страх в равной мере возникает у людей отчаянно смелых и боязливых, при тяжелом болевом синдроме и при отсутствии симптомов тяжелого физического состояния. Наконец, чем тяжелее и обширнее поражение мышцы сердца, тем больше вероятность возникновения вместо страха и тоски противоположного по знаку эмоционального состояния — эйфории. При последней больные не могут осмыслить тяжесть своего состояния, игнорируют указания врача, пытаются встать с постели, много говорят, отказываются от приема медикаментов, заявляя, что они здоровы.

Общим для всех состояний в острой стадии тяжелого инфаркта миокарда с выраженными нарушениями кровообращения является оглушение сознания. Оно проявляется в виде трудностей понимания смысла происходящих событий, снижения умственной активности, отрешенности от окружающего. Все это позволяет считать, что психические изменения в острой стадии инфаркта миокарда представляют собой не столько естественную реакцию на тяжелое соматическое состояние, сколько результат грубого нарушения мозговой деятельности вследствие дисциркуляторных расстройств и ишемии головного мозга. Подтверждением факта изменения сознания является частичная амнезия пережитого, обнаруживающаяся у больных после выхода из тяжелого состояния. В этом периоде на первый план обычно выступает астения с тревогой, снижением настроения и бессонницей. Могут также наступать острые психозы с нарушением сознания по типу делирия. Особенно часто они наблюдаются у лиц, ранее перенесших черепно-мозговую травму, иные органические заболевания головного мозга и у злоупотребляющих алкоголем. В ночное время у них усиливается тревога, появляются страх, устрашающие зрительные галлюцинации.

Психомоторное возбуждение обычно невелико и ограничивается беспокойством в пределах постели.

В подостром периоде инфаркта миокарда, длящемся 1-1,5 мес., преобладает астения с большой утомляемостью и колебаниями настроения. Больные становятся раздражительными, капризными, слезливыми, их беспокоят разговоры окружающих, шум транспорта, яркий свет. В отличие от острого периода болезни, при котором психические нарушения определялись в основном патологией мозгового кровообращения, в периоде реконвалесценции особое значение приобретают личностные переживания, отражающие преморбидные особенности характера больных. У людей целеустремленных, с широким кругом социальных интересов быстрыми темпами идет восстановление психического здоровья. Напротив, у людей с тревожно-мнительными чертами характера, с ограниченным кругом интересов, эгоистичных, с установками на получение инвалидности имеется повышенная склонность к ипохондрическому развитию личности. Все их интересы сосредоточиваются на болезни, даже незначительные неприятные ощущения в области сердца сопровождаются страхом, больные предъявляют множество разнообразных жалоб на плохое соматическое состояние, стараются подчеркнуть тяжесть своей болезни и неохотно подмечают у себя признаки постепенного улучшения своего физического статуса. У лиц с художественными свойствами характера легко возникают истерические симптомы.

Лечение

Лечение психических нарушений при ИБС практически не отличается от лечения многих других соматогенно обусловленных психических заболеваний. При двигательном беспокойстве, выраженной тревоге и при психомоторном возбуждении в острой стадии инфаркта миокарда назначаются седативные средства, среди которых наиболее безопасным и эффективным является седуксен (реланиум); он вводится в виде раствора внутримышечно или капельно внутривенно в сочетании с другими необходимыми лекарственными пре-

паратами и дозе 20-40 мг. Назначение нейролептиков при возбужденнн больных нежелательно, поскольку препараты этой группы могут вызывать снижение артериального давления, а также способствуют развитию отека головного мозга (исключение составляет галоперидол, умеренные дозы которого вызывают седативный эффект, но не приводят к значительным гемодинамическим нарушениям). При бессонннде назначают на ночь инъекцию 1-2 мл раствора седуксена или внутрь радедорм (нитразепам), димедрол, корвалол. При упорной бессоннице допустимо также назначение снотворных барбитурового ряда (барбамил, этаминал-натрий).

В дальнейшем по мере улучшения соматического состояния, но при сохраняющихся в картине заболевания астенических симптомах, навязчивых страхах, ипохондрии применяют транквилизаторы, среди которых имеют преимущества препараты, не вызывающие значительных побочных эффектов, такие как мебикар, мепробамат, рудотель. В случае возникновения депрессивных сдвигов настроения назначается эглонил, обладающий наряду с седативным также и антидепрессивным эффектом, а также цефедрин, лудиомил и другие легкие антидепрессивные средства. При стойких и выраженных астенических явлениях положительный эффект дает применение ноотропных препаратов (пнрадетам, пантогам, аминалон).

В восстановительном периоде иужно избегать постоянного и длительного назначения психотропных препаратов, так как больные легко «привязываются» к ним и не могут без них обходиться, испытывают тревогу и неуверенность, если в кармане у них не лежат таблетки. Рекомендуется как можно ранее переходить от курсового лечения психотропными средствами к их нерегулярному применению по мере надобности, когда сам больной ощущает усиление тревоги или заранее чувствует, что не сможет заснуть без помощи снотворных средств. Большинство больных охотно принимают высказанную врачом мысль о том, что постоянное и длительное употребление активных лекарственных препаратов не принесет им пользу, и легко усваивают методику примене-

ния седативных лекарственных средств по «потребности». Желательно также поощрять и поддерживать применение больными седативных препаратов растительного происхождения, таких как настой пустырника, валерианы, пиона и др., а также всевозможных «домашних» средств типа горячего молока с медом, настоя листьев мяты, смородины и пр., которые тем более помогают, чем более больные склонны верить в их целительный эффект.

В восстановительном периоде большое значение имеет правильно построенная психотерапия, проводимая индивидуально или в группе в комплексе с другими реабилитационными мероприятиями.

§ 2. Психические расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии

В эту группу входят психические расстройства органического типа, возникающие в связи с гипертонической болезнью, атеросклерозом сосудов и другими сосудистыми заболеваниями. Характерными для них являются медленно прогрессирующие изменения в головном мозге, которые образуют картину *дисциркуляторной энцефалопатии*.

Сосудистые заболевания относятся к числу наиболее распространенных болезней человека. В зависимости от этиологии различают гипертоническую, атеросклеротическую, ревматическую, сифилитическую и другие формы дисциркуляторной энцефалопатии, причем первые две по своей распространенности значительно преобладают. Но выраженные психические нарушения, требующие участия и обследования и лечения больных врача-психиатра, при них возникают не всегда. Установлено, что 80-90 % из них относятся к числу пограничных (непсихотических). Большое клиническое значение имеет тот факт, что в отличие от ишемию и других пограничных заболеваний непсихотические психические нарушения при сосудистых заболеваниях, как правило, сопровождаются органическим снижением личности, ограни-

чением индивидуальных творческих способностей и работоспособности больных. Выраженное слабоумие развивается лишь в 3-16 % случаев, причем у мужчин в 2-3 раза чаще, чем у женщин. Лишь в редких случаях возникают сосудистые психозы (В. С. Григорьевских).

Патогенез

Психические нарушения при сосудистых заболеваниях непосредственно связаны с патологией мозгового кровообращения. В начальных стадиях заболевания, особенно при гипертонической болезни, имеет место повышение тонуса мозговых сосудов. Постепенно в стенках сосудов развиваются структурные изменения: плазматическое пропитывания, гилиоз, атеросклероз. При развитии последнего в нервных клетках головного мозга наблюдается набухание, сморщивание, хроматолит субстанции Ниссля, вокруг пораженных участков происходит гипертрофия и пролиферация элементов глии, наблюдаются мелкоочечные кровоизлияния. Изменения сосудистой стенки и нервных элементов головного мозга имеют место и при других формах сосудистых заболеваний. Тяжелым осложнением является геморрагический, или ишемический, мозговой инсульт.

С помощью реоэнцефалографии при сосудистых заболеваниях обнаруживается повышение тонуса мозговых сосудов, затруднение венозного оттока, снижение кровенаполнения головного мозга и его межполушарная асимметрия. Изменение функционального состояния мозга проявляется нарушением его биоэлектрической активности, появлением на ЭЭГ частых колебаний, острых и медленных волн. Следствием нарушения кровообращения головного мозга является его гипоксия.

Необходимо отметить, что патоморфологические, биохимические и электрофизиологические изменения в головном мозге при сосудистых заболеваниях, протекающих с психическими расстройствами и без них, заметно не различаются. Нет также прямого параллелизма в выраженности неврологических и психопатологических симптомов. Это заставляет

предполагать, что в механизмах развития психических нарушений помимо патологии мозгового кровообращения играют роль дополнительные факторы, в том числе наследственная предрасположенность, резидуальные явления ранее перенесенных черепно-мозговых травм, алкоголизм и психогении.

Клиническая картина

В подавляющем большинстве случаев психические нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии, как было отмечено выше, проявляются непсихотическими формами, напоминающими картину неврозов. Больные жалуются на головные боли, локализующиеся преимущественно в области затылка, глазных яблок или в лобно-височной области, шум в ушах, головокружения, онемение кистей рук, кончика языка, ощущение ползания мурашек (парестезии). Характерно нарушение ночного сна и бодрствования, проявляющееся сонливостью в дневное время и бессонницей ночью. Отмечаются тревога и раздражительность с повышенной обидчивостью и слезливостью. Настроение неустойчивое с преобладанием депрессивных реакций. С течением времени бывает связано снижение умственной и физической работоспособности, проявляющееся повышенной утомляемостью, рассеянностью внимания, ощущением «затуманенной головы», общей усталости и разбитости. Снижается память, больные испытывают трудности при запоминании имен, сюжета прочитанной книги, номеров телефонов, хотя небольшая подсказка тут же помогает им воспроизвести необходимую информацию, или забытое спустя некоторое время само всплывает в памяти. Подобное нарушение памяти свидетельствует об ослаблении волевых процессов, лежащих в основе активного поиска информации и произвольного вспоминания. В ранних стадиях гипертонической болезни все эти явления нестабильны, усиливаются при повышении или резком снижении ранее высокого кровяного давления и ослабевают при его стабилизации на умеренно повышенном уровне. При выраженных склеротических явлениях они становятся более стойкими и необратимыми.

Другая группа симптомов представляет собой реакцию личности больных на происшедшие в связи с болезнью изменения в организме и представляют собой ее внутреннюю картину. К ним относятся ипохондрические расстройства. Больные не могут отвязаться от тревожных опасений в отношении своего здоровья, и их воображению непроизвольно возникают представления о «спазме сосудов» и его последствиях, о которых они знают со слов медицинских работников, других больных или из прочитанной популярной литературы. Каждое неприятное ощущение в голове они склонны связывать со «спазмом» и воспринимают его как сигнал опасности. Следуя своему здравому рассуждению, советам врача и родственников, больные пытаются избавиться от навязчивых мыслей, отвлечься от них, но этого удается добиться лишь на какое-то время, после чего мысль о грозящей опасности возникает вновь.

Как бы ни пытались больные отделаться от тревожных мыслей и представлений о болезни, в полной мере критического отношения к своим ипохондрическим переживаниям у них не бывает, а иногда оно совершенно отсутствует. В этом случае мысли о тяжелом течении болезни, неблагоприятном ее исходе закладывают больными, становятся сверхценными. Встречаются также истерические симптомы в виде чрезмерно эмоционального реагирования на болезнь, повышенной внушаемости, обидчивости, капризности, стремления привлечь к себе внимание окружающих демонстрацией «тяжести» своего состояния.

Невротические симптомы тесно переплетаются с симптомами более или менее выраженного органического снижения личности, что и служит наиболее весомым дифференциально-диагностическим признаком, отличающим их от неврозов. Наблюдается ухудшение всех психических функций, большей частью умеренно выраженное. Наряду с ослаблением памяти появляются трудности переключения внимания с одного предмета на другой, одновременного совершения нескольких умственных операций или действий. Замедляется процесс мышления, речь становится более обстоятель-

ной, в ней часто повторяются без нужды одни и те же обороты. Мимика становится более однообразной, движения и походка утрачивают прежнюю живость и энергию. Сами больные ощущают снижение своих интеллектуальных возможностей и «перестраховываются»: по нескольку раз проверяют, выполнены ли все намеченные дела, тщательно записывают, что им нужно сделать в ближайшие дни, что купить в магазине. Этот симптом получил в психиатрии образное название «симптома записной книжки».

Отмечается заострение, шаржирование присущих больным черт характера. Усиливаются черты тревожности, неуверенности в себе, больные чрезмерно опасаются, не случилось ли какое-то несчастье с близкими, как бы не ограбили квартиру, не «оговорили» сотрудники на работе. Ранее настойчивые и энергичные становятся упрямыми, суетливыми, назойливыми, а расчетливые и аккуратные — скупыми. У людей с художественными чертами характера заостряются черты истерического поведения.

Сосудистые психозы

Психозы при сосудистых заболеваниях бывают острыми и затяжным, хроническим течением. Острые психозы чаще наблюдаются при гипертонической болезни и совпадают по времени с резким повышением артериального давления (гипертоническим кризом). Они обычно возникают в ночное время, продолжительность их не превышает нескольких часов или дней. Клиническая их картина характеризуется нарушением сознания в форме делириозного или онейроидного синдрома. Внезапно появляются бессонница, тревога, непреодолимый страх, вслед за которыми возникают пугающие сновидные галлюцинации — простые или в виде фантастических сцен, несистематизированные бредовые идеи преследования, психомоторное возбуждение. Больные не ориентируются в окружающей обстановке и во времени, растеряны, настроение у них, как правило, снижено.

Реже острый гипертонический психоз затягивается до нескольких недель. В этих случаях нарушение сознания у боль-

ных бывает не таким выраженным, наблюдается лишь в отдельные периоды времени или даже почти полностью отсутствует. На первый план выступают тревога, страх, сопровождаемый разнообразными ярко-чувственными галлюциаторно-бредовыми переживаниями: больные в отделении больницы — это преследователи, в выражении их лиц видится скрытая угроза, за окном слышатся крики истязаемых детей. Течение болезни в этих случаях бывает волнообразным, с периодическим ослаблением и обострением психопатологических симптомов. По завершении приступа заболевания больные амнезируют отдельные его эпизоды, что подтверждает факт эпизодического нарушения сознания. Важным дифференциально-диагностическим признаком гипертонического психоза является совпадение во времени его обострений с повышением артериального давления. Лечение больных амиазином, оказывающим седативное и антипсихотическое действие, в сочетании с гипотезивным эффектом позволяет купировать психоз, что служит одновременно и дополнительным дифференциально-диагностическим признаком.

В некоторых случаях у больных гипертонической болезнью и церебральным атеросклерозом могут наблюдаться кратковременные *сумеречные состояния сознания*, отражающие факт гипоксии головного мозга при спазме мозговых сосудов. Поведение больных внезапно становится бессмысленным и свидетельствует об изменении восприятия ими окружающей обстановки. Реальные события либо не достигают сознания больного, либо осознаются ими лишь частично, фрагментарно. Так, находясь в терапевтическом отделении больницы, больной вдруг становится растерянным, суетливым, не узнает лечащего врача и не реагирует на его присутствие, подходит к другим больным в палате, стаскивает с них одеяло, при попытке уложить его в постель оказывает сопротивление. Все это он проделывает молча, не реагируя на обращения к нему окружающих. Такое состояние длится от нескольких минут до нескольких часов, и после его завершения больной ничего не помнит о своих переживаниях и

поведении в период нарушенного сознания. Подобные состояния могут возникать повторно.

Из числа затяжных психозов чаще всего встречается *сосудистая депрессия*. Снижение настроения и двигательной активности при ней сочетается с угрюмой раздражительностью, ворчливостью. Доминируют мысли о собственной ненужности, о бессмысленности существования, направленные на своих близких и взрослых детей: «Никому я не нужна... Всю семью замучила...». Заболевание протекает в течение многих месяцев и лишь постепенно, под влиянием лечения, депрессия ослабляется, больные становятся активнее, дома принимают участие в бытовых делах, общаются с родственниками. Однако настроение у них остается неустойчивым, под влиянием мелких, ничтожных неприятностей и конфликтов оно вновь снижается, больные становятся тревожными, суетливыми, слезливыми. Серьезным осложнением сосудистой депрессии является самоубийство. В отдельных случаях на фоне депрессии развивается *вербальный галлюциноз*; болезнь в этих случаях принимает хроническое течение.

Самой тяжелой хронической формой сосудистых психозов является *деменция*. Первые признаки развивающегося слабоумия обычно появляются после второго-третьего гипертонического криза (микроринсульта), сопровождающегося переходящими неврологическими симптомами в виде нарушения речи, нестойкого пареза конечностей, нарушения координации движений и др. Больные становятся эйфоричными, легкомысленными, недооценивают тяжесть своего заболевания и неврологических симптомов, называя их «чепухой». Будущее представляется им в розовом свете, а все трудности, включая снижение умственной активности и работоспособности, кажутся легко преодолимыми. Но главным проявлением начинающегося дементирующего процесса служит грубое нарушение способности критически оценивать свое поведение, строить его в соответствии с реальной ситуацией. Так, ранее культурный и воспитанный человек становится неряшливым, в отделении больницы не стесняется появляться в общем коридоре в нижнем белье, залезает в чу-

жие тумбочки, а в ответ на замечания смеется, плоско шутит. Он перестает дорожить добрыми отношениями с членами своей семьи, с сотрудниками, небрежно относится к своим обязанностям, приходит и уходит с работы в любое время, не видя в этом ничего особенного. У окружающих создается впечатление, что перед ними совсем не тот человек, которого они знали раньше.

При тяжелых и обширных поражениях головного мозга в результате атеросклероза сосудов или после перенесенного мозгового инсульта может наступить состояние глубокой деменции. При этом возникает нарушение памяти по типу корсаковского амнестического синдрома, утрачивается запас прежних знаний и навыков. Мышленно приобретает характер заученных «штампов», причем одна и та же фраза или одно и то же суждение стереотипно повторяются больными без всякого смысла. Эйфория и благодушие легко сменяются реакциями гнева и раздражения. Растормаживаются простые инстинктивные формы поведения, больные становятся прожорливыми, агрессивными, они не могут себя обслуживать, нуждаются в постоянном уходе. Все эти тяжелые психические изменения бывают необратимыми.

Лечение

Главным в лечении психических расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях с нарушениями мозгового кровообращения является терапия основной болезни. В начальной стадии дисциркуляторной энцефалопатии применяются средства, улучшающие мозговое кровообращение, уменьшающие гипоксию головного мозга. Назначается курсовое лечение кавинтоном, циннаризином, зуфиллином, НОШПА, никотиновой кислотой, положительный эффект дает назначение препаратов общетонизирующего действия: АТФ, фитин, экстракт алоэ, сапорал, а также витаминотерапия. Большое значение придается лечению ноотропными средствами: пирацетамом, пиридитолом, амналоном.

При выраженных невротических нарушениях большое значение приобретает терапия психотропными препаратами,

особенно транквилизаторами. В целом принципы его остаются теми же, что и при лечении неврозов. Но следует помнить, что большие сосудистыми заболеваниями, особенно в пожилом и старческом возрасте, хуже переносят психотропные препараты, и у них значительно возрастает частота побочных действий и осложнений психофармакотерапии. При назначении транквилизаторов у них наблюдается вялость, сонливость, в отдельных случаях по ночам возникают кошмарные сновидения, недержание мочи или непроизвольная дефекация в, в качестве редкого осложнения, делирий с психомоторным возбуждением. Поэтому в пожилом и старческом возрасте больным с сосудистыми заболеваниями рекомендуется назначать мсбикар, не дающий побочных эффектов и осложнений; суточная доза препарата составляет 0,9-1,8 г.

При сосудистых психозах показано применение антидепрессантов и нейролептиков. В случае депрессии назначают амтриптилин, анафранил, лудямил, эглонил. При развитии хронического вербального галлюциноза антидепрессанты сочетаются с назначением нейролептиков антипсихотического действия: галоперидола, стелазина, этаперазина — в умеренных дозах. Состояния тревоги, страха, возбуждения корригируются нейролептиками широкого спектра действия, из которых предпочтительными являются тизерцин, соннапакс, не обладающие депрессогенным действием. Нельзя, однако, забывать, что лечение нейролептиками должно проводиться с осторожностью и при тщательном контроле за соматическим состоянием больных, уровнем артериального давления. Серьезным осложнением при длительном лечении нейролептиками больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга может быть развитие хронического паркинсонического синдрома с оральными гиперкинезами (непроизвольными движениями нижней челюсти в результате сокращений жевательных мышц), тремором рук и головы. При хронических психических заболеваниях сосудистого генеза с органическим снижением личности и начинающейся деменцией показано длительное курсовое лечение ноотроп-

ными препаратами. При глубоких степенях деменции возможно лишь симптоматическое лечение.

В комплексе лечения больных сосудистыми заболеваниями при сохранных интеллектуальных функциях и отсутствии деменции применяется психотерапия. Целью ее является перестройка отношения больного к своей болезни путем устранения излишней тревоги по поводу возможного неблагоприятного ее исхода. Нужно добиваться активного отношения больных к лечебно-профилактическим мероприятиям, имея в виду, что многие из них не следуют рекомендациям врача по поводу режима труда и отдыха, физической активности и диеты.

В легких случаях эффективны групповая терапия и гипнотерапия «в группе» с продолжительными сеансами по типу «сон — отдых». Сеансы проводятся вначале через 2 дня, а затем через 5—7—10 дней. Больным молодого и среднего возраста с развитым интеллектом и твердой направленностью на восстановление работоспособности и психического здоровья рекомендуется также аутогенная тренировка. После обязательных упражнений с вызыванием расслабленности, ощущения тяжести и тепла в теле дается формула самовнушения: «Я совершенно спокоен. В любой обстановке владею собой. Я хладнокровен, ничего не принимаю близко к сердцу. Мое сердце бьется мощно, спокойно, ритмично. Сосуды расширены, приятное тепло разливается по всему телу».

Глава XIII

Психические расстройства в связи с общими соматическими и инфекционными заболеваниями

Соматогенные и инфекционные психические заболевания представляют собой разнородную по этиологии, патогенезу, клинической картине и течению группу болезней. Объединение ее в единый комплекс болезненных расстройств обусловлено не столько теоретическими и в строгом смысле научными основаниями, сколько практической потребностью. Именно при этих формах психической патологии деятельность психиатра тесно переплетается с работой врачей-интернистов: терапевтов, хирургов, педиатров, инфекционистов и специалистов в других областях медицины. В большинстве случаев психиатр принимает участие в лечении больных этого профиля в качестве консультанта в соматическом стационаре или поликлинике. Практическая необходимость совместного обследования и лечения больных с соматогенными и инфекционными психическими заболеваниями врачами разных специальностей предусматривает неизбежное взаимопроникновение знаний, присущих разным медицинским дисциплинам. Для успешного курирования больных психиатр должен владеть основами соматической медицины, а врачу-интернисту необходимы знания из области психопатологии и психиатрии.

Не все соматические заболевания сопровождаются нарушениями психической деятельности, нуждающимися в психиатрической помощи. Но психика человека так или иначе принимает участие в формировании клинической картины лю-

бой соматической болезни. Речь идет о *внутренней картине болезни*, включающей, наряду с переживанием тягостных телесных ощущений, также и отношение к ним больного. Остро возникающее и тяжело протекающее заболевание ставит перед больным проблему выживания; потеря конечности в результате травмы или хирургического вмешательства ведет за собой неизбежную перестройку всего жизненного уклада человека, меняет его социальные отношения; венерическое заболевание возбуждает проблемы морально-этического характера, к которым больной не может остаться равнодушным.

Весь этот комплекс представлений о болезни и эмоционального отношения к ней составляет основу реакции личности на болезнь. Большой частью эта реакция не является патологической и представляет собой один из многочисленных вариантов отношения разных людей к своему здоровью. Поэтому она должна рассматриваться не в аспекте психиатрии, а в аспекте медицинской психологии, относящейся к компетенции врача любой специальности. Так, если страх перед хирургической операцией есть выражение естественного отношения здоровой, неизмененной личности к угрожающей ситуации, то право и обязанность поддержать больного морально должны быть предоставлены хирургу, хорошо знающему предмет и понимающему суть возникающих в его пределах проблем. Помощником его в сложных случаях может стать медицинский психолог. Роль психиатра в этих случаях заключается лишь в оказании помощи в дифференциации нормальной, естественной реакции на болезнь и проводимое лечение и психической патологии. Чрезмерное расширение компетенции психиатра в подобных случаях нерационально. В социально-психологическом отношении психиатрическое обследование и лечение было и остается небезопасным оружием. Истинный гуманизм психиатра заключается не в том, чтобы проявлять активность в обследовании и лечении больных с так называемыми «доклиническими» и «субклиническими» психическими реакциями, а в том, чтобы в каждом случае трезво оценить, будет ли помощь, оказываемая им больному, более весомой, чем воз-

можный моральный ущерб. Но там, где психическое состояние больного явно выходит за пределы нормы и образует психопатологический синдром (пограничный или психотический), психиатр обязан принять решение о диагнозе и дать рекомендации по поводу лечения и мер профилактики.

Соматогенные психические заболевания могут быть разделены на несколько групп в зависимости от соотношения психического и соматического факторов*.

Соматически обусловленные пограничные психические расстройства

Универсальной реакцией психики на серьезное или длительное соматическое заболевание является астенический синдром. Астения сопутствует соматическому и инфекционному заболеванию и может сохраняться после его завершения, ухудшая самочувствие человека, снижая его активность и работоспособность. Больные, у которых астенические расстройства выступают на первый план, часто не находят понимания у окружающих, включая медицинских работников, которые ждут, что субъективные переживания и жалобы пациента будут находиться в полном соответствии с данными объективного исследования его соматической сферы и что с угасанием симптомов телесной болезни должно восстановиться и ощущение физического благополучия. Сами больные нередко испытывают дискомфорт, связанный с астенией, но затрудняются дифференцированно отразить свои ощущения в самоотчете, убедить окружающих в своем недомогании. В связи с несоответствием внутренних ощущений собственным ожиданиям и ожиданиям окружающих они испытывают тревожное чувство вины и неудовлетворенности собой.

Личность реагирует на внутреннее напряжение (фрустрацию) посредством *защитных механизмов*, приводящих к развитию невротических симптомов: истерических, навязчивых,

* Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях выделяются в отдельную главу как в силу их особого значения в психиатрии, так и в силу существующих традиций.

ипохондрических. Астенния представляет собой биологическую основу этой реакции, но механизм отражения невротической тревоги в самосознании больного является психологическим. Разграничить и оценить отдельно вклад соматических и психогенных факторов в структуре возникающих пограничных психических расстройств чрезвычайно затруднительно; здесь существует большая опасность субъективных решений, которые могут неблагоприятно отразиться на судьбе больного.

Представляет теоретический и практический интерес понимание защитных реакций с позиций психоанализа З. Фрейда и его последователей. Невротические реакции рассматриваются ими как бессознательная попытка индивида защитить себя от состояния тревоги. Механизмы защиты не позволяют импульсам, вызванным неприемлемыми желаньями, проникнуть в сознание, что было бы для него деструктивным, вызвало бы страх, унижение. Важно отметить, что где бы ни использовался механизм защиты, всегда имеет место то или иное искажение реальности. Так, например, в упомянутом выше случае соматогенной астении при возникновении ипохондрической защитной реакции жалобы больного перестают соответствовать действительному состоянию внутренних органов, обмена веществ; они утрируют болезнь, искажая истинное состояние здоровья пациента.

Хорошо интегрированная гармоничная личность обладает большим набором защит и пользуется ими эффективно, с меньшим искажением реальности, чем менее адаптированная личность, обладающая лишь малым запасом примитивных защитных механизмов, проявляющих себя, например, в виде истерического припадка. Современная динамическая психиатрия связывает тот или иной механизм защиты с пережитыми субъектом в ранние периоды его жизни деструктивными конфликтами, формирующими личность пациента. Выявление этих конфликтов входит в задачу психотерапевта.

В качестве бессознательной психологической защиты от эмоционального напряжения часто выступает *регрессия* — воз-

вращение к инфантильным реакциям раннего периода жизни. Наиболее демонстративно она проявляется у детей с астенией, обусловленной цепочкой перенесенных соматических и инфекционных заболеваний. У младших школьников астенния проявляется снижением успеваемости, на уроках дети быстро утомляются, становятся рассеянными, могут заснуть, сидя за партой. Настроение у них колеблется, дети жалуются на скуку, неохотно выходят на прогулку. На фоне слабости и повышенной утомляемости легко возникают реакции раздражения с дерзкими поступками, которые тут же умягаются раскаянием и слезами. Чувство своей вины, страх потерять любовь родителей, быть оставленным ими служат причиной фрустрации. Бессознательная защитная реакция в виде невротических расстройств при этом проявляется в том, что ребенок начинает вести себя подобно дошкольнику, становится капризным, чрезмерно наивным, перестает проявлять самостоятельность в поступках. Если речь идет о маленьком ребенке, он утрачивает уже приобретенные навыки опрятности, фразовой речи, перестает проситься на горшок, ползает на четвереньках, сосет палец.

Другим частым бессознательным защитным механизмом является *проекция* — перенос вовне собственных желаний, установок, чувств, которые теперь приписываются другим. Примером может служить человек, не чувствующий себя в безопасности, переживающий чувство враждебности к другим людям, обиду. У него возникает ощущение, что его самого никто не любит, никто не хочет понять его тяжелого болезненного состояния, помочь и посочувствовать ему. Пассивным способом, позволяющим личности справиться с неприемлемыми для Я мыслями и чувством своей вины, является *рационализация*. Она позволяет оправдать с помощью благовидных способов собственное иррациональное или неприемлемое поведение, найти им понятное объяснение. Рационализация, например, позволяет оправдать собственную несостоятельность в работе или учебе плохим состоянием здоровья. Это ведет к психосоматическому отношению к своей болезни, «бегству в болезнь», что значительно снижает эффективность лечебно-восстановительных меро-

приятый. Оно может сочетаться с *субституцией* — подменой прежних своих планов более легкими и достижимыми целями; такой пациент бережет себя, предпочитая активной деятельности пассивный отдых, продуктивность его и труде падает. В детстве и в подростковом возрасте субституция приводит к тому, что больной оставляет свои прежние увлечения, сокращает круг знакомств, слабо учится, удовлетворяясь самыми скромными достижениями.

Описаны также и другие механизмы психологической защиты. Одна из них получила название *копинг-поведение*. В отличие от бессознательных способов защиты З. Фрейда оно осуществляется индивидом сознательно и направлено на активную адаптацию в условиях стрессовой ситуации — на сотрудничество с окружающими и поиск поддержки. Это может быть преодоление возникающих трудностей и конфликтов путем попыток отвлечься от них, переключиться на другую деятельность, на заботу о других, достижение давней цели. Такая волевая направленность на активное преодоление своей болезни, стремление любыми способами вернуться к полноценной жизни служит важным фактором восстановления здоровья и эффективности реабилитационных мероприятий.

Значительное место в структуре астенических и невротических расстройств при соматогенных и инфекционных психических заболеваниях с затяжным течением занимает депрессия. В случаях тяжелого, опасного для жизни заболевания (лучевая болезнь, злокачественное новообразование, СПИД и др.) она является прямым следствием тревожного, пессимистического отношения к болезни и ее исходу. Некоторые больные описывают это состояние, сравнивая его с чувством, которое должен испытать человек, отделенный невидимым барьером от мира людей с их чуждыми для него судьбами и интересами. Это чувство одиночества и обреченности может возникать также у больных с тяжелым косметическим дефектом, возникающим в результате поражения опорно-двигательного аппарата, при обезображивающих повреждениях лица. Связанные с ними психогенные факторы

наиболее остро переживаются в подростковом и юношеском возрасте.

Депрессивная окраска переживаний при соматических заболеваниях характерна также для пожилого и старческого возраста. При нем еще более стираются и без того нечеткие границы между пограничными психическими расстройствами и свойственным пожилому возрасту изменениями личности. Последние бывают обусловлены переживанием своей физической немощности, чувством неуверенности и незащищенности, ограниченном своих социальных контактов и ухудшением материальных условий жизни. Этому способствует распад семьи вследствие ухода из нее взрослых детей. Наличие депрессивных и астенодепрессивных симптомов при соматических заболеваниях всегда создает ситуацию повышенного риска и отношения возможного совершения больными суицидальных попыток.

Соматически обусловленные психоорганические расстройства

При некоторых соматических заболеваниях в результате нарушения метаболизма головного мозга могут возникать грубые цитотоксические изменения, приводящие к психоорганическим расстройствам. Известны, например, органические поражения головного мозга на почве острых и хронических заболеваний печени, таких как токсическая дистрофия, цирроз печени, рак, гепатохолестит. Неврологические их проявления сводятся к явлениям мышечной ригидности и акинеза, пирамидным симптомам, эпилептическим припадкам. В психическом статусе наблюдаются прогрессирующие астенические и энцефалопатические расстройства, депрессия с тревогой. В случае асцита преобладают вялость, апатия, сонливость, иногда легкое оглушение сознания. На этом фоне могут возникать психосенсорные нарушения по типу расстройства «схемы тела», что свидетельствует о развитии энцефалопатического синдрома. Особого внимания заслуживают психические расстройства в случае наложения портоканального анастомоза. В отдаленном периоде после хирурги-

ческого вмешательства больные становятся замкнутыми, подозрительными, появляются ворчливость, склонность к конфликтам, часто возникают вспышки гнева, истерические симптомы, сменяющиеся эйфорическим настроением; наблюдалось также развитие органической деменции (М. В. Коркина и М. А. Цивилько).

Эндефалопатический синдром может возникать при хронической почечной недостаточности с явлениями уремии. Во II—Б периоде терминальной уремии возникают психозы с нарушением сознания по типу делириозного или делириозно-онейроидного синдрома. Иногда они непосредственно возникают вслед за эпилептическим припадком во время проведения первого гемодиализа. Больные бывают возбуждены, плохо понимают смысл происходящих вокруг них событий, испытывают зрительные галлюцинации, оказывают сопротивление медицинскому персоналу при проведении лечебных процедур. Подобное состояние может длиться до 1—2 сут. и чередуется со сном. При нарастании уремии возбуждение сменяется глубоким оглушением сознания и затем комой.

Наиболее тяжелым осложнением при длительном лечении гемодиализом является острая диализная энцефалопатия с явлениями деменции. Ранним ее признаком является расстройство речи с нарушением артикуляции — по типу заикания. Далее наступает распад памяти, гнозиса, праксиса, углубляемый резким ослаблением активного внимания. Нарушаются инстинктивные влечения, появляются булимия, влечение к самоповреждениям. В финале развивается тяжелый апатический ступор с мутизмом. Неврологические симптомы свидетельствуют о вовлечении в процесс ретикулярной формации мозгового ствола и стриопаллидарной системы. В целом картина напоминает прогрессирующее слабоумие при болезни Альцгеймера. Вероятным его механизмом является алюминийевая интоксикация в процессе гемодиализной терапии (В. Н. Южаков).

Разнообразные пограничные и психоорганические расстройства наблюдаются при эндокринных заболеваниях и болез-

нях обмена веществ. Среди них наиболее распространенными являются психические нарушения, связанные с патологией сахарного обмена. Энцефалопатический синдром может возникать при сахарном диабете. Основанием к нему в основном служит атеросклероз, пособником которого является сахарный диабет. Наряду с нервно-психическими нарушениями, сходными с наблюдающимися при любых сосудистых заболеваниях головного мозга, при нем могут возникать острые психотические эпизоды, связанные с инсулиновой терапией и происходящими при передозировке инсулина гипогликемическими состояниями. Последовательность возникающих при этом симптомов такова: появляется чувство усталости, голода, тошноты, головокружения. Возникают бледность кожных покровов, гипергидроз. Затем наступает оглушение сознания, сопровождающееся хаотическим возбуждением с бессвязной речью, переходящей в нечленораздельные выкрики. Характерными бывают также клонические судороги, а иногда наблюдается генерализованный судорожный эпилептический припадок. Артериальное давление резко снижено. Может наступить спонтанный выход из гипогликемического состояния, но чаще оно завершается комой.

Сходные состояния с нарушениями сознания могут наблюдаться при спонтанной гипогликемии вследствие аденомы поджелудочной железы или инсуломы. Большое значение их своевременной диагностики состоит в том, что ошибка в распознавании гипогликемии нередко влечет за собой летальный исход.

К соматически обусловленным психическим расстройствам, связанным с воздействием на организм человека повреждающих факторов внешней среды, могут быть отнесены нарушения нервно-психической деятельности, возникающие под влиянием промышленных вредностей. Научное направление, изучающее патогенное действие на психику человека химических и физических агентов современного производства (промышленные яды, ионизирующее излучение, электромагнитные колебания СВЧ-диапазона и др.), получило название

экологическая психиатрия (Ю. А. Александровский). Огромное количество экологических факторов, которые при определенных условиях могут стать патогенными в отношении высшей нервной деятельности, исключает возможность распознавания специфических для каждого вида вредности психических расстройств. Организм и психика реагируют на них типовыми нарушениями нервно-психической сферы, выработанными в процессе эволюции человека. Последовательно возникают астения, невротические и соматовегетативные симптомы, эидеопатический синдром. Их характер, степень выраженности и течение болезни зависят от интенсивности и длительности повреждающего воздействия, от реактивности организма, дополнительных патогенных влияний, включая условия быта, психогению, сопутствующие соматические заболевания, алкоголизацию, а также от структуры личности заболевшего. В отдельных случаях под влиянием промышленных вредностей большой интенсивности и длительности могут наблюдаться острые бредовые и шизоаффективные расстройства, возникающие на фоне тяжелой астении или органического снижения личности. Примером могут служить острые бредовые психозы вследствие длительного воздействия СВЧ-излучения (радиоволновой болезни) в условиях производства, описанные В. С. Чудиновским, Т. Н. Орловой и И. В. Чудиновской.

К психоорганическим расстройствам, обусловленным соматическими и инфекционными заболеваниями, можно с известной долей условности отнести также психические расстройства в связи с детским церебральным параличом (ДЦП). Причиной его служат вредные факторы, действующие на центральную нервную систему плода в период беременности матери, включая инфекционные заболевания: краснуху, грипп, листериоз, токсоплазмоз и др. Острая фаза заболевания, таким образом, приходится на самый ранний период онтогенеза, еще до начала развития у ребенка сложной психической деятельности.

Основу детского церебрального паралича составляют неврологические нарушения, характер и тяжесть которых зависят

от тяжести и преимущественной локализации поражения головного мозга. Психические расстройства наблюдаются в 30—40 % случаев заболевания. К ним относят, в частности, задержку психического развития. В легких случаях она проявляется психическим инфантилизмом с реакциями гиперкомпенсации в виде патологического фантазирования («На меня десять человек напали, я их всех раскидал!»). В тяжелых случаях наступает олигофреническое слабоумие разной степени выраженности. Важно при этом отметить, что внешние больные ДЦП производят впечатление людей с более глубокой степенью умственной отсталости, чем это есть на самом деле. Такое впечатление создается благодаря сопутствующим неврологическим симптомам: судорогам лицевых мышц с характерными для них «grimасами», явлениями моторной алалии, гиперсаливации. Это нужно учитывать при диагностике степени умственной отсталости и выборе реабилитационных медико-педагогических мероприятий.

У некоторых больных наблюдается энцефалопатический синдром с присущими ему ригидностью мышления, психомоторными и психосенсорными пароксизмами, судорожными припадками. Наблюдается также патологическое формирование характера по типу «органической» психопатии. Все эти изменения в той или иной форме сохраняются у больных и зрелом возрасте.

Соматически обусловленный экзогенный тип реакции (ЭТР)

Этот тип реакции наблюдается при острых соматических и инфекционных заболеваниях, при ожоговой болезни, при травматических повреждениях туловища и конечностей, при различной соматической патологии, сопровождающейся тяжелой интоксикацией организма. К этой же группе психических заболеваний следует отнести также острые психозы, возникающие в связи с серьезным хирургическим вмешательством по выходе больного из состояния наркоза. Несмотря на большие различия патогенных факторов, вызывающих острые психотические расстройства при этих формах заболе-

ваний, общим для них является интоксикация организма. Различают специфическую интоксикацию, вызываемую действием токсинов, которые выделяются возбудителем инфекционного заболевания, и неспецифическую, которая связана с действием токсических продуктов, образуемых в тканях организма при некротических и воспалительных процессах вне зависимости от вида патогенной вредности. В случае проикновения через гематоэнцефалический барьер они вызывают нарушения функций головного мозга, среди которых на первый план выступают расстройства сознания с психотическими симптомами.

За годы своего развития психиатрия «переболела» бесплодными попытками найти характерные для каждого вида соматической вредности психические расстройства. Если и удавалось установить тип наиболее часто встречающихся ЭТР при вирусном гриппе, ревматизме, клещевом энцефалите и других болезнях, то это, как правило, зависело не от специфических свойств патогенной вредности, а от остроты, тяжести и темпа развития соматического заболевания, наличия или отсутствия эффективных методов его лечения. Существенную роль играют также особенности реактивности организма и возраст больного.

В детском возрасте острые психотические состояния при соматических и инфекционных заболеваниях встречаются особенно часто. Кратковременные расстройства сознания на высоте лихорадочного состояния, при травмах и ожогах в повседневной медицинской практике даже не рассматриваются как психические нарушения и потому не учитываются в медицинской статистике. В быту о них говорят: «Ребенок бредит». Между тем речь все же идет о психических расстройствах разной психопатологической структуры, во многом определяемой возрастом больного, характером основного заболевания и сопутствующими патогенными факторами, такими как невропатия в раннем детстве, резидуальные органические изменения головного мозга; и пр.

У детей младшего возраста, от 0 до 3 лет, типичной реакцией на острое экзогенное заболевание и лихорадочное со-

стояния служит астенический синдром, который проявляется уже в продромальном периоде болезни. Астения незаметно переходит в состояние оглушения сознания. Дети выглядят заторможенными, вялыми, безучастными к окружающему, на вопросы не отвечают или отвечают с большой задержкой. В тяжелых случаях оглушение легко перерастает в сопор или кому.

В дошкольном и младшем школьном возрасте на фоне снижения уровня бодрствования у детей с большой легкостью возникают делириозные и онейроидные состояния. Чаще всего эпизоды сновидного нарушения сознания проявляются вечером и ночью и бывают кратковременными. Появляются двигательное беспокойство, страх, ребенок кричит, отталкивает от себя родителей, закрывает лицо руками. В других случаях он в страхе забивается в угол, что-то шепчет, ищет в складках одеяла. Все поведение отражает у него наличие иллюзий и галлюцинаций, преимущественно зрительных. Как выясняется потом, ему казалось, что «страшный старик забрал в мешок тетеньку и дяденьку, мою маму», «голова оторвалась и летит в воздух» и т. п. Эти патологические переживания обычно исчезают, когда ребенок засыпает, или к утру. Сравнительно редко нарушения сознания со сновидными переживаниями затягиваются до 1—2 нед., усиливаясь в ночное время и ослабляясь днем; они могут продолжаться даже некоторое время после прекращения лихорадочного состояния. В завершение делирия наступает астения, иногда затягивающаяся на продолжительное время.

В зрелом возрасте наиболее распространенной реакцией на воздействие экзогенной вредности остается астенический синдром со всеми присущими ему особенностями. ЭТР с психотическими расстройствами встречается значительно реже, чем у детей, и наблюдается либо при воздействии массивной экзогенной вредности в угрожающем жизни состоянии, либо под влиянием дополнительных патогенных факторов, чаще всего алкоголя. Как сообщает Б. А. Трифонов, в связи с происшедшим за последние десятилетия патоморфозом соматогенных психических заболеваний отме-

чается резкое снижение удельного веса синдромов расстроенного сознания (с 65,6 до 18,1 %) при параллельном росте числа синдромов с астеническим радикалом: астено-депрессивных, астеноипохондрических. Одновременно констатируется значительное уменьшение доли некоторых соматогенных заболеваний: в 2—3 раза уменьшилось число психозов в связи с пневмониями, родовыми инфекциями, хроническим тонзиллитом, болезнями почек, ревматизмом, раковой болезнью, но примерно во столько же раз увеличилась доля психических расстройств в связи с бронхиальной астмой, болезнями печени и желчных путей, эндемическим зобом. Одной из основных особенностей патоморфоза является значительное сокращение числа наблюдаемых психотических форм, в связи с чем в настоящее время более обоснованно можно говорить о «соматогенных психических заболеваниях», а не о «соматогенных психозах».

При тяжелых, угрожающих жизни соматических и инфекционных заболеваниях нарастающая астения приводит к астенической *спутанности сознания*, проявляющейся затруднениями концентрации активного внимания и нарушением связности и последовательности суждений. На высоте астенической спутанности развивается подострый делирий (аменция), сопровождающийся хаотическим двигательным возбуждением в пределах постели на фоне аффекта недоумения и растерянности. Делуриозные переживания при этом синдроме возникают эпизодически и занимают небольшое место в картине заболевания. Характер их устрашающий: видятся горящие костры, пляшущие вокруг них человечки, слышатся разрывы снарядов, крики о помощи. При утяжелении состояния больного двигательное возбуждение угасает и сменяется беспокойными движениями пальцев рук, перебирающих одежду (в народе говорят: «Больной обирается»). Вслед за этим наступает кома с угрозой летального исхода.

При благоприятном исходе соматического или инфекционного заболевания обычно наступает психическое выздоровление. Но если в результате вовлечения в процесс центральной нервной системы сохраняются стойкие резидуально-орга-

нические изменения и головном мозге, наблюдается энцефалопатический синдром с органическим снижением личности. На этом фоне спустя несколько месяцев или лет самостоятельно или под действием дополнительных вредностей (черепномозговая травма, алкоголизация и др.) легко возникают эпилептические припадки или формируется картина органического, чаще вербального, галлюциноза. Глубокий распад интеллектуальных функций в форме приобретенного слабоумия (деменции) наблюдается довольно редко и лишь в случаях обширных и тяжелых поражений головного мозга воспалительным процессом.

Лечение

Лечение соматогенных и инфекционных психических заболеваний определяется их этиологией, патогенезом и особенностями психопатологического синдрома. Во всех случаях основное внимание уделяется лечению соматического заболевания, проводимого обычно врачом-интернистом. Участие психиатра требуется тогда, когда психические расстройства занимают большое место в картине заболевания и препятствуют проведению основных терапевтических мероприятий. Подобная ситуация возникает при нарушениях сознания, сопровождающихся страхом и психомоторным возбуждением. Купирование его в большинстве случаев возможно в условиях терапевтического стационара, и необходимость перевода больного в психиатрическое учреждение не возникает. Наиболее эффективно парентеральное введение нейролептиков: аминазина, тизерцина, галоперидола и др. Однако применять их следует с большой осторожностью, памятуя об их возможном токсическом влиянии на печень и почки и об опасности снижения артериального давления. Наиболее безопасным способом купирования возбуждения является внутривенное введение раствора седуксена (реланиума). Помещение в психиатрическую больницу становится необходимым лишь при затяжном течении экзогенного психоза, например при подостром делирии, продолжающемся на протяжении нескольких недель. В этом случае больной помещается в соматическое отделение больницы, где его ле-

чение проводится совместно психиатром и врачами-интернистами (терапевтом, инфекционистом, онкологом и др.).

При хронических психических заболеваниях вследствие резидуально-органического поражения центральной нервной системы (энцефалопатический синдром, органический галлюциноз, деменция) лечение больных проводится в психиатрических учреждениях, желательнее при участии консультанта-невропатолога. Методы лечения не отличаются от таковых при аналогичных синдромах травматического или сосудистого генеза.

Особого внимания заслуживает лечение больных со стойкими астеническими расстройствами соматогенной природы. При упорных и значительно выраженных астенических симптомах хороший терапевтический эффект дает курсовое лечение ноотропами. Применяются церебролизин, другие биологические стимуляторы, поливитаминотерапия. Положительно зарекомендовали себя инъекции малых доз инсулина (4-8 ед.) в сочетании с внутривенным введением 40%-го раствора глюкозы, подкожные инъекции кислорода. Применяются стимуляторы растительного происхождения: препараты аралии маньчжурской, элеутерококка, китайского лимонника, корня женьшеня. При наиболее тяжелых и терапевтически резистентных формах астении и при отсутствии соматических противопоказаний с успехом используются анаболические стероиды: неробол, ретаболл. При астенодепрессивных состояниях с выраженной тревогой назначают также умеренные дозы антидепрессантов, которые хорошо переносятся и не дают выраженных побочных эффектов (азафен, фторацизин, центедрин, анафрайл, лудиабил), в сочетании с транквилизаторами и небольшими дозами нейролептиков с выраженным противотревожным действием (хлорпроксен). Важно применение реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление трудоспособности и социальную адаптацию больного, санаторно-курортное лечение. Во всех случаях затяжного и хронически текущего заболевания требуется психотерапия.

Психические расстройства в связи с травмами головного мозга

Психические расстройства при черепномозговых травмах (ЧМТ) относятся к частой форме патологии, причем в большинстве случаев речь идет о закрытых травмах черепа. Частота психических нарушений при ЧМТ в годы Великой Отечественной войны достигала 68 %; в мирное время она не превышает 18-25 %. До 10 % больных, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах, страдают психическими заболеваниями травматического генеза. В мирное время 80 % ЧМТ связаны с дорожно-транспортным и бытовым травматизмом; большая их часть падает на детский возраст. Имеются данные о том, что у 5 % учащихся 6-8 классов средней школы отмечаются легкие астенические расстройства, связанные с перенесенными ранее ЧМТ. Значение их в патологии нервно-психической деятельности детей и взрослых тем более велико, что они могут служить источником таких распространенных заболеваний, как задержка психического развития, эпилепсия, а также способствуют развитию неврозов, алкоголизма и многих других расстройств психической деятельности.

Патогенез

Основным патогенетическим фактором, приводящим к развитию травматических психических расстройств, является органическое поражение вещества головного мозга, его оболочек и сосудов. В остром периоде травматической болезни и зависимости от тяжести травмы наблюдается большой диапазон органических повреждений головного мозга — от небольшого отека и редких точечных кровоизлияний до тя-

желых поражений с некрозом обширных участков мозговой ткани, выраженными сосудистыми и ликвородинамическими нарушениями, дистрофическими изменениями нервных клеток. В отдаленных периодах обнаруживаются хронический отек головного мозга, наружная и внутренняя гидроцефалия, кистозные расширения субарахноидальных пространств. Микроскопически выявляется сморщивание тел нервных клеток и их отростков, деструкция ядер, локальная атрофия мозгового вещества, фиброз оболочек мозга. Большое значение в механизмах нарушения высшей нервной деятельности имеет возникающая при этом гипоксия. С большим постоянством обнаруживается повышение внутричерепного давления, хотя в 8-10 % случаев, напротив, имеет место внутричерепная гипотензия.

Существенную роль в патогенезе психических нарушений при ЧМТ играют дополнительные вредные воздействия, особенно психогения, хронические заболевания внутренних органов, церебральный атеросклероз, алкоголизм. Последний столь часто осложняет течение травматической болезни у взрослых, что вызывает большие затруднения в оценке относительной роли травматического и токсического факторов в происхождении тех или иных расстройств психической деятельности.

Травматические психические расстройства с началом в детском возрасте

Одной из частых причин нарушений развития психической деятельности в детском возрасте является внутричерепная родовая травма. Вызываемые ею органические изменения головного мозга при легких травмах могут быть незначительными. При травмах средней и тяжелой степени наблюдаются разрывы венозных синусов и кровеносных сосудов с кровоизлияниями в вещество головного мозга, разнообразные его изменения — от незначительной дистрофии нервных клеток до выраженного некроза нервной ткани.

Родовая травма приводит к появлению разнообразных неврологических симптомов поражения центральной нервной

системы у детей и изменений со стороны высшей нервной деятельности. Дети отличаются капризностью, плаксивостью, плохо спят по ночам. В наиболее выраженных случаях развивается синдром невропатии. Характерна также задержка психомоторного развития: дети с опозданием начинают держать головку, сидеть, стоять, ходить, фиксировать взгляд, произносить первые слова. В большинстве случаев нарушения психического развития, так же как и неврологические симптомы, в дальнейшем постепенно сглаживаются. Но сохраняется повышенная ранимость центральной нервной системы в отношении психогений, инфекционных агентов, различных интоксикаций и повторных черепно мозговых травм. Резидуальные явления травматических повреждений могут «накапливаться», и потому наиболее тяжелые нервно-психические расстройства вследствие поражения мозга травматического генеза обычно встречаются у тех больных, у которых в анамнезе имеются повторные черепно мозговые травмы, начиная с периода родов. Последствиями наиболее тяжелых травматических поражений у детей становятся стойкие психические расстройства в форме патологического формирования характера по типу «ядерной» психопатии, эпилепсии, олигофрении. В их происхождении играют роль также и факторы наследственного предрасположения.

Черепно мозговая травма у детей дошкольного и младшего школьного возраста значительно чаще, чем у взрослых, осложняется психическими нарушениями. В остром периоде после выхода из состояния комы или оглушения сознания отмечается резко выраженная астения, проявляющаяся слабостью, вялостью, чрезвычайной раздражительностью и капризностью, плаксивостью с разнообразными вегетативными симптомами. У детей младшего возраста характерным бывает также нарушение речи в виде заикания или полного ее прекращения (мутизма). Могут возникать судорожные припадки.

На протяжении первых 6-8 недель после травмы нередко возникают острые травматические психозы. Для них характерны аффективные расстройства в виде смеси двух состоя-

ний: при одном из них наблюдается дисфория в сочетании с вялостью, заторможенностью, иногда на фоне легкого нарушения сознания; при другом — эйфория с двигательным беспокойством, прожорливостью, расторможением сексуальных влечений; ребенок при этом непрерывно говорит, хохочет пристаёт ко всем с объятиями и поцелуями. Могут также возникать психосенсорные расстройства в виде нарушений «схемы тела»: дети отмечают, что «голова стала большая... Язык не умещается во рту...». Бывают явления дереализации: окружающие предметы видятся изменёнными в размере, удалившимися или приблизившимися, искажёнными по форме. Все эти симптомы связаны со снижением уровня бодрствования, оглушением сознания, о чем можно судить после завершения психоза по наличию амнезии многих событий острого периода заболевания.

Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы у детей чаще всего проявляются стойким астеническим синдромом. В целом приспособляемость их к жизненным условиям бывает удовлетворительная, благодаря старательности и аккуратности дети могут усваивать школьную программу, хотя и в замедленном темпе. Однако любое соматическое заболевание, психические перегрузки вызывают обострение симптомов астении. При резко выраженном астеническом синдроме может наступить задержка психического развития, трудно отличимая от истинной умственной отсталости.

Большую проблему представляет патологическое формирование характера, связанное с перенесенной черепно-мозговой травмой. У детей проявляется агрессивность, грубость, жестокость с садистическим стремлением мучить животных, причинять боль себе и другим людям. Такие дети трудны для воспитания, плохо уживаются в детском коллективе. В подростковом возрасте социальная адаптация нередко еще более нарушается. Подростки легко включаются в асоциальные группы сверстников, склонны к употреблению алкоголя, других психоактивных средств, к совершению хулиганских действий и других преступлений. Все же, несмотря на стойкость этих явлений, сохраняются широкие возможности

ти компенсации. Это позволяет в условиях упорного лечения последствий черепно-мозговой травмы и правильного воспитания добиться гармонизации поведения и включения подростка в трудовую деятельность.

Травматические психические расстройства с началом в зрелом возрасте

В остром периоде травматической болезни у лиц зрелого возраста наблюдаются те же симптомы, что и в раннем периоде жизни: кома, сопор, оглушение сознания и сменяющая их астеня. Но в отличие от детей граница между нарушенным и ясным сознанием у взрослых бывает более отчетливой, при восстановлении ясного сознания больные в большей степени сохраняют возможность управлять своим поведением, руководствуясь установками на здоровье или болезнь. Благодаря этому разнообразие психологических реакций на свою слабость и беспомощность, вызванную физической травмой, у взрослых велико и во многом зависит от особенностей их преморбидной личности. В зависимости от нее астеня как следствие физической травмы несет на себе черты оптимистической настроенности на выздоровление или, напротив, ипохондрическую окраску. На первый план в ее картине выступают ранее скрытые черты акцентуации характера: аффективно-лабильные, педантические, демонстративные и др. Они могут даже перекрывать внешнее проявление основных астенических симптомов.

В течение первых шести недель от начала острого периода травматической болезни на фоне астении могут возникать острые травматические психозы. Они проявляются в форме делириозного нарушения сознания со страхом, психомоторным возбуждением, разнообразными сновидными галлюцинациями. Продолжительность психоза бывает от нескольких часов до нескольких дней. Наиболее тяжелые делириозные явления наблюдаются у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

В случае тяжелого травматического повреждения головного мозга после выхода из коматозного состояния или после

острого травматического психоза у больного может развиваться корсаковский амнестический синдром. Фиксационная амнезия нередко сочетается с нелепыми фантастическими измышлениями (конфабуляциями): больные принимают больницу за вокзал, врача — за своего родственника, высказывания их бывают непоследовательны и порой бессвязны; в последнем случае нужно искать у больного амнестическую или сенсорную афазию, другие нарушения высших корковых функций. На фоне возникающей эйфории наблюдаются раздражительность, гневливые реакции, бурные эмоциональные вспышки с рыданием. Больные в таком состоянии совершенно беспомощны, в больнице не находят своей палаты, не могут пользоваться ложкой при еде, самостоятельно пользоваться туалетом.

Острый период длится от нескольких дней до нескольких недель. Если при этом не наступает тяжелых осложнений с летальным исходом, он завершается постепенным ослаблением нервно-психических нарушений; в благоприятных случаях наступает практическое выздоровление. Однако, как и при начале травматической болезни в детском возрасте, при повторных черепно-мозговых травмах имеет место «накопление» тяжести резидуальных симптомов и легко может наступить стойкая декомпенсация состояния больного. Этому способствуют психические конфликты, хронические соматические заболевания и, особенно, алкоголизация. Характерно раннее развитие и тяжелое течение церебрального атеросклероза.

Хроническое течение психических расстройств в отдаленном периоде травматической болезни в 60 % случаев проявляется посттравматической энцефалопатией. Работоспособность больных при этом снижается, они жалуются на повышенную утомляемость, головные боли при малейшем умственном напряжении, поэтому ограничивают круг своей деятельности, «щадят себя». Физическое и умственное утомление вызывает у них вспышки раздражения, слезливость, выраженные вегетативные реакции, после чего наступает раскаяние в своей несдержанности с унынием и слезами. Постоян-

ны жалобы на забывчивость, нарушения ночного сна, головокружения. Все эти симптомы отчетливо усугубляются в связи с переменной погоды, особенно в весеннее и осеннее время года, в жару, в духоте. Больные плохо переносят нагрузки на вестибулярный анализатор: поездки в машине, полеты в самолете, мелькание предметов перед глазами при просмотре телевизионных передач и кинофильмов.

Редким, но тяжелым осложнением травматической болезни головного мозга является развитие деменции. Обычно она возникает после тяжелых травм с переломом основания черепа, внутричерепным кровоизлиянием или обширным размягчением лобных и височных отделов мозговой коры, а также после повторных тяжелых травм.

Лечение

В острой стадии травматической болезни головного мозга правильно проводимое лечение является важным условием профилактики последующих нервно-психических расстройств. При глубоком нарушении сознания непосредственно после травмы (сопор, кома) патогенетическая терапия направлена на борьбу с повышением внутричерепного давления и отеком мозга, повышенной проницаемостью кровеносных сосудов, ведущим к кровоизлияниям в мозговое вещество. С этой целью с момента поступления больного на стационарное лечение начинается внутривенное капельное введение 25%-го раствора сернокислой магнезии, 10%-го раствора хлористого кальция, маннитола. Вводятся также мочегонные средства (лазикс), витамин В₁, кортизон, кокарбоксилаза, а при ацидозе — раствор бикарбоната натрия. Большое значение придается раннему началу введения ноотропных препаратов, особенно пирацетама (ноотропила) внутривенно в дозе от 6 до 20 г препарата в сутки, что значительно повышает устойчивость нервных клеток к гипоксии, приводит к восстановлению рефлекторной деятельности мозга и сокращению длительности расстройства сознания. В период реконвалесценции ноотропные препараты назначают внутрь в течение 1—2 мес.; курс лечения повторяется с пере-

рывами 2-6 мес. Используется также гипербарическая оксигенация.

Нужно учесть, что в случаях понижения внутричерепного давления в остром периоде травматической болезни дегидратационная терапия не показана; в этих случаях применяется введение больших количеств 5%-го раствора глюкозы внутривенно.

В стадии отдаленных последствий применяется дегидратационная (при повышении внутричерепном давлении), стимулирующая, общеукрепляющая терапия. В периоды ухудшения состояния при травматической энцефалопатии назначаются также ангиопротекторы, лидаза, церебролизин, экстракт алоэ, фосфеи, поливитамины. При повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности применяют транквилизаторы и седативные препараты, при высокой истощаемости — стимуляторы центральной нервной системы. Больные должны воздерживаться от употребления алкоголя даже в малых количествах. Во всех случаях показана психотерапия, которая проводится так же, как при неврозах.

Систематическая патогенетическая терапия последствий закрытой черепно-мозговой травмы позволяет добиться у большинства больных стойкой компенсации болезненного состояния. Однако почти в четверти случаев болезнь принимает волнообразное течение с периодическими обострениями, а в 10 % случаев — хроническое прогрессирующее течение.

Наркология

Глава XV

Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

Учение о психических расстройствах, возникающих вследствие употребления психоактивных веществ, относится к медицинской дисциплине, отделившейся в России и в ряде других стран от психиатрии и обозначаемой как наркология. Этот раздел медицины опирается на организацию специализированной сети учреждений для оказания лечебно-профилактической, медико-социальной и медико-юридической помощи больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

Классификация психических расстройств, вызываемых психоактивными веществами, в МКБ-10 претерпела существенные изменения. Алкоголизм в ней не выделяется в особую группу, и алкоголь не рассматривается в качестве агента, принципиально отличного от прочих химических веществ, вызывающих пристрастие к употреблению. Он входит в общую группу психоактивных веществ, под которыми понимаются вещества различного происхождения и с разными свойствами, которые способны оказывать непосредственное влияние на чувствительные к ним рецепторы центральной нервной системы, вызывая психические изменения. К ним относятся вещества растительного происхождения и любой другой природы, лекарственные препараты и химические вещества, которые не могут быть предписаны врачом, наркотики и ненаркотические средства. Тяжесть психических расстройств, вызываемых их употреблением, колеблется от неосложненного и временного состояния опьянения до выраженных психотических нарушений и деменции. К болезни относится *злоупотребление* (употребление, наносящее вред, саморазрушающее поведение), если оно постоянно и

протяжении не менее месяца или возникает повторно в течение не менее 12 мес.

Различные психоактивные вещества при введении в организм могут вызывать явления острой интоксикации, приводящей к нарушению сознания, восприятия и мышления, эмоций и других психических функций, оказывают влияние на общее состояние организма и вегетативную регуляцию. Они отражают особенности действия каждого из этих веществ на организм человека. Но специфичность их действия на психические функции не следует преувеличивать. Психопатологические симптомы интоксикации зависят от дозы и состояния реактивности тех или иных систем организма. Например, угнетающие психическую деятельность психотропные лекарственные вещества могут вызвать симптомы оживления или гиперактивности, а стимуляторы — уход от себя и аутистическое поведение. Действие таких веществ, как гашиш или галлюциногены, практически вообще непредсказуемо. Алкоголь в низких дозах обладает стимулирующим эффектом, с увеличением дозы он вызывает возбуждение и гиперактивность, а в очень больших дозах — чисто седативный эффект. Кроме того, психические изменения при острой интоксикации отражают влияние социальных факторов. Так, поведенческая активность и расторможенность при приеме алкоголя может отражать не только биологический эффект от употребления данного препарата, но и ситуацию: праздник, поминки и т. п.

Идентификация психоактивного вещества, вызвавшего острую интоксикацию, осуществляется на основе заявления самого пациента, других сообщений из информированных источников (заявления родственников и других лиц, знающих пациента), нахождения у пациента наркотика, а также данных соматического обследования. Врач, проводящий освидетельствование, должен не только констатировать сам факт потребления алкоголя и других психоактивных веществ, но и правильно квалифицировать состояние обследуемого, поскольку диагностика служит медицинским критерием определяемых законом правонарушений, связанных с состоянием опьянения. В протоколе освидетельствования подробно излагаются сведения о внешнем виде освидетельствуемого

лица, его поведении, эмоциональном фоне, речи, вегето-сосудистых реакциях, состоянии двигательной сферы. При этом нужно учесть, что проведение меднщиского освидетельствования само по себе нередко является мощным психогенным фактором, в ответ на который могут возникать эмоциональные реакции, маскирующие симптоматику опьянения. В связи с этим необходимо строгое соблюдение порядка осмотра испытуемого и корректности проводимой процедуры. Клиническое обследование должно предвдять лабораторные тесты, и результаты испытания не сообщаются обследуемому до окончания всей процедуры освидетельствования.

Лабораторное освидетельствование производится в химикотоксикологической лаборатории, где осуществляется определение наличия и концентраций в организме алкоголя и других психоактивных веществ. При проведении экспертизы состояния опьянения оно является обязательным. Характер и последовательность проведения биологических проб определяются врачом в зависимости от особенностей клинического состояния испытуемого. Врач при составлении общего заключения должен установить одно из следующих состояний:

- трезв, признаков потребления алкоголя нет;
- установлен факт употребления алкоголя, признаки опьянения не выявлены. Диагностируется при наличии отдельных признаков действия алкоголя (покраснение склер глаз, горизонтальный нистагм, положительные координаторные пробы) в сочетании с запахом алкоголя изо рта и выявленнем алкоголя в выдыхаемом воздухе химическим способом, подтвержденным положительными результатами хроматографического определения алкоголя в крови в концентрации от 0,4 до 1‰;
- алкогольное опьянение, которое включает в себя патологические изменения в психической сфере и поведении, расстройства в системе вегето-сосудистой регуляции, двигательные нарушения, запах алкоголя изо рта, положительные химические реакции на этиловый спирт, положительные результаты хроматографического определения алкоголя в крови в концентрации от 1‰ и выше;

— состояние одурманивания, вызванное наркотическими или другими неалкогольными психоактивными веществами.

По рекомендации Комитета ООН по контролю за использованием наркотиков, требуется определение в биологических средах организма следующих психоактивных веществ: опиаты, канибиониды, амфетамины и их производные, кокаин, бензодиазепины и их производные, галлюциногены. Анализ наркотических и других одурманивающих веществ, в отличие от определения алкоголя, имеет цель установления факта присутствия этих веществ независимо от тяжести состояния, то есть их найденных количеств.

Острая интоксикация, если она не заканчивается тяжелым поражением организма и летальным исходом, — преходящее явление. Ее интенсивность со временем уменьшается, а затем действие вещества прекращается. Тяжелые интоксикации, угрожающие жизни и здоровью, требуют оказания медицинской помощи в отделениях реанимации, в терапевтических или других соматических медицинских учреждениях. Психиатр или нарколог могут участвовать в обследовании и лечении больных в качестве консультантов. Их роль возрастает по мере того, как выясняется факт болезненного пристрастия пациента к употреблению того или иного вида психоактивного вещества и формирования синдрома зависимости.

Синдром зависимости

Этот синдром представляет собой сочетание физиологических и психологических явлений, при которых употребление вещества или класса психоактивных веществ начинает занимать главное место в системе ценностей индивида. Все прочие жизненные интересы начинают уступать этому употреблению, все больше времени требуется для приобретения психоактивного вещества, его приема и восстановления после его действия. Таким образом, основной характеристикой синдрома зависимости становится *потребность* (часто сильная и неодолимая) применять психоактивное вещество.

Психологическое понятие потребности в психопатологии приобретает свойства compulsивного влечения, полностью

или частично выходящего из-под сознательного контроля субъекта. Под влиянием этого влечения субъект совершает сложные и внешне, казалось бы, осмысленные действия. Однако мотивы их (зачем и с какой целью) в момент совершения самого действия и действительности не осознаются; субъект не сопротивляется своему влечению, пока не получит удовлетворения своей потребности. Субъективное осознание своего влечения к психоактивному веществу или группе веществ происходит лишь тогда, когда делается попытка прекратить или ограничить их употребление под влиянием социально сдерживающих факторов (угроза потери семьи, работы, вредные последствия для здоровья). Тогда в действие вступает важный признак синдрома зависимости — состояние абстиненции (физической зависимости). Под абстиненцией понимается группа симптомов различного характера, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приема психоактивного вещества. Степень тяжести абстиненции бывает различной и колеблется от легкого беспокойства и тревоги со снижением настроения и нарушением сна до угрожающего жизни тяжелого состояния с резко выраженными метаболическими и соматовегетативными изменениями, судорожными припадками и депрессией с психотическими симптомами. Длительность абстиненции также колеблется в широких пределах — от нескольких часов до месяца и более. В течение всего ее поддержания пациент испытывает потребность прервать ее путем употребления привычного психоактивного вещества или любого другого вещества, которое, по его мнению, хотя бы в отдаленной степени обладает сходным эффектом.

С появлением абстиненции меняется характер привычного злоупотребления: к компульсивному влечению с утратой сознательного контроля над мотивами своих действий, ведущих к употреблению психоактивного вещества, добавляется страх пациента перед воступлением абстиненции и стремление не допустить ее развития. К признакам нарастающей зависимости относится также повышение *толерантности* (устойчивости, переносимости) к данному веществу, что требует увеличения его доз для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами. Достигаются такие вы-

сокне дозы принимаемых в течение дня алкоголя, опиатов и других веществ, которые достаточны для того, чтобы вызвать летальный исход у нетолерантного потребителя.

Теории патогенеза синдрома зависимости

Природа и механизмы синдрома зависимости остаются недостаточно изученными, что затрудняет поиск патогенетически обоснованных методов лечения. Выдвинут ряд гипотез, позволяющих объяснить лишь некоторые аспекты действия психоактивных веществ, имеющие отношение к этим механизмам.

Мысль клинициста и патолога неизменно обращалась к тому факту, что психоактивные вещества, независимо от их химического состава и происхождения, при многократном повторном применении могут стать необходимым компонентом в обмене веществ, а их отсутствие или пониженное содержание воспринимается как нарушение жизненных функций организма. Некоторые психоактивные вещества: этиловый спирт, опиаты и их аналоги — не являются чужеродными для организма, в норме участвуют в метаболизме, и в головном мозге животных и человека имеются нервные элементы, обладающие по отношению к ним специфической чувствительностью. Привыкание к этим веществам подразумевает повышенную потребность в них, количественные изменения в их обмене. Примером могут служить данные экспериментальных исследований И.П. Аюхиной, показавшие, что при повторных введениях в организм алкоголя происходит усиленный выброс норадреналина. В случае прекращения употребления алкоголя утилизация норадреналина снижается, в гипоталамусе происходит накопление его прокурсора дофамина, принимающего участие в развитии алкогольной абстиненции. Возможно, что увеличение содержания в мозге дофамина и пониженная чувствительность к нему дофаминовых рецепторов играют роль в механизмах синдрома зависимости. Было найдено, что у детей, родившихся от лиц, страдающих алкоголизмом, уровень содержания дофамина в крови повышен в несколько раз. Это повышение может быть связано с нарушением обмена нейропепти-

дов (пролактина, опиатных пептидов, холецистокинина и др.), являющихся регуляторами дофаминовых функций.

Нейрохимические теории синдрома зависимости не объясняют, однако, каким образом происходит привыкание к чужеродным для организма химическим веществам, таким как средства бытовой химии, применяемые с целью одурманивания (бензин, адетон и др.), а также почему наркоман, употребляющий привычное психоактивное вещество, в случае отсутствия последнего удовлетворяет свое влечение с помощью вещества другой химической природы. Не учитывают они и большую роль социально-психологических факторов в происхождении синдрома зависимости. В этих теориях затрагивается, но не решается важная психофизиологическая проблема: каким образом изменения в обмене веществ влияют на системную физиологическую деятельность головного мозга, являющуюся субстратом психических процессов и поведения человека. Такой анализ требует серьезных фундаментальных исследований в этой области знаний.

С точки зрения патопсихологии в основе синдрома зависимости лежит компульсивное влечение к тем или иным психоактивным веществам, для которого характерно отсутствие или неполное осознание субъектом мотивов совершаемых им действий, трудность сознательного их контроля. Поэтому не лишена оснований гипотеза З.Фрейда, который в понимании сущности наркоманий исходил из представлений о бессознательных влечениях, побуждающих к действию без того, чтобы Я заметило какое-либо принуждение. Социальная психология видит в основе этих бессознательных сил остатки «архаического мышления», присущего примитивным народам (Л.Леви-Брюль). Такому мышлению свойственна безусловная вера и магию, чудодейственную силу ритуальных церемоний и обрядов. Нечто подобное магическому обряду заключено в манере современного человека, предающегося употреблению одурманивающего вещества. Условием к нему служит определенный ритуал его употребления и психологический настрой, желательная дружеская компания. Достаточно сослаться на «магический» смысл тостов при употреблении алкоголя с пожеланиями здоровья и благополучия как самим пьющим, так и их близким. Ритуал

совместного употребления психоактивных веществ, будь то совместное употребление алкоголя или вдыхание паров синтетического клея в группе асоциальных подростков, служит символом общения, групповой сплоченности. Вследствие этого оно создает иллюзию защищенности, избавляет от переживания тревоги и социальных стрессов. Человек, приводящий себя в состояние одурманивания в дружеской компании, ждет, что оно снимет эмоциональное напряжение, устранил трудности общения, создаст чувство уверенности в себе, самоуважения. В стремлении повторить состояние опьянения видится желание восстановить утраченный психологический комфорт.

Психологические теории подчеркивают личностный смысл состояния опьянения при привычном употреблении психоактивных веществ. Личность, не справляющаяся с возникающими в социальной среде трудностями и конфликтами, вынуждена защищать себя произвольным приведением в состояние опьянения. В этой связи указывают на повышенную склонность к злоупотреблению психоактивными веществами у больных психическими заболеваниями: при неврозах, психопатиях, шизофрении, травматических поражениях центральной нервной системы и др. Однако это правило не является абсолютным. Нередко злоупотребление психоактивными веществами под влиянием окружающей среды наступает у гармоничной личности, не обнаруживающей до появления болезненного пристрастия каких-либо отклонений в своем развитии. В целом «психологический портрет» будущего алкоголика или наркомана не несет в себе каких-либо специфических особенностей.

Как видно из приведенных рассуждений, каждая из приведенных теорий способна объяснить лишь одну из сторон в механизмах синдрома зависимости. Создание целостной теории, позволяющей объединить представления о клинических, физиологических и социально-психологических механизмах болезненного пристрастия к употреблению психоактивных веществ, представляется делом будущего.

Несмотря на то, что синдром зависимости при злоупотреблении различными психоактивными веществами имеет ряд общих клинических и патогенетических особенностей, сущес-

твуют и различия. Отчасти они касаются социальных аспектов употребления этих веществ, причем наибольшие различия имеются между алкоголизмом — с одной стороны, и злоупотреблением неалкогольными психоактивными веществами — с другой. Этиловый алкоголь (этанол) во многих странах и социальных слоях общества признается продуктом, близким к пищевым, предлагается покупателям официальными торговыми организациями, и общественное мнение не осуждает умеренное его употребление, хотя критерии «умеренности» колеблются в широких пределах. Делавшиеся в разных странах неоднократные попытки запрещения продажи спиртных напитков и введения «сухого закона», как правило, не давали желаемых результатов и не были поддержаны широкими слоями общественности. Более популярны ограничительные меры в отношении рекламы, порядка продажи и условий употребления алкоголя. Злоупотребление алкоголем имеет в виду такое его употребление, которое приводит к физическим и психическим расстройствам и нарушает социальные отношения лица, страдающего *алкоголизмом*. Иные отношения складываются во взглядах общества на применение с немедицинскими целями сильных наркотических веществ, любое употребление которых без рекомендации врача рассматривается как злоупотребление и обозначается термином: *наркомания*. Злоупотребление лекарственными и нелекарственными психоактивными веществами, не относящимися к наркотическим, носит название *токсикомания*.

§ I. Алкоголизм

Алкоголизм во многих странах мира, включая нашу страну, представляет собой наиболее частую форму среди психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ. Приводить имеющиеся в литературе цифровые данные, указывающие на степень распространенности этого явления среди населения, было бы некорректно в силу того, что эти данные неточно отражают действительное положение вещей; они колеблются в зависимости от изменения социально-экономических условий в стране в

активности наркологической службы в выявлении и взятии на учет лиц, злоупотребляющих алкоголем. Показательны в этом отношении данные из ежегодных отчетов Ставропольского краевого наркологического диспансера за 1977—1995 годы (таблица б).

Таблица б

Число больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете на конец года, по данным Ставропольского краевого наркологического диспансера

Группы учитываемых больных алкоголизмом	Распределение больных по годам				
	1977	1981	1986	1991	1995
Всего больных алкоголизмом	18876	30090	40290	31596	29622
Из них женщин	—	23	468	265	362
Больных с алкогольными психозами	939	687	127	168	472

Из таблицы видно, что с начала 80-х годов происходит резкое увеличение числа больных алкоголизмом, взятых на учет и получающих противоалкогольное лечение в наркологических учреждениях края, что объясняется как быстрым возрастанием числа больных в населении, так и эффективными мерами по их выявлению. Одновременно с этим происходит резкое снижение числа больных с алкогольными психозами, что свидетельствует о действенности принятых мер; в середине 90-х годов в связи с ослаблением общественных мер борьбы с пьянством и алкоголизмом это число вновь значительно возросло, хотя общее число больных алкоголизмом, состоящих на диспансерном учете, колебалось в небольших пределах.

Не всякое употребление алкоголя знаменует развитие синдрома зависимости как основного клинического проявления

алкоголизма. Некоторое представление об этом дают данные сплошного обследования групп рабочего населения: из числа систематически употребляющих алкоголь в больших количествах 63% составляют люди, у которых имеет место бытовое пьянство без признаков алкогольной зависимости; 16,8% составляют лица с начальными признаками алкоголизма и 20,2% — с выраженными его признаками (Ю.П. Лисидын, Н.Я. Копыт).

В отличие от синдрома зависимости, который имеет в своей основе сложный комплекс еще недостаточно изученных психопатологических и биологических явлений, бытовое употребление алкоголя деликом и полностью определяется существующими в обществе традициями и условиями. Врожденного предрасположения к употреблению алкогольных напитков не существует. Усвоение алкогольных обычаев и привычек происходит в малой группе под влиянием групповых норм. Установка на алкоголизацию складывается уже в детском возрасте, если ребенок воспитывается в семье, члены которой употребляют алкоголь. Исследования, проведенные в детских садах, показали, что 32% мальчиков и 7% девочек в возрасте 3—4 лет играют «в пьяных». Дети, получившие задание «играть в праздник», разливали воду по игрушечным чашечкам и чокались, изображая пьяных. Приобщение подростков к употреблению алкоголя, как правило, связано с подражанием взрослым и старшим товарищам в микросоциальном окружении. В свою очередь взрослые, не склонные к употреблению алкоголя, испытывают давление со стороны группы. Отказ от спиртных напитков в среде пьющих людей делает их «не такими, как все», а члены группы настроены относительно к тем, кто не хочет или не может усвоить групповые нормы.

Кроме группового психологического давления известную роль играют индивидуальные психологические особенности субъекта, определяющие риск бытового пьянства. Чаще всего это отсутствие стойких интересов и жизненных установок. Такую личность принято называть *аструктурной* (Э.Е. Бехтель). Со школьного возраста лица этого типа отличаются бесхарактерностью, не проявляют интереса к занятиям в учебном заведении, успеваемость у них низкая. Они

легко попадают под влияние старших детей и подростков с асоциальными наклонностями. Приступив к работе на производстве, они обычно легко усваивают специальность и могут хорошо работать при постоянном жестком контроле. К самостоятельной работе, требующей самоконтроля и внутренней дисциплины, они мало пригодны. Отдыхать и развлекаться они не умеют и потому склонны к беспельному времяпрепровождению, читают мало, а прочитанное быстро забывают. При этом в большинстве своем это простодушные, несколько легкомысленные, общительные, но неидельновидные и несамостоятельные в своих решениях люди; более половины из них имеют татуировку.

Среди лиц, склонных к систематическому употреблению алкоголя, встречаются и другие типы. Но вместе они представляют собой тот континент населения, среди которого спустя несколько лет от начала систематического употребления алкоголя и части случаев (по данным разных авторов, от 5—6 до 20 и более процентов) возникает синдром зависимости. Быстрота формирования симптомов алкоголизма и степень злокачественности бивают различны. Но обычно развитие алкоголизма проходит ряд стадий, характер которых во многом зависит от возраста и пола лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Развитие алкоголизма в подростковом возрасте

Алкоголизм в подростковом возрасте непосредственно связан с проблемой «трудных» подростков с пониженной семейной и школьной адаптацией. Более чем в половине случаев они воспитываются в неполных семьях; чаще всего отсутствует отец, иногда его место занимает отчим. В 3/4 случаев отец или отчим страдают алкоголизмом; более чем в половине случаев отмечается пьянство матери; в 40 % случаев злоупотребляют алкоголем отец и мать, а также другие члены семьи. Воспитание характеризуется безнадзорностью.

Первое знакомство с алкоголем у подростков относится преимущественно к возрасту 13-15 лет, а у «трудных» подростков, воспитывающихся в алкогольной семье, — к 9-11 годам. Из них ранний алкоголизм формируется примерно у каждого четвертого, и это происходит в ранние сроки — от

1 мес. до года от начала систематического употребления алкоголя. Первые признаки синдрома зависимости появляются незаметно и бывают неотчетливыми. Формально считается, что если подросток в течение последних 6-8 мес. 2-3 раза в неделю употребляет опьяняющие дозы алкогольных напитков, то это уже может служить признаком алкоголизма. Основное проявление синдрома зависимости — абстинентный синдром (синдром похмелья) распознать бывает нелегко, поскольку подростки начинают опохмеляться уже на ранних стадиях его развития, но не в силу непреодолимой потребности оборвать абстиненцию, а из подражания товарищам и соображений престижа в группе. С этого времени обычно происходит окончательная перестройка мотивов поведения подростка. Учеба, интересы семьи, спорт, другие увлечения полностью замещаются алкоголизацией. Алкогольное опьянение становится наиболее желанным психическим состоянием, влечение к алкоголю испытывается в течение всего дня. Подростки окончательно включаются в группы сверстников, а иногда и взрослых, где практикуются частые выпивки. Развлечения, разрешение конфликтов в группе оказываются возможными только в состоянии опьянения. Последнее сопровождается расторможенностью аффектов, агрессивностью, что ведет к совершению хулиганских действий и тяжких уголовных преступлений.

Подростковый алкоголизм характеризуется сочетанием черт злокачественности, проявляющейся развитием его и сжатые сроки, и быстрым нарастанием социальной дезадаптации, но в то же время и относительно большой обратимостью симптомов, которые у взрослых отличаются стойкостью и даже практической необратимостью. Сравнительно мало возрастает толерантность к опьяняющим дозам алкоголя, может сохраняться защитный рвотный рефлекс на прием спиртных напитков. Нарушения характера, сходные с изменениями личности при алкоголизме взрослых, в случае прекращения алкоголизации в благоприятных условиях претерпевают обратное развитие. По имеющимся данным, спустя 10 лет диагноз алкоголизма сохраняется лишь у 42,2 % лиц, у которых он был установлен в подростковом возрасте.

Алкоголизм у взрослых мужчин

Первые признаки синдрома зависимости у мужчин возникают в среднем через 11 лет от начала систематического злоупотребления алкоголем. Возрастает толерантность к спиртным напиткам, возникает навязчивое влечение к их употреблению, все напоминает человеку о выпивке и рождает желание выпить. Еще до того, как представляется такая возможность, появляются оживленность, истеричность, устраиваются мешающие обстоятельства, а препятствия на пути к выпивке (например, рабочее время, исполнение служебных обязанностей) не принимаются во внимание. Характерна потеря количественного контроля за выпитым алкоголем: после приема первых же его доз человек теряет контроль за своим поведением, первым разливает, первым выпивает. Насыщение наступает только от приема такого количества алкоголя, которое вызывает глубокое опьянение. К данному периоду относятся первые поступления в медицинский вытрезвитель, возникновение серьезных семейных конфликтов, административные взыскания на работе. Все же частично сохраняется возможность руководить своими поступками и воздерживаться от приема алкоголя, если это чрезвычайно необходимо. Отсутствуют выраженные симптомы абстиненции.

На этой стадии диагноз синдрома зависимости труден, в значительной степени субъективен и призван не всеми авторами. В МКБ-10 в целях объективизации диагноза предлагается устанавливать факт синдрома зависимости, если имеется не менее трех его признаков из числа наблюдающихся при нем симптомов, включая следующие: а) нарушение способности контролировать прием алкоголя и дозы; б) физиологическое состояние отмены (абстиненция); в) повышение толерантности; г) смещение интересов в сторону употребления вещества и продолжение его употребления, несмотря на вредные последствия для здоровья. Учитывается также тенденция одинаково употреблять алкоголь как в будни, так и в выходные дни без учета социально сдерживающих факторов.

Развернутая стадия алкоголизма с выраженными признаками алкогольной зависимости характеризуется появлением

компульсивного влечения к алкоголю. Влечение становится постоянным, вне зависимости от ситуации, борьба мотивов поведения (выпить или воздержаться) отсутствует, и больной уже не пытается совладать со своими желаниями, пассивно им подчиняясь. Выпивки все чаще происходят в кругу случайных лиц или в одиночку. В случае невозможности приобрести в данный момент спиртные напитки употребляются любые суррогаты: технические спирты, одеколон, настойки лекарственных веществ, в связи с чем нередки отравления, в том числе с летальным исходом. Изменяется состояние опьянения: все чаще вместо веселого оживления и беззаботности в состоянии острой интоксикации появляются раздражительность, придирчивость, легко переходящие в злобу с агрессивными поступками. Появляются амнестические опьянения (*палимпсесты*), при которых на следующий день пациент полностью или частично забывает о событиях, имевших место в состоянии острой интоксикации.

Наибольшее значение имеет появляющийся развернутый синдром похмелья (алкогольная абстиненция). Он проявляется комплексом соматовегетативных и психических нарушений. Наблюдаются гиперемия лица, склер глаз, тахикардия, повышение артериального давления, кардиалгия, головная боль, головокружение, потливость, зябкость, тремор конечностей и головы. Характерны жалобы на нарушения сна, слабость и разбитость, диопептические расстройства. К психическим нарушениям относятся депрессия нередко с попытками самоубийства, раздражительность и злоба, обычно направляемая на членов своей семьи, вместе с тем возникают тревога, страх, бредоподобные идеи отношения: кажется, что все окружающие, включая незнакомых людей на улице, осуждающе смотрят на больного, любой шум заставляет его вздрагивать, при виде случайно попавшегося по дороге милиционера возникает тревожная мысль, что он что-то натворил и его должны арестовать. Прерывистый сон бывает заполнен кошмарными сновидениями, от которых больной просыпается, вздрагивая. В таком состоянии возникает неудержимое стремление любыми путями достать спиртное и опохмелиться. Зная это, многие больные оставляют на ночь часть недопитого алкогольного напитка. После его приема

симптомы абстиненции ослабляются, наступает улучшение самочувствия. Нужно, однако, учесть, что строгие ограничительные меры и жесткий контроль, применяемые на производстве, особенно к водителям транспорта, заставляют некоторых больных алкоголизмом воздерживаться от утреннего приема алкоголя, который заменяется крепким чаем, кефиром, томатным соком, а очередная выпивка переносится на вечернее время.

Вначале принятая доза алкоголя купирует состояние абстиненции на довольно продолжительное время. Но постепенно этот период все более укорачивается, и уже через 2-3 часа возникают все проявления похмельного синдрома. Больной вынужден вновь опохмеляться, обычно приурочивая прием алкоголя к рабочему перерыву, после окончания рабочего дня опять доводит себя до глубокого опьянения, а утром вновь опохмеляется; и т. д. Возникает запой, длительность которого постепенно увеличивается от нескольких дней до 1-2 недель и более. Прекращение запоя происходит спонтанно, вне связи с наличием или отсутствием денег на приобретение алкоголя. Больные это объясняют своеобразно: «Организм больше не принимает». Частота запоев бывает различной, но обычно любой повод, например получение заработной платы, может послужить провоцирующим моментом. Так формируется запойное пьянство.

В развернутой стадии алкоголизма отчетливо проявляются изменения личности больного как целостной системы его отношений к окружающей действительности и к себе самому. Они являются результатом не только изменившейся ситуации больного, его социальной дезадаптации (распад семьи, увольнение с работы, совершаемые правонарушения), но и органического поражения головного мозга — алкогольной энцефалопатии. Морфологически она проявляется дистрофическими изменениями в нейронах, разрастанием глии, утолщением и гиалинозом стенок сосудов. В прямой связи с этими органическими изменениями находится астения, характерные для энцефалопатического синдрома ухудшение памяти, внимания, сдвиги в эмоциональной сфере. Последние проявляются усилением аффективной окраски всех переживаний, сочетанием благодушия с раздражи-

тельностью и гневливостью. Горе, радость, сочувствие, умиление — все эти чувства проявляются ярко и бурно, особенно в состоянии опьянения. Благодаря своей утврванной эмоциональности больные алкоголизмом умеют убеждать окружающих в своих добрых намерениях даже тогда, когда нет уже никаких оснований верить их словам. Они быстро осваиваются в новом коллективе, доводя свое внешнее дружелюбие до фамльяриости, а неприкрытую ложь высказывая с подкупающей непосредственностью. Значительно реже, при апатическом изменении личности, больные становятся безразличными ко всему, что их окружает, к своему настоящему и будущему, оживляясь лишь тогда, когда речь заходит о выпивке.

Характерной особенностью алкогольного изменения личности является **алкогольная анозогнозия** — стойкая убежденность больного в отсутствии у него патологического влечения к алкоголю. Анозогнозия представляет собой одно из проявлений нарушения самосознания, а алкоголизм с этой точки зрения представляется как «кризис самосознания». Больные не только отрицают у себя неуправляемое влечение к употреблению алкоголя и уверены в том, что сами легко могут бросить пить, но и не осознают обстоятельств, которые приводят их к необходимости лечения от алкоголизма. Они с уверенностью заявляют, что самостоятельно, по своему желанию обратились к врачу-наркологу, чтобы «подлечить нервы», тогда как на самом деле вынуждены были прибегнуть к лечению лишь под давлением обстоятельств: вмешательства милиции, угрозы увольнения с работы или развода с женой. Треть всех больных алкоголизмом неадекватно оценивают и свое соматическое состояние, либо отрицая у себя симптомы серьезных заболеваний, либо активно эксплуатируя соматические жалобы при отсутствии действительных заболеваний, чтобы уклониться от противоалкогольного лечения (О. Г. Смирнов).

Если только под влиянием воздействий извне или самостоятельно (что случается редко) больной не прекращает злоупотребления алкоголем, болезнь стабилизируется на данной стадии. Больные отчасти приспосабливаются к новым формам существования, ограничивая свою социальную ак-

тивность: находят род занятий в коллективе, где из жалости или из уважения к прежним заслугам снисходительно относятся к прогулам и к появлению на работе в нетрезвом виде; утратив прежние семейные связи, удовлетворяются временными, а иногда и довольно прочными, но всегда бездуховными контактами с сожителями; обретают стабильный круг друзей среди собутыльников, с которыми находят общие интересы. Стабилизации социальных отношений способствует и то обстоятельство, что сами больные находят компромиссные формы алкогольного поведения, не нарушающие грубо общественного порядка: сдерживают и ограничивают употребление алкоголя в рабочее время, в состоянии опьянения в общественных местах стараются вести себя незаметно. Как показал в своих исследованиях О.Г.Смирнов, уровень социальной адаптации больных в развернутой стадии алкоголизма более всего зависит от состояния их самосознания, которое у ряда больных имеет тенденцию к возрастанию, особенно после повторных госпитализаций в наркологические стационары: больные более адекватно начинают оценивать свою социальную роль лица, злоупотребляющего алкоголем, в складывающиеся в связи с этим социальные отношения.

В случае длительного и злокачественного течения алкоголизма вступает конечная его стадия. Симптомы алкогольной энцефалопатии приобретают отчетливую клиническую выраженность, и вместе с этим все более заметным становится органическое снижение личности: снижаются темп мышления и память, в речи появляются повторы слов и словосочетаний (стереотипии), становятся более выраженными эмоциональная лабильность, слезливость, суживается круг интересов, которые ограничиваются теперь лишь алкогольными проблемами. Периоды запоев утрачивают отчетливые границы, и пьянство становится непрерывным, алкоголь употребляется многократно в течение дня, хотя и в уменьшенных дозах. Часто при этом толерантность снижается, и опьянение наступает от малых доз спиртных напитков; это объясняется как органическим поражением центральной нервной системы, так и нарушением детоксической функции печени. Нарастает ухудшение соматического состояния, кож-

ные покровы становятся бледными, с землистым оттенком, наступает исхудание, больные выглядят значительно старше своего возраста. Частыми становятся тяжелые заболевания, такие как алкогольная кардиомиопатия, инфаркт миокарда, цирроз печени и др., в связи с чем наступает преждевременная смерть. В психическом статусе преобладают апатия, безразличие ко всему, утрата чувства собственного достоинства и интереса к духовному миру других людей. Утрачиваются все профессиональные навыки. Такое состояние принято обозначать как **алкогольное слабоумие**.

Алкоголизм у женщины

Проявления синдрома зависимости и стадии развития алкоголизма у женщины существенно не отличаются от таковых у мужчин. Но у женщины имеется ряд особенностей возникновения, развития алкоголизма и происходящих при нем психических изменений, которые нуждаются в специальном освещении.

Половина женщин, страдающих алкоголизмом, начинают употреблять спиртные напитки до 20-летнего возраста, а нередко с возраста 14—15 лет в компании подростков и старших по возрасту подруг и мужчин. Обычно это совпадает с началом беспорядочной половой жизни. Предпосылкой служат дефекты семейного воспитания, духовная незрелость, узкий круг интересов, сосредоточенных лишь на примитивных «модных» увлечениях, отсутствие твердых моральных установок и подверженность дурным влияниям. Но более чем в трети случаев систематическое употребление алкоголя начинается в возрасте старше 30 лет. В этих случаях ему обычно предшествуют психические травмы: потеря близких, особенно детей, разводы, конфликты в семье, вдовство. Нередки также случаи, когда пьянство женщины проводится пьянством мужа или любовника.

Многие исследователи считают, что синдром зависимости у женщины развивается быстрее, чем у мужчин; развернутая его стадия наблюдается в среднем уже через 5 лет с начала систематического употребления алкоголя. Взрослые женщины предпочитают употреблять алкоголь и одиночку или в узком кругу подруг, скрывая свой порок от родственников,

сотрудников и соседей. Дольше, чем у мужчин, сохраняется ситуационный контроль за количеством употребляемого алкоголя. Некоторые женщины остро чувствуют свое моральное падение и больше страдают от своего пагубного влечения, чем мужчины. Употребление алкоголя обычно бывает систематическим, и запойное пьянство встречается сравнительно редко. В состоянии похмелья на первый план выступают депрессивные расстройства, в связи с чем частота суицидов у женщин, злоупотребляющих алкоголем, выше, чем у мужчин.

В структуре алкогольного изменения личности у женщин на первый план выступают истерические черты характера, такие как лживость в фантазерство, повышенная внушаемость, а также развязность и неумеренное кокетство в состоянии даже легкого опьянения. Женщины становятся неряшливыми, небрежно одеваются, хотя при этом неумеренно пользуются косметикой. Особенно характерна половая распущенность. Инстинкт материнства ослабляется или даже полностью угасает. Женщины перестают заботиться о детях, посылают их сдавать пустые бутылки, чтобы добыть денег на водку, в их присутствии вступают в половые отношения с посторонними мужчинами или сами побуждают к этому своих дочерей. Среди женщин, страдающих алкоголизмом, много лишенных родительских прав, не имеющих постоянного места жительства, живущих на содержании временных сожителей. Отрицательные социальные последствия алкоголизма у женщин в целом значительно выше, чем у мужчин.

§ 2. Алкогольные психозы

Алкогольные психозы — одно из частых осложнений алкоголизма. Они встречаются в 10-13 % у больных алкоголизмом в развернутой стадии заболевания. Относительно редко они наблюдаются в регионах, где преобладает винный алкоголизм, возникающий вследствие злоупотребления виноградными винами, преимущественно домашнего изготовления. На частоту алкогольных психозов оказывают влияние

также природные условия, уровень жизни населения, качество питания.

Чаще всего алкогольные психозы встречаются у мужчин в возрасте от 40 до 50 лет. Связь их с хроническим злоупотреблением алкоголем не вызывает сомнений. Но вместе с тем алкогольные психозы не являются прямым следствием алкогольной интоксикации. Доказательством служит тот факт, что острая интоксикация этиолом у лиц без синдрома зависимости не приводит к развитию алкогольного психоза. При концентрации алкоголя в крови, достигающей 3—5‰, возникает алкогольная кома и может наступить смерть в связи с нарушением жизненно важных функций организма, но присущих алкогольному психозу психических нарушений при этом не наблюдается. Кроме того, начало алкогольного психоза совпадает, как правило, не с периодом интенсивной алкоголизации, а с состоянием абстиненции спустя несколько часов или дней после прекращения употребления алкогольных напитков. Все это позволяет считать, что основным фактором, приводящим к развитию алкогольного психоза, являются нарушения обмена веществ в организме, вызванные хроническим злоупотреблением алкоголем. Предположительно считается, что особую роль в патогенезе психозов играет дефицит витаминов группы В. Несомненно провоцирующая роль в их возникновении сопутствующих соматических заболеваний, особенно острых инфекционных, и черепно-мозговых травм.

Среди многочисленных форм алкогольных психозов наибольшее значение имеют следующие: алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз, алкогольная энцефалопатия Гайе—Вернике и корсаковский полиневритический психоз. Эти заболевания часто встречаются в медицинской практике и фигурируют во всех классификациях алкогольных психических заболеваний.

1. Алкогольный делирий

Алкогольный делирий, или белая горячка, — наиболее частая форма алкогольных психозов — составляет около 80 % общего их количества. Этот вид психоза отличается наибольшей остротой и кратковременным течением. Возникает он

обычно на фоне похмельного синдрома по окончании очередного запоя или при вынужденном прекращении злоупотребления алкоголем, что часто бывает при помещении больного на стационарное лечение или при тюремной изоляции. В отдельных случаях делирий может начаться в условиях длительного непрерывного пьянства, особенно под влиянием провоцирующих моментов: острых соматических заболеваний, травм и др.

В типичных случаях началу психоза предшествует длящийся несколько дней продромальный период, в течение которого нарастают беспричинные страх и тревога, суетливость, нарушение ночного сна с появлением кошмарных сновидений. Тревога и страх усиливаются в ночное время. Больные боятся темноты, ложась спать, оставляют в комнате включенным свет. Частыми бывают жалобы на усиленную потливость, сердцебиение, общее недомогание, тремор рук. Настроение легко меняется от беспричинно приподнятого с оживлением и болтливостью до подавленного и тревожного. У женщин преобладает депрессивный аффект.

Психоз манифестирует гипнагогическими галлюцинациями и иллюзиями. Ночью при закрытых глазах или легкой дремоте слышатся шаги в комнате, звонок у двери, перед глазами возникают образы «человека в черном», лица умерших родственников, доносятся музыка, пение. Вначале при открывании глаз эти явления исчезают, но затем они становятся более стойкими. Страх резко усиливается, мужчины с целью самозащиты часто вооружаются топором или баррикадируют дверь шкафом. Многим больным приходит в голову мысль, что все это им кажется — «допился!». Но затем все чаще в связи с галлюцинациями появляются бредовые идеи преследования: хотят убить, в окно лезут бандиты и т. п. В страхе больные убегают из дома, прячутся у родственников или в отделении милиции, откуда их доставляют в психиатрическую больницу.

На высоте развития психоза иллюзии и галлюцинации еще более усиливаются, возникают с небольшими перерывами и в дневное время. Они изменчивы и разнообразны по содержанию, нередко фантастичны и нелепы. В связи с патоморфозом белой горячки за последние годы зоологические галлю-

цинации с видением фантастических животных, насекомых, «чертей» стали встречаться с меньшим постоянством, и преобладают галлюцинации эротического содержания: больные ясно видят на стене эротические сцены, в темном углу видится образ жены в обнимку с мужчиной, которого она умоляет вступить с ней в сожителство; больная алкоголизмом в состоянии белой горячки «видит» пышную свадьбу ее мужа с другой женщиной, любовные сцены с его участием, висящих на потолке обнаженных девушек; и т. п. В содержании этих галлюцинаций находят отражение грубоэротическая направленность интересов больных и свойственные им идеи ревности. Столь же часто встречается алкогольная тематика галлюцинаций: видятся стоящие у кровати бутылки водки, слышатся из-за окна «голоса», зовущие выпить. Наблюдаются также ротоглоточные галлюцинации: больные ощущают во рту и глотке какое-то инородное тело, иголки, вату, тянут изо рта невидимую нить. Нередки и галлюцинации, связанные с профессией. Содержание галлюцинаций легко больному внушить. Так, если ему дать чистый лист бумаги, сказав, что это письмо от его матери, и попросить его прочесть, больной начинает «читать» невидимый текст. В этом проявляется сходство делирия с гипнотическим состоянием, при котором также легко удается вызвать у пациента любые внушенные галлюцинации.

Поведение больных соответствует содержанию галлюцинаторных и иллюзорных переживаний. Обычно они возбуждены, агрессивны, в страхе и ярости обороняются от воображаемых преследователей, умоляют не мучить их, что-то ищут в своей одежде, стряхивают с себя «насекомых» или, наблюдая галлюцинаторную картину пьяной оргии, громко смеются, плоско шутят. Примерно в половине случаев делириозные переживания сочетаются с онейроидными, с присутствиями последним фантастическими грезоподобными представлениями. В общую картину могут включаться псевдогаллюцинации и симптомы психического автоматизма. Больной при этом чувствует себя находящимся под действием каких-то лучей, радиоволи, наводимых на него соседями, злоумышленниками, с помощью которых управляют его мыслями и поступками.

Глубина снижения уровня бодрствования на протяжении психоза непрерывно меняется. Временами больные способны правильно осознавать окружающую обстановку, узнают знакомых людей, но тут же вслед за этим ориентировка в окружающем и во времени резко нарушается, больной не узнает обстановку больницы, считает, что он находится дома, утрачивается связь событий во времени и понимание их последовательности. К вечеру и ночью вместе с усилением галлюцинаций и бреда происходит углубление расстройств сознания и возрастание психомоторного возбуждения.

Наряду с психотическими расстройствами у больных белой горячкой наблюдаются выраженные соматовегетативные нарушения: повышение температуры тела, гипергидроз, гиперемия и цианоз кожных покровов, повышение артериального давления, оживление сухожильных рефлексов и др. Постоянно на протяжении острого периода болезни сохраняется тяжелая бессонница. Характерны тремор рук, головы, выsunутого языка, благодаря чему болезнь получила латинское название *delirium tremens* — дрожательного делирия. В отдельных случаях возникают эпилептические припадки. В крови обнаруживаются лейкоцитоз, холестеринемия, билирубинемия, уменьшение содержания протромбина. В анализах мочи — олигурия, альбуминурия, уробилинурия.

Психоз обычно продолжается от 2 до 5 дней и завершается наступлением продолжительного сна, после которого все психотические симптомы исчезают, но сохраняется астения. Больные в основном помнят пережитые психические расстройства и правильно оценивают их причину — употребление алкоголя, хотя считать себя алкоголиками все же не склонны. В некоторых случаях критического отношения к пережитым галлюциаторно-бредовым расстройствам не возникает, они продолжают расцениваться как имевшие место реальные события, что становится основой резидуального бреда. Так, например, больной сохраняет уверенность в измене жены: «Я же своими глазами видел!». Эти бредовые идеи отличаются большой стойкостью.

Среди часто встречающихся атипичных вариантов белой горячки нужно отметить редуцированный (абортивный) и тяжелый делирий. Редуцированный делирий возникает остро

на фоне похмельного синдрома и длится недолго — в течение нескольких часов. Обычно после периода запоя появляется страх, возникают немногочисленные галлюцинации, преимущественно зрительные, в виде картинок и образов на стене, на потолке. Психомоторное возбуждение и грубые соматовегетативные расстройства отсутствуют. Больные в таком состоянии чаще всего не обращаются к врачу и не госпитализируются. Тяжелый делирий, напротив, характеризуется выраженными продромальными явлениями и последующим бурным нарастанием психотических симптомов с глубоким затемнением сознания — вплоть до сопора и комы. На вторые-третьи сутки резко ухудшается общее состояние, возникают судороги, гиперкинезы, мышечные подергивания, дизартрия, нистагм, снижается артериальное давление, нарушаются сердечная деятельность и дыхание. Часто при этом развиваются пневмония, печеночная, почечная недостаточность, панкреатит. Грозным осложнением является отек головного мозга. Длительность психоза увеличивается до 1-2 недель. При отсутствии интенсивной терапии и реанимационных мероприятий в 10-20 % случаев наступит летальный исход.

2. Алкогольный галлюциноз

Острый алкогольный галлюциноз нечетко отграничен от атипичного алкогольного делирия с преобладанием в картине заболевания слуховых галлюцинаций. Но в отличие от последнего длительность его достигает 2-3 недель и более. При нем наблюдаются страх, психомоторное возбуждение, бредовые идеи преследования, но глубина расстройства сознания бывает не столь значительной. В целом разграничение этих двух форм алкогольных психозов в значительной мере условно.

Гораздо большей степенью своеобразия в клиническом в патогенетическом отношении отличаются затяжной и хронический алкогольный галлюциноз. Он может возникать изначально, но чаще манифестирует острым алкогольным психозом, который, однако, не завершается полным выходом из психотического состояния и приобретает постепенно все свойства хронического психического заболевания. Условием такого развития галлюциноза при алкоголизме обыч-

но служит резидуально-органическая патология головного мозга вследствие перенесенных ранее черепно-мозговых травм, сосудистых, нейроинфекционных и других органических заболеваний центральной нервной системы. У многих больных в анамнезе встречаются сведения о единичных эпилептических припадках в детском или подростковом возрасте. Органической основой хронического психоза могут служить и изменения головного мозга при алкогольной энцефалопатии. Во всех этих случаях неврологическое обследование позволяет выявить неврологические симптомы легкого рассеянного поражения коры и подкорковых образований головного мозга. Не исключается также роль наследственного предрасположения к нарушениям психической деятельности.

По мере того как психоз принимает все более затяжное течение, уменьшается острота его проявлений. Если вначале больные испытывают тревогу, страх, постоянно прислушиваются к «голосам», произносящим угрозы и оскорбления в их адрес, то в дальнейшем при ослаблении аффективных расстройств они постепенно свыкаются с галлюцинациями, научаются отличать галлюцинаторные голоса от реальных. Зрительные, обонятельные, тактильные галлюцинации, которые в период манифестации психоза занимали значительное место в клинической картине болезни, отходят на задний план и встречаются лишь в виде единичных незначительных эпизодов преимущественно в ночное время. На первый план выступают стойкие вербальные галлюцинации, большей частью неприятного осуждающего и угрожающего содержания, подшучивающие над больным, отклоняющиеся на каждый его поступок. Многие больные успешно скрывают от окружающих свои патологические переживания, отдавая себе отчет в том, что их сочтут проявлением психической болезни. Но оставшись в одиночестве, больные перестают контролировать свое поведение, прислушиваются к «голосам», отвечают на их вопросы, перебраниваются с ними. У некоторых больных сохраняются бредовые идеи, содержание которых соответствует содержанию галлюцинаторной речи. Они бывают убеждены, что с ними разговаривает «Бог», какие-то люди передают «голоса» с помощью радиоволн. В

последнем случае расстройства восприятия начинают утрачивать свойства истинных галлюцинаций и становятся сходными с псевдогаллюцинациями, что свидетельствует об углублении расстройств психической деятельности. Психоз при этом приобретает все большее сходство с шизофренией, но и отличие от последней у больных сохраняется эмоциональная живость, отсутствуют аутизм и другие негативные симптомы, свойственные эндогенным психическим заболеваниям.

Периоды послаблений болезни, при которых «голоса» возникают редко в течение дня, звучат тихо, а содержание их становится нейтральным, безразличным для больного, сменяются обострениями, причиной которых, как правило, бывает усиление алкоголизации; некоторую роль играют также обострения соматических заболеваний и психогения. При обострении психоза «голоса» становятся громкими, содержание их угрожающим, появляются императивные галлюцинации, содержание которых отражает усиление агрессивности больных. Внешне это выглядит как «подчинение» больного галлюцинаторным приказам, противостоять которым становится все труднее. Если больные в таком состоянии не получают необходимую медицинскую помощь, становится возможным совершение ими опасных действий, включая жестокие убийства и суицидальные попытки.

3. Корсаковский полиневритический психоз

Алкогольный психоз, описанный С. С. Корсаковым, представляет собой тяжелое психическое расстройство, связанное с грубым органическим поражением головного мозга токсической природы. Особое значение в его патогенезе придается вызванному алкоголизмом нарушению обмена витаминов группы В. Основанием к такому предположению служит, в частности, тот факт, что сходное заболевание при отсутствии алкоголизма может наблюдаться вследствие дефицита витаминов этой группы (болезнь бери-бери, пеллагра). Органической основой корсаковского полиневритического психоза служит алкогольная энцефалопатия Гайе—Вернике. Заболевание характеризуется отеком, реже набуханием головного мозга с микрогеморрагиями в области гипоталамуса, вокруг стенок третьего желудочка, силвиевого во-

допровода и в некоторых других отделах. Наряду с поражением головного мозга с большим постоянством наблюдается также картина токсического полиневрита.

Более чем в половине случаев болезнь начинается по типу тяжелого приступа белой горячки с глубоким нарушением сознания, отрывочными и бессвязными галлюцинациями, хаотическим возбуждением. Больные недоступны контакту, выкрикивают бессвязные слова, невнятно бормочут, перебирают руками одежду. В неврологическом статусе — офтальмоплегия, нистагм, атаксия, нарушения сухожильных и надкостничных рефлексов в верхних и нижних конечностях, иногда сочетающиеся с атрофией мышц.

Если в остром периоде заболевания не наступает гибель больного, спустя несколько недель описанные симптомы постепенно угасают, спутанность сознания и двигательное беспокойство появляются лишь вечером и ночью, сопровождаясь страхом и зрительными галлюцинациями. Одновременно обнаруживаются грубые нарушения памяти по типу корсаковского амнестического синдрома. В части случаев острый период психоза бывает слабо выражен или отсутствует, и болезнь развивается постепенно на фоне тяжелого алкоголизма. На протяжении нескольких недель формируется корсаковский амнестический синдром, занимающий центральное место в картине заболевания. При отсутствующей или недостаточно активной патогенетической терапии болезнь протекает хронически и, как правило, завершается тотальным органическим слабоумием.

§ 3. Наркомании и токсикомании

Социально-психологические предпосылки приобщения к употреблению наркотических и других неалкогольных психоактивных веществ неодинаковы среди населения разных стран и в разные эпохи; во многом они зависят от культурных факторов. В 40-50-х годах нынешнего столетия в нашей стране преобладали наркомании, связанные с медицинским применением препаратов морфина и других наркотических средств с обезболивающим действием при тяжелых ранени-

ях и контузиях, полученных в ходе боевых действий на фронтах Великой Отечественной войны. Токсикомании практически отсутствовали, если не считать табакокурения. В последующие десятилетия доля наркоманий, связанных с медицинским применением наркотических препаратов, неуклонно сокращалась. Этому способствовали меры по упорядочению выписки и применения наркотиков, а также появление психотропных препаратов, сменивших препараты барбитуровой кислоты, которые ранее широко использовались для лечения бессонницы и нередко приводили к развитию барбитуровой наркомании. Но одновременно стала получать все большее распространение наркомания среди лиц молодого возраста, которые применяли наркотики, подражая товарищам в асоциальных и преступных группах, или желавших испытать «необычные» ощущения и удовлетворить свое любопытство. Это были преимущественно подростки, воспитывающиеся в неблагополучных семьях, и молодежь, у которой социальная зрелость отстает от физического и интеллектуального развития. С целью одурманивания стали применять ненаркотические лекарственные вещества (транквилизаторы, циклодол, эфедрин), а также средства бытовой химии, широко доступные детям и подросткам. Этому способствовали недостатки школьного воспитания, бездуховность, отсутствие твердых жизненных установок у части молодежи, и, неумение с пользой организовать свой досуг. Большую социальную опасность представляют люди, которые с целью новизны стараются возбуждать у подростков интерес к наркотикам.

Меньшее значение в числе причин, приводящих к злоупотреблению психоактивными средствами, имеют факторы биологические. Известно, что наркомании и токсикомании нередко возникают у больных с психопатиями, при малопрогрессирующей шизофрении, при психопатоподобных состояниях органической природы. Но и в этих случаях патологические изменения психической деятельности служат лишь почвой, обеспечивающей предрасположение к злоупотреблению одурманивающими веществами, тогда как действительная причина заключается во влиянии социально-психологических факторов.

Несмотря на значительные различия клинических проявлений и течения наркоманий и токсикоманий в зависимости от фармакологических и токсических свойств употребляемого вещества, имеется ряд общих особенностей. Общей является стадия предболезни, характеризующаяся приобщением субъекта к неформальной группе, члены которой употребляют психоактивные вещества с целью одурманивания. Желание стать членом такой группы и чувство солидарности с ней, подогреваемое товарищам желание испытать таинственные ощущения приводят к первому знакомству с психоактивным препаратом. Не все возникающие при его введении в организм ощущения можно расценить как «приятные»: это слабость, головокружение, ползание мурашек по телу, тошнота, рвота. Но дети и подростки, расценивая их как символ желательного приобщения к референтной группе, склонны считать их таковыми («Когда вырвет, то приятно»). Истинное влечение к наркотикам и синдром зависимости на этом этапе еще отсутствуют. Но у детей и подростков меняется вся система отношений с окружающими. Они скрывают свои вновь возникшие потребности и новых «приятелей», становятся раздражительными, нарушают дисциплину в школе, прогуливают занятия, поздно возвращаются домой, начинают лгать, воровать, исчезают их доверительность и откровенность. Родители замечают, что дети то необычно оживлены, то вялы и сонливы.

Влечение к повторным введениям наркотического вещества вначале имеет характер навязчивости. В отсутствие ощущения одурманивания пациент испытывает неудовлетворенность, недовольство собой и окружающими, появляются раздражительность, настроение бывает угрюмым и подавленным. Мысль все чаще обращается к привычному психоактивному веществу. При разговорах о наркотиках проявляется необычная заинтересованность, выраженные лица свидетельствуют о предвкушаемом удовольствии, наркоман увлечен своими переживаниями и с видимым удовольствием слушает о применении наркотиков другими. На этом этапе влечение к наркотику еще может быть подавлено волевым усилием, если применить его нет возможности и отсутствуют соответствующие условия. По мере усиления влечения

оно становится компульсивным, не управляется волей больного, подавляет всякий самоконтроль за своим поведением. Действия наркомана оказываются направленными только на поиск наркотика и преодоление препятствий к его получению. Семья, работа, учеба, прежние дружеские связи — все это теряет для него значение.

Явным признаком заболевания становится возникновение абстиненции. В отсутствие наркотика возникают головные боли, ломота в руках и в ногах, резкая слабость, кожные покровы становятся бледными, с землистым оттенком, взор угасшим. Снижение настроения может достигать такой степени, что возникают мысли о самоубийстве, нередки и завершенные суициды. В тяжелых случаях наблюдаются также эпилептические припадки, коллапс, острая сердечная недостаточность, в результате чего может наступить летальный исход. Но одновременно с тягостным самочувствием у наркомана возникает особая собранность, подъем энергии, направленной на поиск наркотика, ради которого он идет на любой обман, подлог, преступление, платит за него большие деньги. Больные не могут усидеть на месте, их мысли принимают четкую направленность: «Где можно достать наркотик, у кого?». Обостряется память, внимание, больные вспоминают все места, где они когда-то получали наркотик или слышали о них. Они пускаются на авантюры, знакомятся с новыми людьми, безошибочно, особым чутьем угадывая в них наркоманов или торговцев наркотиками.

Изменения характера и поведения наркоманов проявляются не только в периоде абстиненции, но и при вынужденном длительном воздержании от приема наркотиков, когда свойственные абстиненции соматовегетативные и психические расстройства уже сглаживаются. Стойкое изменение личности проявляется ослаблением памяти, творческих способностей, утрачивается интерес к познанию нового, снижается способность критически оценивать свое поведение, вредное влияние наркотиков на здоровье и общее состояние недооценивается. В компаниях наркоманов процветают распушенность, хулиганство, приятельские отношения в группе строятся только из соображений удобства коллективного добывания наркотиков и средств для их приобретения.

Длительная наркотизация приводит к стойким соматоневрологическим нарушениям, характер которых определяется особенностями токсического действия вещества и способами его введения. Чаще всего они проявляются слабостью, исхуданием, сухостью и бледностью кожных покровов, снижением аппетита, запорами, парестезиями, ознобом. Средняя продолжительность жизни наркомаиов, с учетом частой гибели от отравления при передозировке токсического вещества, несчастных случаев или суицидов, сокращается на 20-25 лет.

Среди разнообразных форм злоупотребления психоактивными веществами в условиях нашей страны чаще всего встречаются следующие.

Опийные наркомании

Этот вид наркоманий связан со злоупотреблением опиумом, его алкалоидами и их аналогами (морфин, кодеин, промедол и др.), принадлежащими к группе наркотических анальгетиков. Чаще всего наркоманы прибегают к употреблению опийного мака. Изготавливаемые из него препараты в разных видах принимаются внутрь или в виде внутривенных инъекций.

Опийные наркомании относятся к числу наиболее тяжелых. Синдром зависимости при них начинает формироваться уже после 4-3-го введения препарата. Эйфоризирующее действие опиума и его аналогов обладает специфическими особенностями. Оно сопровождается ощущением тепла, волнами распространяющегося по всему телу, легкости, просветления в голове. Мысли приобретают особую четкость, «выпуклость». В последующем наступает благодушное настроение, истома, покой и расслабленность. На протяжении 2-4 часов человек находится во власти грезоподобных, быстро меняющихся приятных переживаний. Все окружающее остается за пределами восприятия. Такое состояние сменяется поверхностным, легко прерываемым сном. Спустя несколько недель при систематическом применении опиума толерантность к нему оказывается значительно повышенной и обнаруживаются симптомы абстиненции. Она проявляется зевотой, кашлем, усиленным слезоотделением, потливостью, тахи-

кардней, учащенным дыханием, тремором, ознобом, отсутствием аппетита. Затем появляются резкие головные боли, боль в желудке, в суставах и мышцах конечностей. Зрачки бывают расширены, возможны снижение артериального давления, аритмия, коллапс. На протяжении 5-11 дней явления абстиненции постепенно ослабевают, но до полного ее прекращения требуется несколько месяцев. Попытки самостоятельного прекращения наркотизации встречаются довольно редко и чаще всего не приводят к положительным результатам. Но в клинической практике все же встречаются больные, у которых в анамнезе прослеживается довольно длительный период систематического злоупотребления опиатами с последующим его прекращением без посторонней помощи.

Гашишемания

Гашиш (анаша, марихуана) добывается из индийской конопли как дикорастущей, так и культивируемой с промышленными целями. Действующим психоактивным веществом является ароматический альдегид каниабнол. Обычный способ употребления — курение гашиша в смеси с табаком. Но применяется он также внутрь в виде конопляного семени, вываренного в молоке или поджаренного в масле. Интоксикация гашишем проявляется состоянием легкого опьянения, быстро сменяющегося ощущением прилива сил, особой легкости, свободы движений с болтливостью, смешливостью. Эти признаки интоксикации особенно ярко проявляются в поведении подростков, употребляющих гашиш в компании. Характерными бывают также дереализация и деперсонализация в виде нарушения восприятия пространства, освещенности и размера предметов. Все предметы воспринимаются контрастно, окраска их яркая, звук чрезмерно громким, все окружающее кажется нереальным, а собственное тело — чужим. Течение мыслей ускоряется, теряется их последовательность, решения принимаются с необычной легкостью. Затем наступает сон, продолжающийся несколько часов.

Хронический гашишизм развивается медленно, синдром зависимости бывает относительно слабо выраженным. Явления абстиненции проявляются нарушением сна, снижением настроения, потливостью, тремором, разнообразными не-

приятными телесными ощущениями. В связи с отсутствием тяжелой физической зависимости часто наблюдается самопроизвольное прекращение наркотизации. Гашишемания нередко сопутствует алкоголизму. Особая опасность ее заключается в том, что употребление гашиша легко провоцирует применение других, более сильных наркотических средств, в частности опиоидов.

Кокаинизм

Строго говоря, кокаин не является наркотическим средством. Он оказывает выраженное стимулирующее действие, вызывает ощущение опьянения с эйфорией, потоком идей, ускорением речи, повышением активности и уверенности в себе. По окончании опьяняющего действия появляется чувство усталости, депрессия, беспокойство. Симптомы абстиненции включают также диспептические расстройства, тремор, мышечную расслабленность, мелькание мушек перед глазами, импотенцию. Выраженные психотические расстройства наблюдаются у наркомаинов, употребляющих большие дозы кокаина в течение продолжительного времени. Больные становятся подозрительными, чрезмерно возбудимыми, возникают яркие устрашающие галлюцинации, бредовые идеи преследования, ревности, что может вести к совершенно ими общественно опасных действий. Изменения личности бывают выражены в большей степени, чем при опиоидной наркомании, а перспективы выздоровления хуже.

Злоупотребление седативными и снотворными средствами

Злоупотребление начинается чаще всего в подростковом и юношеском возрасте вместе с алкоголизацией и сопутствует раннему алкоголизму; лекарственные таблетки употребляются вместе с алкоголем «для усиления кайфа». У взрослых зависимость может возникать вследствие неправильного и неосторожного применения транквилизаторов и снотворных на протяжении долгого времени с лечебной целью. Дозы барбитуратов в связи с повышением толерантности увеличиваются в 3-4 раза по сравнению с терапевтическими, а транквилизаторов — в 5-7 раз. При этом возможны острые отравления, заканчивающиеся летально. Уже через 2 нед. от на-

чала злоупотребления лекарственными препаратами появляются нарушение ритма сна, слабость, медлительность, снижение памяти и работоспособности. Абстиненция протекает особенно тяжело, с выраженными вегетативными нарушениями, эпилептическими припадками, другими соматоневрологическими симптомами: расширением зрачков, гипергидрозом, ознобом, бледностью кожных покровов, снижением, а затем оживлением сухожильных рефлексов с повышенным мышечным тонусом, тремором, нистагмом, грубыми нарушениями координации движений, тахикардией, болями в области сердца. Внезапно наступивший коллапс может привести к летальному исходу. Длительность абстиненции достигает 4-6 недель. Изменения личности и нравственная деградация резко выражены. Высока смертность больных в результате самоубийств, тяжелой интоксикации, дистрофических изменений внутренних органов.

Эфедриновая наркомания

В качестве одурманивающего психоактивного вещества применяется чаще всего эфедрон, получаемый после специальной химической обработки соответствующего лекарственного препарата. По механизму своего действия он близок к адреналину и вызывает возбуждающий эффект. После внутривенного введения эфедрона возникает ощущение ползания мурашек по телу, кажется, что «волосы на голове встают дыбом», учащается пульс, появляется сухость во рту. Со стороны психической деятельности наблюдается двигательное и речевое возбуждение. По мере продолжения злоупотребления эфедроном длительность его действия укорачивается и потому увеличивается потребность в его частых повторных введениях — до 15 раз в сутки. После окончания действия возникают вялость, раздражительность, возможно возникновение острых психозов с нарушением сознания, бредом преследования, вербальными галлюцинациями и иллюзиями. Обнаруживаются выраженные неврологические симптомы, включая повышение внутричерепного давления, вегетативные расстройства, синдром паркинсонизма. Неврологические нарушения складываются в картину рассеянного энцефаломиелита.

Злоупотребление средствами бытовой химии

Речь идет об употреблении с целью одурманивания разнообразных химических веществ из группы летучих растворителей, применяемых в быту и на производстве. Сюда относятся бензин, ацетон, летучие эфироподобные соединения, пары которых при вдыхании оказывают опьяняющее действие. В связи с их широкой доступностью в злоупотребление летучими растворителями вовлекаются не только подростки, но и дети в возрасте 8-10 лет.

При вдыхании летучих веществ возникает легкое оглушение сознания, «тупость в голове», пульсация в висках, головокружение, тошнота, которые сменяются ощущением комфорта, легким возбуждением с разнообразными психосенсорными и галлюциаторными переживаниями. Окружающие предметы воспринимаются как «покрытые туманом» или необычно яркие, они медленно кружатся, перед глазами появляются цветные пятна, в воображении возникают яркие фантастические образы, которые дети обычно называют «мультиками», становятся «то жутко, то дико весело». Могут возникать также и слуховые галлюцинации. Такое состояние длится 2-3 часа и сменяется слабостью, разбитостью, головными болями.

Трудно сказать, насколько опьяняющий эффект летучих соединений может быть оценен как эйфоризирующий. Дети и подростки называют это состояние «приятным», хотя и не могут охарактеризовать его детально. Некоторые из них объясняют желательность наступающего опьянения тем, что на время исчезают жизненные проблемы: «Никто не ругает, не воспитывает». Большое значение имеет также желание приобщиться к наркотизирующейся группе сверстников. Толерантность к вдыхаемым веществам быстро нарастает, и прежние дозы становятся недостаточными. Дети начинают все чаще прибегать к их употреблению, вплоть до того, что смачивают жидкостью рукав и постоянно вдыхают ее пары. Наблюдаются случаи смерти от асфиксии, когда дети вдыхают пары летучих веществ, помещая смоченную ими тряпочку в полиэтиленовый пакет, который надевают себе на голову.

Вопрос об абстиненции при употреблении летучих соединений также является спорным. Описывают, однако, абстинентные явления в виде общей слабости, головной боли, расстройства сна, раздражительности и снижения настроения, которые возникают на второй-третий день после прекращения ингаляций. В пользу существования абстиненций свидетельствуют также высказывания пациентов типа: «не могу удержаться», «очень хочется». Систематическое и интенсивное вдыхание паров токсических жидкостей в течение 1-2 лет ведет к развитию энцефалопатии, сопровождающейся задержкой психического развития; в тяжелых случаях может наблюдаться выраженное слабоумие. Возможно также возникновение острых психозов с нарушением сознания.

Табакокурение

Табакокурение является наиболее частой формой токсикомании. Высушенные листья табака содержат алкалоид никотин, попадающий в организм с вдыхаемым табачным дымом. В невысоких дозах никотин возбуждает клетки центральной нервной системы, что субъективно воспринимается как повышение работоспособности и самочувствия. Первоначальные неприятные ощущения в виде першения в горле, тошноты, головокружения по мере привыкания к табаку постепенно проходят. Это знаменует собой развитие никотинового синдрома. Толерантность быстро возрастает, в связи с чем количество выкуриваемого в день табака увеличивается. Абстинентный синдром сравнительно легкий, в связи с чем у курильщика табака всегда есть возможность самостоятельно бросить курение. Рецидивы, однако, встречаются часто, что бывает связано обычно с внешними провоцирующими факторами: желанием поддержать компанию, умственным и эмоциональным напряжением, алкогольным опьянением.

Особая опасность табакокурения заключается во вредном влиянии никотина и других содержащихся в табаке токсических веществ (в том числе канцерогенных) на организм человека. Табачная смола оседает в бронхах, что ведет к развитию хронического бронхита с бронхоэктазами, эмфиземой легких. Никотин вызывает сужение сосудов, повышение артериального давления. По статистическим данным, смерт-

ность от инфаркта миокарда возрастает у курильщиков в 5 раз, а частота кровоизлияний в мозг — в 3-4 раза. Число больных с предраковыми состояниями и раком среди курящих в 20 раз выше, чем у некурящих. Растворяясь в слюне, никотин и другие вредные вещества раздражающе действуют на слизистую желудка, вследствие чего развиваются гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Табакокурение оказывает вредное влияние не только на самого курящего, но и на окружающих людей (пассивное курение). Курение женщины вредно влияет на развитие плода во время беременности, а также на ребенка в период грудного вскармливания.

Выявление больных наркоманиями и токсикоманиями

Многие больные с синдромом зависимости стремятся скрыть свое пагубное пристрастие к применению психоактивных средств, тем более, что нередко оно связано с уголовно наказуемыми действиями: незаконным хранением и продажей наркотиков, организацией притона. Выявление наркоманов, особенно среди детей и подростков, осуществляется преимущественно медицинскими учреждениями — педагогами и воспитателями школ и училищ, правоохранительными органами. Но и здесь возникают большие трудности в установлении факта болезненного пристрастия. Лица, подозреваемые в употреблении наркотиков, упорно скрывают употребление ими и источники их приобретения. Если даже в кармане подростка родители обнаруживают какие-то таблетки, гашиш, головки мака, он обычно утверждает, что они попали к нему «случайно», а по поводу замеченного употребления говорит, что «только раз попробовал».

Большую роль в раннем выявлении наркоманий и токсикоманий должна играть санитарная пропаганда, особенно среди родителей и педагогов, с разъяснением признаков наркотического опьянения и необходимости возможно более раннего начала лечения. Большую помощь в выявлении зависимости могут оказать также врачи-интернисты общемедицинской сети. При обследовании лиц, злоупотребляющих наркотиками, у них могут быть выявлены следы многочисленных инъекций на верхних и нижних конечностях, не свя-

занные с проводимыми лечебными процедурами, а также характерные для той или иной наркомании соматические изменения. При лечении таких больных часто выявляются упорные и утрированные жалобы на тягостные телесные ощущения, боли, бессонницу, не подтверждаемые данными объективного наблюдения. Они служат предлогом для вымогания лекарственных назначений: снотворных, транквилизаторов, обезболивающих лекарственных препаратов. При лечении в стационаре больные склонны накапливать назначенные им таблетки, выпрашивая их также у других больных в отделении.

Признаком, заставляющим заподозрить наличие наркомании, являются резкие изменения в состоянии больного, когда на фоне вялости, сонливости, пониженного настроения с раздражительностью внезапно возникают необычное оживление, болтливость, бесцеремонность, блеск глаз, расширение зрачков, тремор и другие симптомы наркотического опьянения. Всем таким больным должна быть рекомендована консультация нарколога.

Косвенным и дополнительным признаком наркоманической зависимости является склонность больных, особенно подростков, группироваться с лицами, обнаруживающими асоциальное поведение, занимающимися подозрительным бизнесом и имеющим ранее судимость за совершенные уголовные преступления. При разговоре с ними подозреваемые в наркоманическом пристрастии юноши и подростки проявляют особое оживление и заинтересованность, особенно когда речь заходит об употреблении одурманивающих веществ и способов их незаконного приобретения. В речи их присутствуют жаргонные слова, применяемые наркоманами для обозначения средств и способов наркотизации, возникающих при этом ощущений. Но при всех обстоятельствах единственным надежным средством установления факта наркотизации является наблюдение типичных состояний абстиненции в условиях, когда поступление наркотика или вещества, его заменяющего, в условиях строгого режима исключено полностью или значительно затруднено.

§ 4. Лечение психических расстройств вследствие употребления психоактивных веществ

Достижение стойких положительных результатов лечения психических расстройств вследствие злоупотребления психоактивными веществами остается сложной и во многом еще не решенной задачей. Принцип лечения предусматривает двоякий комплекс терапевтических воздействий на больного с синдромом зависимости: с одной стороны, сугубо биологических, с другой — психологических и социальных.

Медицинские биологические процедуры имеют приоритет в случае тяжелых и опасных для жизни интоксикаций, а также состояний абстиненции, развивающихся вследствие длительной интоксикации психозов и соматических заболеваний. Лечение больного, обратившегося за помощью по поводу синдрома зависимости, обычно начинается с дезинтоксикации. Применяется унитиол в виде 5%-го раствора внутримышечно по 1 мл на 10 кг массы тела 1-4 раза в сутки или 30%-й раствор тиосульфата натрия по 15-20 мл однократно в течение дня, гемодез по 500 мл/сут. Большое значение имеет витаминотерапия, включая применение больших доз тиамина, никотиновой и аскорбиновой кислот. Хороший эффект дают гемосорбция, ультрафиолетовое облучение крови (УФОК), гипербарическая оксигенотерапия. Положительные результаты отмечены от лечения методом транскраниальной электростимуляции, обеспечивающей избирательное стимулирующее воздействие на подкорковые структуры мозга, которые имеют отношение к продукции опиоидных пептидов. Повышение их концентрации в веществе головного мозга, ликворе и периферической крови сопровождается анальгезирующим эффектом. У больных в состоянии абстиненции под влиянием транскраниальной электростимуляции ослабевают астенические и депрессивные компоненты синдрома зависимости, вегетативные нарушения, нормализуется сон. Применяют по 5-6 процедур по 30 мин; в случае необходимости лечение может быть продлено до 10-12 дней и повторено через 2-3 недели.

Больные белой горячкой также нуждаются в неотложной медицинской помощи, которую желательно осуществлять и

палате интенсивной терапии в психиатрической больнице. Но в условиях сельской местности, при невозможности транспортировать больного в психиатрический стационар неотложная помощь должна оказываться в любом лечебном учреждении. Неотложная терапия, так же как и транспортировка больного в психиатрическую больницу, требует предварительных мероприятий по купированию психомоторного возбуждения, которое при алкогольном делирии может достигать крайних степеней интенсивности. Применение нейролептиков для купирования возбуждения сопряжено с риском, так как нейролептики, особенно аминазин, способствуют повышению проницаемости стенок кровеносных сосудов, падению артериального давления, отеку головного мозга и легких. Установлено, что при применении аминазина смертность при делирии повышается в 4-5 раз. Исключение среди нейролептиков представляет галоперидол, оказывающий сравнительно небольшое отрицательное влияние на соматическое состояние больных белой горячкой.

С целью купирования возбуждения рекомендуется применять внутривенное струйное введение 2-4 мл 0,5%-го раствора седуксена (реланнума). В случае недостаточного седативного эффекта инъекция повторяется или вводится внутривенно 0,5 мл 0,5%-го раствора галоперидола и 15-20 мл 20 % раствора оксибутирата натрия (смесь вводится медленно). Дополнительно могут также назначаться внутримышечные инъекции пипольфена (50 мг) или димедрола (10—30 мг). Если острое возбуждение удалось купировать, применяется способ поддержания снотворного эффекта путем капельного внутривенного введения 20%-го раствора оксибутирата натрия на протяжении 10-12 часов (до 10 г препарата). При угнетении функции дыхания применяется бемеград. Одновременно проводится дезинтоксикационная терапия, вводятся большие дозы тиамниновой кислоты. Последняя является также основным средством патогенетической терапии корсаковского полнейвритического психоза.

При затяжном и хроническом алкогольном галлюцинозе применяется в основном нейролептическая терапия, которая продолжается длительно после выписки больного из психиатрического стационара в условиях амбулаторного наблюд-

ния. Назначается постоянный прием галоперидола, триседила, трифтазина (стелазина), этаперазина. При усилении тревоги и страха они сочетаются с приемом нейролептиков преимущественно седативного действия, таких как аминазин, тизерцин. При наличии сопутствующей депрессии нейролептическая терапия комбинируется с назначением антидепрессантов. Обязательно проводится также противорецидивная антиалкогольная терапия и лечение сопутствующих соматических заболеваний, связанных с хроническим алкоголизмом.

Лечение синдрома зависимости заключается в мероприятиях, направленных на достижение полного отказа от употребления психоактивных веществ. Любые попытки ограничить их употребление эпизодическим приемом умеренных доз не приводят к успеху. Абсолютное воздержание от приема психоактивных веществ, служащих средством одурманивания, является условием любого метода лечения.

Схема лечения включает три основных этапа. Первый этап заключается, как было указано выше, в медикаментозном лечении состояния абстиненции; на этом этапе важно установить с больным психотерапевтический контакт. Второй этап заключается в проведении активной терапии, направленной на преодоление влечения к употреблению психоактивных веществ; она осуществляется в условиях наркологического стационара, но может также проводиться амбулаторно, особенно, если речь идет о лечении алкоголизма. Третий этап — поддерживающее амбулаторное лечение и проведение мероприятий по профилактике рецидивов; на этом этапе осуществляется реабилитация больных.

С целью выработки стойкого отвращения к алкоголю используется условно-рефлекторная терапия (УРТ). Сущность ее заключается в том, что запах алкоголя и его вкус при прополаскивании рта раствором этанола многократно сочетается с рвотной реакцией, вызываемой подкожной инъекцией 0,3—1 мл 0,5%-го раствора солянокислого апоморфина или другого рвотного средства. В результате образуется условный рефлекс отвращения к спиртным напиткам. Теоретической основой такого научения служит концепция бихевиоризма, согласно которой человек формируется обществом через сис-

тому поощрений и наказаний. Условное наказание при приеме спиртного должно подавить условное удовольствие, получаемое от него алкоголиком. Процедура сочетания приема алкоголя с введением рвотного средства повторяется через день до 15—25 раз. Она подкрепляется энергичным внушением врача: «Впредь один лишь вид и запах спиртного будет вызывать отвращение и тошноту!».

Применяется также сенсibiliзирующая к алкоголю терапия с помощью фармакологического препарата антабуса (антагила). Механизм его действия заключается в том, что препарат задерживает окисление алкоголя в организме и вызывает повышение содержания в крови его недоокисленного токсичного продукта — ацетальдегида. Последний тормозит тканевое дыхание и приводит к кислородному голоданию, проявляющемуся гиперемией кожных покровов, одышкой, тахикардией, повышением артериального давления, пульсирующей головной болью и головокружением, которые сопровождаются тяжелым общим самочувствием и страхом смерти. Подобная реакция возникает, если больной алкоголизмом на фоне постоянного приема антабуса употребит тот или иной алкогольный напиток. Степень выраженности этой реакции в индивидуальных случаях значительно колеблется; в отдельных случаях она может завершаться развитием тяжелых неврологических осложнений; описываются даже летальные исходы. Поэтому перед началом лечения больному подробно разъясняют принцип действия препарата и берут у него расписку в том, что он предупрежден об опасности употребления алкоголя в период лечения. Об этом сообщается и родственникам больного. Но и вне приема алкоголя антабус может вызывать побочные действия и осложнения в виде астении, тошноты и рвоты, аллергических реакций, в отдельных случаях — токсического гепатита, гастрита. При длительном приеме антабуса возможны также острые психозы с нарушением сознания продолжительностью около недели.

Все больные, прошедшие амбулаторно или в стационаре курс активной противоалкогольной терапии, нуждаются в поддерживающем лечении. Рекомендуется проводить 1-2 раза в год повторные укороченные курсы УРТ. Назначаются сен-

снбилизующие к алкоголю препараты, среди которых положительно зарекомендовал себя эспераль — препарат пролонгированного действия, который имплантируется в мышцы живота, ягодицы или бедра и в результате медленного рассасывания продолжает действовать на протяжении нескольких месяцев; действие его аналогично действию антабуса. С целью устранения характерных для алкоголизма вегетативных нарушений применяются иглорефлексотерапия, лазеротерапия. Невротические симптомы и симптомы фрустрации (тревоги) требуют назначения седативных средств, в качестве которых с успехом используются растительные препараты седативного действия.

На всех этапах лечения больных алкоголизмом большое значение имеет рационально построенная психотерапия. Ею должно быть пронизано любое проводимое лечение. Настойчивое и длительное психотерапевтическое воздействие на больного особенно эффективно тогда, когда на помощь врачу приходят семья больного и производственный коллектив, способные морально поддержать пациента в период лечения и последующего периода трезвенничества. В беседе с больными не следует прибегать к скучным наставлениям, осуждению или запугиванию. Главной задачей является внушить больному веру в выздоровление, возвращение к здоровому и трезвому образу жизни, пробудить у него доверие к себе самому. Чуткость и внимательность врача должны при этом сочетаться с разумной требовательностью и твердостью. Самым трудным является вопрос об абсолютном и постоянном трезвенничестве, так как у многих больных отношение к нему несерьезное, ироническое или полностью отрицательное. Поэтому одной из главных тем бесед с больными является выяснение их отношения к перспективе трезвенничества, преодоление ложных представлений о малой значимости своего пьянства и его последствий («Пью как все... Меня и не тянет»), что составляет основу алкогольной анозогнозии. Только упорством, терпением и искренним желанием помочь больному врач может заслужить доверие и добиться правильной установки больного на длительное лечение, без которого достижение стойкого положительного результата маловероятно.

В период активного лечения и последующего амбулаторного наблюдения рекомендуются также повторные курсы гипно-суггестивной терапии, принципы которой были разработаны в начале нынешнего столетия В.М.Бехтеревым. Сеансы гипнотерапии желательно осуществлять в группе больных алкоголизмом численностью 8-15 чел. Лечебные внушения в состоянии гипнотического погружения включают в себя краткие, но емкие и эмоционально насыщенные формулировки, в которых раскрывается губительное влияние пьянства на человека, внушается отвращение к виду, запаху и вкусу спиртных напитков, уверенность в своих силах преодолеть пагубное влечение («Водка — яд! Один лишь вид, запах спиртного вызывают отвращение, тошноту! Вы чувствуете, как крепнет ваша воля в борьбе с пагубным влечением!» и т. п.). Психотерапия должна обязательно сочетаться с мероприятиями по реабилитации больных, восстановлению нарушенных связей с обществом, отношений в семье, на производстве.

Существующие методы активного и поддерживающего лечения алкоголизма дают положительные результаты, но они, к сожалению, не всегда бывают стойкими. По данным Ставропольского краевого наркологического диспансера, при комплексном лечении больных алкоголизмом ремиссии длительностью от 1 до 2 лет в разные годы регистрировались у 21,5—24,4 % леченых больных, а длительностью от 2 до 3 лет — у 19,0—20,4 %. Длительные ремиссии, продолжительностью более 5 лет, по данным многих авторов, не превышают 5 %. Рецидивы алкоголизма возникают как под влиянием неблагоприятных бытовых условий (конфликты в семье, разводы), так и в связи с непрекращающимся патологическим влечением к алкоголю, связанным с биологическими факторами болезни. Неудержимое (компульсивное) влечение проявляется чувством внутреннего напряжения, тревогой, подавленным настроением, суетливостью, в результате которых действия больных лишаются сознательного контроля, и он начинает действовать, не отдавая себе полного отчета в мотивах своих поступков, находит предлог для употребления спиртных напитков и доводит себя до состояния тяжелого опьянения.

Стойкое и интенсивное патологическое влечение, не поддающееся собственному контролю и терапевтическим воздействиям, характеризует собой злокачественный тип алкоголизма, при котором в течение нескольких лет наступает конечная его стадия с глубокой деградацией личности. На другом полюсе находится относительно доброкачественный (стадионарный) тип течения, при котором, несмотря на систематическое злоупотребление алкоголем и наличие всех симптомов зависимости, больные сохраняют способность к ситуационному контролю за своим поведением и могут воздерживаться от употребления алкоголя, когда это абсолютно необходимо. В этих случаях больные могут длительно сохранять семейные и производственные связи, скрывая от окружающих свое болезненное пристрастие. Возможен даже их профессиональный рост.

Лечение больных с синдромом зависимости в случае злоупотребления наркотическими и другими неалкогольными психоактивными веществами, как правило, предусматривает помещение пациентов в наркологический или психиатрический стационар, так как преодолеть патологическое влечение к данному веществу в амбулаторных условиях бывает трудно. При поступлении в стационар в подавляющем большинстве случаев психоактивное вещество отнимается не постепенно, а одномоментно, даже если это ведет к тяжелой абстиненции. Последняя купируется дезинтоксикационными средствами. При выраженных психических нарушениях в виде тревоги, двигательного беспокойства, психомоторного возбуждения назначаются нейролептические препараты. Нарушения сна также купируются нейролептиками с выраженным снотворным действием (аминазин, тизердин, лепонекс, хлорпротиксен). Не утратило значения широко применявшееся в прошлом лечение инсулином в дозах, вызывающих натошак выраженную гипогликемию со слабостью, обильным потом, чувством голода, легким затемнением сознания; используются также теплые ванны и влажные обертывания.

Уже в периоде абстиненции должна быть начата психотерапия. Именно при наличии выраженных соматических нарушений больные, особенно подростки, бывают более доступны врачебному внушению, касающемуся необходимости ле-

чения и прекращения злоупотребления психоактивными веществами. Такое внушение наиболее эффективно в перноте угасания наиболее тяжелых явлений абстиненции, когда стихает психомоторное возбуждение, больные прекращают попытки любыми путями уйти из стационара, добыть наркотики и начинают прислушиваться к словам врача. Последующая психотерапия строится на основе создания у больного установок личности на здоровый образ жизни, реализацию своих способностей в трудовой деятельности и достижение социально-положительных целей. Гипносуггестивная терапия, как правило, бывает неэффективна. Гораздо большее значение имеют семейная психотерапия и социальная поддержка, составляющие основу реабилитации больного.

Неудовлетворенность результатами лечения алкоголизма, наркоманий и токсикоманий активизирует поиски новых методов преодоления синдрома зависимости. Критический пересмотр традиционных методов лечения, опирающихся на воздействие на больного извне, на внушение, авторитарное навязывание образа жизни, нередко отвергаемого пациентом, заставляет искать новые методы психотерапии, которые не оставляли бы личность больного пассивной, мало участвующей в преодолении болезненной потребности в одурманивающем веществе.

Применяется групповая психотерапия, которая ставит задачу посредством группового общения помочь больному принять себя таким, как есть, стать интегрированной, ответственной личностью, делающей свои собственные выборы, обрести поддержку среди других членов группы. Во многих странах пользуется популярностью Общество анонимных алкоголиков (АА), рассчитанное на само- и взаимопомощь людей, страдающих алкоголизмом. Это абсолютно добровольное и независимое объединение людей, основная цель которого — помочь алкоголику бросить пить и избрать полноценный, здоровый образ жизни. Программа АА — это программа доверия и открытости. Главное условие: человек должен признать свое бессилие перед алкоголем и потерю контроля над своей судьбой. Это лишает алкоголика иллюзий, что когда-нибудь он сможет вновь начать употребление алкоголя, как обычные люди. До конца жизни члены АА

должны повторять фразу: «Я — алкоголик». Это признание служит преодолению алкогольной анозогнозии и является действенным тогда, когда оно получает одобрительную оценку других людей, так как свидетельствует об осознании своего порока и готовности бороться с ним. На своих встречах члены АА откровенно делятся своими проблемами и рассказывают о собственном опыте их преодоления. Одной из их заповедей является обязательство, достигнув духовного пробуждения, донести смысл этих идей до других алкоголиков, которые еще страдают. Немалую роль в процессе духовного обновления членов АА играют заповеди религии. Аналогичные сообщества формируют люди, страдающие пристрастием к употреблению наркотиков. В их добровольных объединениях (колониях) в качестве инструкторов выступают не профессионалы, а люди, ранее сами страдавшие наркоманией, но сумевшие путем собственных усилий и при поддержке других членов группы полностью избавиться от этого пристрастия.

Психотерапевтические группы несомненно играют заметную роль в общем комплексе лечебно-оздоровительных мероприятий при синдроме зависимости. Но эту роль нельзя абсолютизировать, так как в их принципах не заложено понимание биологических механизмов патологического влечения к употреблению психоактивных веществ. Имеющиеся в литературе указания на их высокую эффективность не учитывают тот факт, что к участию в терапевтических группах избирательно привлекаются люди, добровольно изъявившие согласие участвовать в программе реабилитации и готовые прилагать усилия в борьбе со своей патологической зависимостью. Они составляют лишь часть больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. Поиск эффективных методов профилактики и лечения болезненного пристрастия к употреблению психоактивных веществ остается одной из наиболее актуальных задач современной наркологии и психиатрии.

Оглавление

Введение	3
Глава I. Основные направления в развитии психиатрии	7
Глава II. Понятие психического заболевания	23
Глава III. Методы психиатрического обследования больных	27
§ 1. Психопатологический метод	27
§ 2. Экспериментально-психологические методы исследования. Психодиагностика.	35
§ 3. Соматическое обследование больных психическими заболеваниями.	47
§ 4. Исследование нервной системы при психических заболеваниях.	49
§ 5. Клинико-генетическое обследование психически больных.	54
Глава IV. Классификация психических болезней	59
Глава V. Клиническая психопатология	65
§ 1. Синдромы функциональных психогенных расстройств психической деятельности	65
1. Тревожные и фобические расстройства	76
2. Обсессивно-компульсивное расстройство	80
3. Одержимость	83
4. Неврастенический синдром	86
5. Аффективные расстройства	88
6. Суицидальные реакции	90
7. Сверхценные идеи	93
8. Диссоциативные расстройства	97
9. Посттравматическое стрессовое расстройство	98
§ 2. Синдромы эндогенных психических заболеваний	99
1. Аффективные расстройства, или расстройства настроения	108
2. Бредовые расстройства	116
3. Шизоаффективные расстройства	124
4. Онейроидный синдром	126
5. Кататонический синдром	128
6. Гебефренический синдром	132
§ 3. Органические психопатологические симптомы	135
1. Психопатологические синдромы при остро развивающейся мозговой патологии	141
2. Психопатологические синдромы при хронической мозговой патологии	145
Глава VI. Терапия психических заболеваний	195
§ 1. Психофармакотерапия	197
§ 2. Психотерапия	202

Частная психиатрия

Глава VII. Функциональные психогенные заболевания	221
§ 1. Неврозы	221
Этиопатогенез.	222
1. Неврозы детского возраста.	224
2. Неврозы у взрослых.	233
§ 2. Расстройства личности	247
1. Расстройства личности в детском и подростковом возрасте	252
2. Расстройства личности в зрелом возрасте	260
§ 3. Лечение функциональных психогенных заболеваний ...	266
§ 4. Профилактика неврозов и расстройств личности.	269
Глава VIII. Эндогенные психические заболевания	277
§ 1. Шизофрения	277
Этиопатогенез.	279
1. Шизофрения с началом заболевания в детском и подростковом возрасте.	282
2. Шизофрения с началом в зрелом возрасте.	287
Малопрогрессирующая шизофрения.	291
Прогрессирующая параноидная шизофрения.	293
Приступообразно-прогрессирующая (шубообразная) шизофрения.	294
3. Лечение шизофрении	303
4. Реабилитация больных	306
§ 2. Аффективные психозы	308
Лечение	312
Глава IX. Полиэтиологические психические заболевания с поражением головного мозга и мозговыми дисфункциями	313
§ 1. Эпилепсия	313
Виды эпилептических припадков	314
Эпизодические психические нарушения.	317
Эпилептические психозы.	319
Хронические изменения личности	320
Лечение	322
Эпилептический статус	325
§ 2. Умственная отсталость.	326
Диагноз	331
Этиопатогенез	333
Болезнь Дауна.	336
Синдром Клайфельтера.	337
Фенилпировиноградная олигофрения (фенилкетонурия).	338
Лечение	339
Глава X. Психические расстройства в связи с атрофическими заболеваниями головного мозга	343

§ 1. Болезнь Альцгеймера	343
§ 2. Старческое слабоумие	345
§ 3. Болезнь Паркинсона	347
Лечение	348
Глава XI. Психические расстройства при опухолях головного мозга	349
Патогенез	350
Клиническая картина	350
Лечение	352
Глава XII. Психические расстройства в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями	353
§ 1. Психические расстройства при ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркте миокарда	353
Патогенез	353
Клиническая картина	355
Лечение	357
§ 2. Психические расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии	359
Патогенез	360
Клиническая картина	361
Сосудистые психозы	363
Лечение	366
Глава XIII. Психические расстройства в связи с общими соматическими и инфекционными заболеваниями	369
Соматически обусловленные пограничные психические расстройства	371
Соматически обусловленные психоорганические расстройства	375
Соматически обусловленный экзогенный тип реакции (ЭТР)	379
Глава XIV. Психические расстройства в связи с травмами головного мозга	385

Наркология

Глава XV. Психические расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	395
§ 1. Алкоголизм	403
§ 2. Алкогольные психозы	414
1. Алкогольный делирий	415
2. Алкогольный галлюциноз	419
§ 3. Наркомании и токсикомании	422
§ 4. Лечение психических расстройств вследствие употребления психоактивных веществ	434

Владимир Сергеевич Чудновский,
Николай Федорович Чистяков

Основы психиатрии

Корректоры: *О. Милованова, В. Югобашьян*

Лицензия ЛР № 062308 от 24 февраля 1993 г.
Сдано в набор 20.02.97. Подписано в печать 14.04.97. Формат 84×108/32. Бумага газетная. Гарнитура CG Times. Печать высокая. Усл. п. л. 23,52. Тираж 10000 экз. Зак. № 101

Издательство «Феиикс»
344007, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 17

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга»
344019 г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57.