

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Под общей редакцией
профессора А. А. Кирпиченко

Утверждено
Министерством образования Республики Беларусь
в качестве учебника для студентов
специальности «Лечебное дело» учреждений,
обеспечивающих получение
высшего образования



Минск
«Вышэйшая школа»
2005

УДК 616.89(075.8)

ББК 56.14я73

П 86

Авторы: А. А. Кирпиченко, Б. Б. Ладик, В. С. Федосеенко, А. С. Богданов, А. И. Лапицкий, А. А. Кирпиченко, Е. В. Мартынова

Рецензенты: заведующая кафедрой психиатрии и медицинской психологии БГМУ, доктор медицинских наук, профессор *Е. И. Скугаревская*; доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии БГМУ *Ф. М. Гайдук*; доктор медицинских наук, профессор кафедры общей и педагогической психологии БГПУ им. М. Танка *С. А. Игумнов*

Все права на данное издание защищены. Воспроизведение всей книги или любой ее части не может быть осуществлено без разрешения издательства.

После выхода первого издания учебного пособия «Психиатрия» прошло более 20 лет, за которые в данной области произошли значительные изменения. Определилась необходимость социально-правовой регламентации и гарантии прав граждан при оказании психиатрической помощи. С учетом современных законодательных и инструктивных документов повысилась требовательность к морально-этическим нормам профессиональной деятельности врача-психиатра, что явилось основанием для формирования Кодекса профессиональной этики психиатра Республики Беларусь. Незыблемыми остались принципы соблюдения медицинской деонтологии для врачей всех специальностей. Эти требования к деятельности врача (и врача-психиатра в частности) легли в основу первого раздела учебника.

Современные требования к клинической психиатрии заключаются в создании надежных и стандартизированных критериев оценки психопатологических расстройств, которые могли бы быть сравнимы и сопоставимы на международном уровне.

В этой связи следует научиться переводить описательные, качественные характеристики психопатологии на формализованный клинический язык.

В книге представлены контрольные задания, включающие описание различных признаков психической патологии – от симптомов и синдромов до различных вариантов психических расстройств. В конце каждого контрольного зада-

ния даны общие вопросы, на которые из всего массива задания необходимо выделить релевантные ответы и сформулировать их, используя психиатрическую терминологию.

Кроме этого описаны задачи, взятые из реальных дневников, писем, высказываний больных, требующие проведения контент-аналитической работы. Сущность контент-анализа (*content* – содержание) заключается в изучении содержания текста с выделением в нем клинических проявлений нарушения познавательных процессов и их квалификации, что создает возможность формирования умения сравнивать, объединять, обобщать анализируемые факты. Одна часть отражает расстройство восприятия, другая – нарушение мышления, причем каждая задача содержит ряд диагностических признаков.

На примерах конкретных клинических историй болезни в следующем разделе приводятся описания заболеваний, наиболее часто встречающихся в психиатрической клинике. В эту часть включены 24 задания, по каждому из которых, исходя из проведенного описания заболевания, требуется определить: 1) ведущий синдром; 2) развернутый клинический диагноз; 3) сходные нозологические формы, от которых следует отличать диагностируемую болезнь; 4) лечение; 5) прогноз в отношении жизни, трудоспособности, выздоровления и исхода болезни.

Кроме того, имеется перечень основных практических умений с кратким их описанием, разделенный по уровням их сложности.

В связи с большим риском совершения психически больными самоубийства (суицидальных действий) в учебник включен диагностический опросник (шкала Гамильтона) для оценки депрессии, который позволяет количественно установить выраженность депрессии и выявить суицидальные намерения.

Для приобретения навыков по диагностике алкогольных проблем и зависимости от психоактивных веществ, связанных с употреблением наркотиков, приводятся краткий скрининговый опросник (УРВО) для определения наличия алкогольной зависимости и расширенный Мичиганский алкогольный скрининг-тест.

В разделе частной психиатрии представлено описание психических расстройств в сопоставимом виде по МКБ-9 и МКБ-10.

Клинические проявления расстройств психической деятельности столь закономерны, что психиатрический диагноз, по мнению А.В. Снежневского, можно сравнить с математической логикой.

В процессе диагностики от врача-психиатра требуется наличие глубоких и всесторонних знаний, логического мышления и профессионального опыта.

Знание семиотики психопатологических расстройств (симптомы, синдромы), их клинического обозначения и содержательного описания позволяет переводить мысли, чувства, высказывания, поведение больных на язык стандартизированных профессиональных терминов и понятий.

Логическое мышление позволяет устанавливать внутренние связи и зависимости между отдельными психопатологическими проявлениями, расценивать их как единое целое. Логическое мышление дает возможность объединять симптомы в синдромы; по степени их клинической значимости выделять облигатные (главные) и факультативные (дополнительные), тем самым формировать структуру синдрома. Логическое понимание течения заболевания, при котором происходят вполне определенные динамические изменения психопатологических расстройств, является условием установления степени тяжести процесса и прогноза его дальнейшего развития.

Профессиональный опыт врача-психиатра формируется не только в процессе практической деятельности, но и при изучении описания другими врачами клинических наблюдений, как типичных, так и атипичных, или редких случаев психических расстройств.

Полученные студентом знания могут быть объективно оценены по тестовым вопросам книги, в ответах на которые предусмотрены самые различные варианты индуктивно-дедуктивных умозаключений. В приложениях приведены правильные ответы по всем тестовым заданиям для самопроверки.

РАЗДЕЛ 1

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ

Глава 1. ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В ПСИХИАТРИИ

В нашу эпоху, насыщенную многообразными событиями, этика все больше связывается с узловыми социально-политическими, экономическими и научными проблемами современности. Так, этической оценке подлежат последствия научно-технического прогресса, экономические проблемы, многие процессы и события международной жизни. Острота этих проблем все больше затрагивает судьбы отдельных людей, что не только предлагает им новый образ мыслей и поведения, но и изменяет и расширяет ценностные ориентации, требует их четкого осмысления и однозначной определенности. Задача этики всегда состояла в осмыслении и решении проблем, стоящих перед нравственным сознанием, с позиции общей концепции мира и места человека в этом мире.

Медицинская этика как часть общей этики отражает мировоззренческие позиции, исходную систему ценностей, которые формируют принципы, нормы и стандарты, определяющие профессиональный выбор и поведение врача.

Медицинская деонтология (*deontos* – долг, должное; *logos* – учение) больше отражает сами эти конкретные нормы и стандарты.

Современный этап истории медицинской этики связан с окончанием Второй мировой войны. На Нюрнбергском процессе над медиками-нацистами (1946–1947 гг.) были раскрыты факты проведения бесчеловечных медицинских экспериментов над узниками концлагерей, акций заморозки неизлечимо больных (преимущественно с психическими расстройствами), насильственной стерилизации представителей «неарийской расы» и т. д.

В приговоре врачам-нацистам сформулирован Нюрнбергский кодекс из 10 этических правил проведения экспериментов на человеке, включающих добровольное осознанное согласие, право испытуемого в любой момент отказаться от участия в эксперименте, исключение экспериментов, заведомо ведущих к смерти или инвалидности испытуемого, и т. д. В 1948 г. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) приняла Женевскую декларацию – современный аналог клятвы Гиппократата, в которой говорится также, что врач не вправе допустить, чтобы соображения религии, национальности, партийной, политической принадлежности или социального положения препятствовали выполнению его долга перед пациентом.

В 1949 г. ВМА принимает Международный кодекс медицинской этики, в котором неэтичным признается участие в медицинской деятельности врача, не обладающего профессиональной независимостью; любое саморекламирование, не получившее одобрения профессионального врачебного сообщества; получение любой суммы денег, помимо соответствующего профессионального вознаграждения. Любое действие или совет, которые могут ослабить физическое или умственное сопротивление человека, можно использовать только в его интересах; врач должен утверждать или свидетельствовать лишь то, что он лично проверил; при обнародовании новых методов лечения врач должен соблюдать величайшую осторожность и т. д.

В медицине второй половины XX в. возникли проблемы, связанные с ускоряющимся научно-техническим прогрессом, новыми концепциями смерти человека, проведением биомедицинских экспериментов на людях, пересадкой органов и др. Так, в 1959 г. впервые в медицинской литературе было описано состояние «смерти мозга». В ходе реанимации возникает полное необратимое прекращение всех функций головного мозга при искусственном поддержании дыхания и кровообращения. На всем этом отрезке времени велись дискуссии о новой концепции смерти, согласно которой смерть человеческого индивида отождествляется со смертью его головного мозга. Особое значение эта тема приобрела после первой пересадки сердца в 1967 г. в связи с тем, что в подавляющем большинстве донорами жизненно важных органов являлись пациенты

с погибшим мозгом. Пересадка органов оказалась в центре философских, этико-правовых, социальных, морально-нравственных проблем, не имеющих однозначного решения. Возникли вопросы права человека на смерть с достоинством, эвтаназии, медицинского вмешательства в репродукцию человека (искусственный аборт, стерилизация, искусственное оплодотворение, а в последнее время и клонирование), об этической допустимости применения современных методов медико-генетического контроля. Особое место в ряду «проблемных ситуаций» медицины занимают эксперименты с привлечением человека в качестве объекта с обязательностью добровольного осознанного согласия.

Ответы на все эти вопросы в настоящее время следует искать не только в самой медицине и даже не столько в самой науке, сколько во взглядах и ценностях, присущих современному обществу. Смыкаясь с правозащитной идеологией, медицинская этика (биоэтика) оказалась в центре бурных и разнообразных современных идейных дискуссий, общественных движений, в которые включены врачи, философы, теологи, юристы и другие специалисты. Таким образом, биоэтика приобрела междисциплинарный характер и социальную нравственность. Приоритетной ценностью становится уважение моральной автономии личности, ответственность за принятие решений распределяется между врачом и пациентом. Система ценностей, определяющая моральный выбор и врача и пациента, больше не является жестко заданной медицинской этической традицией, становится динамичной и по-новому устойчивой, поскольку вся она основывается на приоритете прав пациента, защите гражданских прав личности в условиях современной медицинской практики.

Профессиональная этика в психиатрии имеет единые корни с медицинской этикой и представляет собой одну из ее конкретных форм. Выделение «психиатрической этики» в самостоятельный раздел связано с особенностями психиатрической практики, спецификой проблем, которые не могут быть решены путем простых аналогий с другими сферами медицинской деятельности.

Среди медицинских дисциплин психиатрия является наиболее социальной по своему предмету, методологии исследований и практических действий. Влияние социаль-

ных факторов не только определяет состояние психического здоровья, но и распространяется на понимание сущности и границ психической патологии, целей и методов психиатрического вмешательства. Социальная ориентированность психиатрии часто превращала ее в арену борьбы различных идеологий, общественных мнений, социальных, этических и правовых концепций, возлагала на психиатров высочайшую нравственную ответственность перед обществом. Это обусловлено, во-первых, тем, что психиатрия всегда имеет дело с болезненным изменением личности человека, которое деформирует ее социальные отношения, накладывает отпечаток на ее восприятие и мышление.

Отсутствие строгих и однозначных критериев отграничения нормы от патологии, наличие социально обусловленных деформаций личности и отклонений поведения у практически здоровых людей повышает риск расширенного толкования понятия психической патологии, гипердиагностики психических заболеваний, переноса клинических оценок и терминов на множество вариантов индивидуального своеобразия личности и социального поведения человека. В условиях недостаточной определенности диагностических критериев, изменчивости методологических подходов и клинических концепций возрастает опасность не только ошибочных суждений, но и намеренных искажений действительности, установления социальных обстоятельств или субъективных предубеждений. Поскольку цена таких искажений слишком велика, профессиональная этика требует от психиатра предельной честности, объективности и ответственности при вынесении заключений о состоянии психического здоровья обследуемых лиц.

Во-вторых, лица, признанные душевнобольными, как бы гуманно ни относилось к ним общество, неизбежно попадают в особую категорию лишенных в полной мере социального доверия и потому ущемленных в моральном отношении и испытывающих на себе различные социальные ограничения. Полное устранение всех ограничений, которые накладывает общество на душевнобольных, невозможно, поскольку само психическое заболевание накладывает определенные ограничения на жизнедеятельность человека: «стесняет» его свободу, искажает взаимоотно-

шения с действительностью, затрудняет социальную адаптацию, вызывает нарушения поведения, повышая в ряде случаев риск опасных действий, наносящих вред самому больному и другим людям. Однако размеры и характер социальных ограничений, которым подвергаются больные, должны соответствовать степени тяжести их расстройств, а не обращаться неизбежно против каждого, кто получает помощь у психиатра. Одной из важных задач психиатрической этики является повышение терпимости общества к лицам с психическими отклонениями, преодоление барьеров предвзятости, отчуждения, а также регулирование социальных санкций в отношении психически больных.

В-третьих, существенной особенностью, отличающей психиатрию от других медицинских дисциплин, является применение к некоторым категориям больных мер принуждения и даже насилия. Если учесть, что без согласия пациента или вопреки его желанию психиатр может при определенных условиях провести его освидетельствование, установить диспансерное наблюдение, поместить в психиатрический стационар, применить психотропные препараты и иные воздействующие на психику методы лечения, то становится очевидным, что масштабы и последствия принуждения в психиатрической практике достаточно значительны. Недобровольное оказание помощи включает в себе глубокое и напряженное противоречие между необходимостью применения медицинских мер к лицам, которые в силу своего болезненного состояния представляют опасность или не осознают грозящего им вреда, и их отказом от предлагаемой медицинской помощи. В тех случаях, где болезнь проявляется не столь грубыми и очевидными для всех нарушениями, а умеренно выраженными расстройствами при формально организованном поведении, применение принуждения может производить на больного и окружающих впечатление «произвола», «репрессии», а уж никак не помощи. Постановка психиатрического диагноза может быть также отнесена к недобровольным мерам, с которыми больные бывают не согласны, против чего иногда активно выступают и считают «произволом» и «злоупотреблением».

Помимо прямого принуждения в психиатрической практике встречается и косвенное принуждение, выражающееся в различных формах морально-психологического

давления на пациента с целью добиться от него «добровольного» согласия на психиатрическую помощь.

Возможность принуждения (прямого или косвенного) создает вокруг психиатрии пугающий ореол, вызывает недоверие общества, но уже не к душевнобольным, а к психиатрам и порождает у граждан естественное стремление оградиться от необоснованного вмешательства в свою жизнь. И если отказ от принуждения в психиатрии нереален до тех пор, пока существуют тяжелые психические расстройства, то установление социального контроля за применением насильственных мер вполне реально. Таким образом, задачей психиатрической этики является ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью, что служит гарантией соблюдения прав человека.

В-четвертых, особенность психиатрии состоит в том, что ее пациенты демонстрируют широкий диапазон способности к свободному волеизъявлению. На одном его полюсе находятся те больные, которые из-за тяжелых поражений психики не могут не только самостоятельно защитить, но и выразить свои интересы. На другом — те, кто по степени своей личностной автономии, персональной ответственности, интеллектуального развития, правового и нравственного сознания не уступают врачу-психиатру (а порой и превосходят его), несмотря на наличие пограничных психических расстройств.

Применительно к первой категории больных с психозами или слабоумием соответствующей является патерналистская («родительская») модель, которая оставляет за врачом право выбора методов оказания психиатрической помощи и ограничивает участие пациента в принятии решения. Однако патерналистский подход не означает полного игнорирования мнений или предпочтений пациента, подавления его воли и безграничного принуждения. Подобно всякому разумному родителю, врач стремится прежде всего к взаимопониманию, допускает свободу, инициативу «подопечного» и лишь в решающие моменты использует всю полноту данных ему правомочий. Но все же власть эта настолько велика, что не должна оставаться без этического контроля. Ее моральными ограничениями служат добросовестность и ответственность врача-психиатра.

Больные с менее тяжелыми психическими расстройствами вполне способны к самоопределению, выражению собственных интересов, различению пользы и вреда. При таких условиях отношения врача и пациента должны строиться на основе «партнерства» с четким распределением полномочий. Врач выступает в роли компетентного профессионала, который оценивает состояние здоровья пациента, сообщает ему свое мнение и предлагает ту или иную медицинскую помощь, а пациент выбирает или отклоняет ее по своему усмотрению. Ответственность за выбор и решение ложится на пациента, а за качество обследования и лечения – на врача. В партнерской модели нет места принуждению; психиатрическая помощь оказывается исключительно на добровольных началах. Однако и в этой модели есть этически уязвимые места. Право пациента на самоопределение, его ответственность за принятие решения, особенно в случае отказа от медицинской помощи, могут оказаться ширмой, скрывающей безответственность врача, его незаинтересованность в здоровье и благополучии пациента. Если при патерналистских отношениях забота о больном сопряжена с ограничением свободы и врачебным вмешательством, то при партнерских отношениях соблюдение свободы и невмешательства порой чреваты безразличием к судьбе пациента.

Более привлекательна поэтому «совещательная» модель, где врач выступает не как бесстрастный функционер, выполняющий заказы потребителя, а как друг, учитель, советчик, помогающий пациенту выбрать единственно правильное решение. Тактика активного, заинтересованного обсуждения, разъяснения, убеждения при этом отличается и от принуждения, и от пассивной безучастности.

Партнерские или совещательные отношения морально и профессионально неприемлемы при оказании помощи больному с кататоническим возбуждением или при госпитализации слабоумного, беспомощного пациента, также как и патерналистский подход к лицу, страдающему невротическими расстройствами. Даже к одному и тому же пациенту указанные отношения могут сменять друг друга на разных этапах течения болезни, например в период обострения и во время ремиссии. В этом специфика и сложность психиатрии. Поэтому одной из задач психиатрической этики является установление оптимальных

взаимоотношений врача и пациента, способствующих реализации интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.

В-пятых, особенностью психиатрии как объекта этического регулирования является двуединая функция защиты интересов больного и интересов общества. Противоречивость этого требования следует из несовпадения личных и общественных интересов, которое, однако, не означает их полной и абсолютной противоположности. Общим моральным основанием, из которого исходит любая медицинская (в том числе психиатрическая) практика, является ценность здоровья и жизни человека. Предполагается, что сохранение и укрепление психического здоровья находится в сфере интересов каждого отдельного человека и общества в целом. В профессиональной деятельности врача-психиатра, направленной на устранение психических расстройств и охрану психического здоровья, интересы отдельного больного и общества совпадают. Эта нравственная установка сохраняет свое принципиальное значение при анализе трех типов конфликтных ситуаций, когда: 1) актуальное поведение больного противоречит его собственным объективным интересам; 2) поведение больного противоречит общественным интересам; 3) общество или его отдельные члены наносят ущерб интересам больного.

В ситуациях первого типа врач-психиатр ставит во главу угла предотвращение угрозы здоровью и жизни пациента, которую он представляет для самого себя. Исходя из этого, врач оказывает медицинскую помощь, а также дает рекомендации по ряду связанных со здоровьем социальных и личных вопросов. Если же пациент настолько тяжело болен, что не способен к разумным действиям, то во имя сохранения его здоровья и жизни морально оправданы недобровольное оказание медицинской помощи и патерналистская оценка.

В ситуациях второго типа, когда поведение пациента носит антиобщественный характер, забота о его здоровье и жизни не сбрасывается со счетов, но добавляется еще и задача предотвращения со стороны больного действий, представляющих опасность для других. В случаях тяжелых психических расстройств, обуславливающих такую опасность, также допустимы и оправданы недобровольные медицинские меры и патерналистский подход, неравнозначные «полицейским» мерам и наказанию.

В ситуациях третьего типа врач безусловно защищает интересы пациента с тем большей активностью, чем меньше сохранена способность больного к эффективной самозащите и чем выше риск причинения извне ущерба его здоровью и благополучию. При этом психиатр оказывается в оппозиции к тем, кто ущемляет интересы больного, и в целях его защиты апеллирует к закону и нравственному сознанию общества. В этой связи психиатрическая этика стремится к достижению баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

Психически больной, психиатр и общество представляют в совокупности систему, в которой отношения между включенными в нее элементами взаимообусловлены и подвержены влиянию общего социально-нравственного контингента. Так, в обществе с тоталитарной, репрессивной ориентацией диагноз психического расстройства несет дискриминационную нагрузку, часто используется для дискредитации «неудачных» граждан и их взглядов: терпимость к психически больным снижена, они подвергаются отчуждению, изоляции, социальным ограничениям; широко применяется принуждение во всех его формах; преобладает патернализм с «полицейским оттенком»; государственный интерес доминирует над интересом отдельной личности; психиатрическая служба рассматривается как часть государственной репрессивной системы и выводится из-под общественного контроля, в результате чего психиатры приобретают власть, но теряют доверие граждан.

По мере демонстрации расширяются и законодательно закрепляются права лиц с психическими расстройствами, усиливаются тенденции равноправия и интеграции больных в обществе, сужается сфера ограничительных санкций; устанавливается социальный контроль за применением принуждения, правовое и этическое регулирование оказания психиатрической помощи; возрастает ценность партнерских отношений врача и пациента, ограничивается и гуманизируется патерналистский подход; защита интересов больного становится не менее значимой, чем защита интересов общества и государства.

Однако позитивные в своей основе демократические и правозащитные тенденции могут при определенных условиях принимать парадоксальные формы и приводить к не-

гательным последствиям. Борьба за расширение свобод психически больных, если она ведется с антипсихиатрических позиций, нередко сливается с политическим экстремизмом, невежеством и оборачивается на деле нарушением прав больных на получение необходимой медицинской помощи. Абсолютизация принципа «наименее ограничительной альтернативы» чревата попытками ликвидации психиатрических больниц, накоплением в обществе лиц с тяжелой, хронической психической патологией, которые, оставаясь без лечения, пополняют ряды бездомных или преступников, что вызывает естественное недовольство населения. Складывающиеся при этом подозрительное отношение больных к психиатрическим учреждениям и жесткая уголовно-правовая модель законодательства в сфере оказания психиатрической помощи создают серьезные препятствия к исполнению психиатрами врачебного долга. В результате и больные, и психиатры, и общество находятся в оппозиции друг к другу.

Правовые нормы, которые используют психиатры в своей деятельности и которыми регулируется деятельность самих психиатров, тесно связаны с нормами и мерами профессиональной этики и деонтологии. Процесс совершенствования законодательства в психиатрии отражает прогресс нравственных отношений в этой области, выраженный прежде всего в категориях и принципах гуманизма, добра, свободы, справедливости, достоинства и ответственности.

Кодекс профессиональной этики психиатра Республики Беларусь. Медицинская профессия во все времена подчинялась этическим нормам, которые были и остаются важной частью профессиональной подготовки и профессиональной деятельности врача.

Для психиатра, имеющего дело с психическим здоровьем и поведением человека, в силу специфики его профессии соблюдение этических норм приобретает особую актуальность.

Настоящий Кодекс, принятый Белорусской психиатрической ассоциацией (БПА), имеет цель письменно сформулировать и закрепить основные этические нормы и правила поведения в профессии.

Изложенные в нем правила не являются законами, но представляют собой стандарты поведения психиатра.

Настоящий Кодекс основывается на гуманистических традициях отечественной медицины, принятых сегодня мировым психиатрическим сообществом.

1. Главная цель деятельности психиатра – оказание компетентной психиатрической помощи всякому нуждающемуся в этом пациенту.

Неэтичными являются любые предпочтения при оказании психиатром помощи, основывающиеся на особенностях экономического, социального, семейного положения пациента, его пола, возраста, расовой, национальной, религиозной, политической принадлежности и других соображениях немедицинского характера.

Неэтичными и недопустимыми являются любые формы проявления превосходства над пациентом и унижения его достоинства в ходе оказания помощи.

2. Психиатр не вправе критиковать или навязывать пациенту свои философские, религиозные, политические, социальные и иные взгляды, выходящие за рамки его профессиональной деятельности. Диагноз психического расстройства не может основываться только на расхождении взглядов пациента с принятыми в обществе.

3. Оказываемая психиатром помощь должна строиться на основе терапевтического сотрудничества и «терапевтического контракта». Психиатр обязан уважать право пациента на отказ от лечения и обследования после предоставления всей необходимой информации.

Никакое психиатрическое вмешательство не может быть проведено против воли пациента, за исключением случаев, когда вследствие тяжелого психического расстройства пациент не в состоянии оценить, что является для него благом, когда без такого вмешательства с высокой вероятностью могут наступить тяжелые последствия для пациента или окружающих либо когда проведение психиатрического обследования и лечения определено действующими в стране законами.

Недопустимым является использование любых диагностических и лечебных процедур с целью наказания пациента, либо для удобства врача или персонала, либо с иными немедицинскими целями.

Пациент должен быть полностью проинформирован о возможных побочных эффектах, осложнениях и других негативных последствиях предполагаемого лечения либо обследования.

4. Психиатр не вправе участвовать в пытках, казнях, иных формах жестокого и бесчеловечного обращения с людьми.

5. Психиатр обязан соблюдать конфиденциальность в отношении всей информации, полученной им в ходе оказания помощи. Неэтичным является разглашение любых сведений, включая и сам факт оказания помощи без получения согласия на то пациента. Клинические материалы, используемые в обучении, должны быть зашифрованы с целью сохранения анонимности пациентов.

Психиатр вправе разгласить сведения, составляющие врачебную тайну, независимо от согласия пациента только в случаях, предусмотренных законом или когда нет другой возможности для предотвращения серьезного вреда пациенту или окружающим. При этом врач должен поставить пациента в известность о неизбежности раскрытия информации.

6. При оказании психиатрической помощи неэтичным является использование психиатром труда пациента в личных целях, заключение с ним имущественных сделок, вступление в интимные отношения, удовлетворение каких-либо иных потребностей за счет пациента.

Психиатр вправе принять благодарность от пациента или его родственников, если это не нарушает правовых норм и соизмеримо с объемом, качеством и сложностью оказанной психиатром помощи.

Высокоэтичным является предоставление психиатром безвозмездной помощи нуждающимся.

7. Психиатр должен делать все от него зависящее для консолидации, развития и повышения авторитета профессионального сообщества, к которому он принадлежит, защищать честь и достоинство своих коллег, делиться с ними своими профессиональными знаниями и опытом.

Психиатр ответствен за непрерывное повышение собственной квалификации и должен находить время на обучение.

Этичным является выражение несогласия с мнениями своих коллег либо критика их действий внутри профес-

сионального сообщества и в неоскорбительной форме. Недопустимы отрицательные высказывания о работе коллег, адресованные или сделанные в присутствии пациентов и их родственников. Неэтичны любые попытки повысить свой авторитет путем дискредитации коллег.

Психиатр обязан препятствовать практике бесчестных и некомпетентных врачей, как и непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

Психиатр специализируется в той медицинской профессии, в которой он получил подготовку и куда он относит своих пациентов. Неэтично, если психиатр регулярно практикует за пределами своей профессиональной компетенции или в области, где он не имеет достаточной подготовки.

8. Органом, контролирующим соблюдение этических норм, является Этическая комиссия Белорусской психиатрической ассоциации и этические комиссии ее областных отделений.

9. За нарушение норм настоящего Кодекса могут быть применены следующие санкции:

- 1) замечание – неформальное предупреждение;
- 2) предупреждение – формальное предупреждение;
- 3) приостановление членства в Ассоциации на срок до 1 года;

4) исключение из БПА с обязательным уведомлением об этом психиатров Республики Беларусь, соответствующего органа здравоохранения и аттестационной комиссии.

Письмо И.П. Павлова к студенческой молодежи. «Что бы я хотел пожелать молодежи моей родины, посвятившей себя науке?

Прежде всего – последовательности. Об этом важнейшем условии плодотворной научной работы я никогда не смогу говорить без волнения. Последовательность, последовательность и последовательность. С самого начала своей работы приучите себя к строгой последовательности в накоплении знаний.

Изучите азы науки, прежде чем пытаться взойти на ее вершины. Никогда не беритесь за последующее, не усвоив предыдущего. Никогда не пытайтесь прикрыть недостатки своих знаний хотя бы и самыми смелыми догадками и гипотезами. Как бы ни тешил ваш взор своими пере-

ливами этот мыльный пузырь, — он неизбежно лопнет, и ничего, кроме конфуза, у вас не останется.

Приучите себя к сдержанности и терпению. Научитесь делать черную работу в науке. Изучайте, сопоставляйте, накапливайте факты.

Как ни совершенно крыло птицы, оно никогда не могло бы поднять ее высь, не опираясь на воздух. Факты — это воздух ученого.

Без них вы никогда не сможете взлететь. Без них ваши «теории» — пустые потуги.

Но, изучая, экспериментируя, наблюдая, старайтесь не оставаться у поверхности фактов. Не превращайтесь в архивариусов фактов. Пытайтесь проникнуть в тайну их возникновения. Настойчиво ищите законы, ими управляющие.

Второе — это скромность. Никогда не думайте, что вы уже все знаете.

И как бы высоко ни оценивали вас, всегда имейте мужество сказать себе: я невежда.

Не давайте гордыне овладеть вами. Из-за нее вы будете упорствовать там, где нужно согласиться, из-за нее вы откажетесь от полезного совета и дружеской помощи, из-за нее вы утратите меру объективности.

В этом коллективе, которым мне приходится руководить, все делает атмосфера. Мы все впряжены в одно общее дело, и каждый двигает его по мере своих сил и возможностей. У нас зачастую и не разберешь — что «мое», а что «твое», но от этого наше общее дело только выигрывает.

Третье — это страсть. Помните, что наука требует от человека всей его жизни. И если у вас было бы две жизни, то и их бы не хватило вам. Большого напряжения и великой страсти требует наука от человека. Будьте страстны в вашей работе и ваших исканиях.

Наша родина открывает большие просторы перед учеными, и нужно отдать должное — науку щедро вводят в жизнь в нашей стране. До последней степени щедро.

Что же говорить о положении молодого ученого у нас? Здесь, ведь, ясно и так. Ему многое дается, но с него много спросится. И для молодежи, как и для нас, вопрос чести — оправдать те большие упования, которые возлагает на науку наша родина».

Глава 2. ПСИХИАТРИЯ КАК НАУКА

Психиатрия (от гр. *psyche* – душа, *iatreia* – лечение) представляет собой самостоятельную науку, изучающую вопросы клиники, этиологии, патогенеза, лечения и профилактики психических заболеваний. Как и другие клинические дисциплины, она подразделяется на общую психопатологию и частную. В задачу первой входит описание отдельных признаков (симптомов), механизмов их возникновения и развития психических нарушений. Частная психиатрия рассматривает клиническую характеристику, особенности течения, дифференциальную диагностику, механизмы возникновения, лечение и профилактику отдельных нозологических форм психических расстройств.

Основные задачи психиатрии заключаются в определении объективных закономерностей нарушений психической деятельности, разнообразных проявлений душевной патологии, терапевтических мероприятий, прогноза и профилактики психических болезней. Психиатрия разрабатывает вопросы становления и развития отдельных психопатологических феноменов психических заболеваний в целом в связи с течением биологических процессов в организме и механизмов высшей нервной деятельности в частности. Особое внимание в психиатрии уделяется анализу возникновения и течения психических расстройств в связи с объективными условиями жизни и деятельности человека, разработке системы реабилитационных мероприятий.

В процессе исторического развития психиатрии выделился ряд отдельных разделов.

В последние десятилетия широкое развитие получила *психофармакология* (изучает лекарственные вещества, влияющие на психические функции и поведение человека), *детская психиатрия* (выявляет особенности психических нарушений у детей), *психогигиена* и *психопрофилактика* (разрабатывают мероприятия по сохранению и укреплению нормальной психики человека, по предупреждению психических болезней). Сравнительно недавно выделилась *наркология*. В ее задачи входит выявление и учет больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, проведение санитарно-гигиенических мероприятий по профилактике и лечению этих заболеваний, а также выяснение биологических и медико-социальных причин их возникновения.



И.М. Сеченов (1829-1905)

Современная психиатрия тесно связана со многими смежными науками. В первую очередь следует отметить нейрофизиологию, дающую возможность объяснять многие психопатологические явления. Выдающиеся отечественные ученые С.П. Боткин, И.М. Сеченов, В.М. Бехтерев и многие другие главную роль в жизнедеятельности организма отводят нервной системе. Развивая известное положение И.М. Сеченова о том, что в осно-

ве психических процессов человека лежит рефлекторная деятельность, И.П. Павлов экспериментально изучил механизмы образования в коре больших полушарий временной условной связи и создал рефлекторную теорию. Согласно этой теории в основе психических процессов лежит система условных рефлексов, возникающих под влиянием различных факторов внешней и внутренней среды организма.

Условно-рефлекторная теория получила дальнейшее развитие в трудах П.К. Анохина, А.Г. Иванова-Смоленского, И.С. Беритова, Н.В. Виноградова и др. В результате были разработаны три основных принципа рефлекторной деятельности:

1) принцип детерминизма – устанавливает причинность нервных связей, законов высшей нервной деятельности. Из этого принципа следует, что ни один нервный процесс не совершается без какого-либо повода, причины, сигнала из внешней или внутренней среды организма;

2) принцип анализа и синтеза – отражает функции мозга, его системную деятельность, свойство нервной системы разлагать сложные воздействия окружающей действительности на составляющие элементы, а затем при определенных обстоятельствах соединять их в единую функциональную систему;

3) принцип структурности – раскрывает приуроченность динамики нервных процессов к структуре мозга, связывает функциональные процессы нервной системы с ее материальной основой – структурными образованиями.

Используя результаты исследований условно-рефлекторной деятельности животных применительно к человеку с учетом качественных особенностей его психики, И.П. Павлов создал учение о двух сигнальных системах. Он пришел к выводу, что наши ощущения и представления окружающего мира являются первыми сигналами действительности, а речь – вторыми, т. е. сигналами сигналов. Взаимодействия сигнальных систем определяют тип высшей нервной деятельности.



И.П. Павлов (1840–1936)

И.П. Павлов выделял художественный, мыслительный и средний типы. Для человека с художественным типом характерно конкретно-синтетическое, эмоционально-образное мышление; он за каждым словом видит факты. В данном случае первая сигнальная система преобладает над второй. Для мыслительного типа нервной деятельности характерно абстрактно-аналитическое, отвлеченно-словесное мышление. При этом типе мышления доминирует вторая сигнальная система. При среднем типе, который свойствен большинству людей, обе сигнальные системы функционально уравновешены.

Учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности послужило толчком для дальнейшего изучения механизмов деятельности мозга. Быстро стали развиваться другие науки, изучающие основы нервной деятельности. В частности, успехи, достигнутые в области нейрофизиологии, нейробиологии, нейроморфологии, психофизиологии, позволили П.К. Анохину сформулировать и развить универсальный принцип общих функциональных свойств мозга как единственной целостной системы организма. Рефлекс, по П.К. Анохину, представляет собой замкнутое кольцо или спираль, состоящую из ряда последовательных процессов: 1) процессы нервного возбуждения,



П.К. Анохин (1898–1974)



Н.В. Виноградов (1897–1972)

передаваемого в мозг и возникающего в результате внешнего или внутреннего раздражения органов чувств (начальное звено); 2) процессы афферентного синтеза, осуществляющегося путем анализа поступающей информации в мозг и принятия в связи с этим решения (центральное звено); 3) ответная реакция организма по команде мозга (двигательное звено); 4) обратная информация о результатах выполненных действий (заключительное звено). Обратная связь

в данном случае создает возможность оценки соответствия или несоответствия получаемых результатов запрограммированным действиям. Исключение сигналов обратной афферентации приводит к неправильному реагированию организма на поступающие внешние и внутренние раздражения.

Исследования Н.П. Бехтеревой, А.И. Иваницкого, Э.А. Костандова, К.К. Монахова биоэлектрических реакций мозга на различных уровнях при разных функциональных состояниях структурных образований центральной нервной системы позволили создать новые концепции относительно интегративной деятельности головного мозга. Комплексное изучение физиологических процессов мозга (ЭЭГ, нейронной активности, вызванных потенциалов, медленных электрических процессов и др.) дало возможность выяснить роль коры больших полушарий и глубоких церебральных структур в психической деятельности человека и вскрыть механизмы патологических состояний мозга. На основании этих исследований были разработаны принципиально новые положения о системной деятельности мозга и изучены мозговые коды психических процессов.

В последние годы много сделано в изучении биохимических основ психических заболеваний. Ведущими учеными в нашей стране и за рубежом осуществляется систематизация полученных в этой области данных для создания обоснованной биохимической концепции психиче-

ских заболеваний. В частности, установлено, что определенную роль в патогенезе многих психических расстройств играет нарушение обмена биогенных аминов — катехоламинов (норадреналина и дофамина) и серотонина (П.К. Анохин).

Однако психиатрия базируется не только на данных ряда биологических наук. Большая роль в понимании сущности психических явлений принадлежит объективному психологическому анализу деятельности мозга в норме и патологии. С точки зрения современной психологии психика является свойством мозга, который служит ее материальным субстратом. Она представляет собой сочетание ряда субъективных нематериальных категорий — ощущений, восприятий, памяти, эмоций, мышления, сознания и т. д.

РАЗДЕЛ 2

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Глава 3. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ И СИМПТОМАТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

При различных психических заболеваниях в той или иной степени нарушается процесс отражения в сознании окружающей действительности. При постановке диагноза врач выделяет из сложной клинической картины патологического процесса отдельные признаки – симптомы, уясняет сходство между ними и группирует в ведущие синдромы – синдромокомплексы.

В данной главе освещаются клинические особенности психических нарушений, их природа и закономерности течений. Рассматривается симптоматика расстройств перцептивной, ассоциативной и эмоционально-волевой деятельности, памяти, сознания и двигательной сферы. Необходимо отметить, что выделение отдельных признаков из общей картины заболевания сугубо условно, потому что при нарушении любого психического процесса наблюдаются расстройства почти всех сфер психической деятельности.

Расстройства восприятия

К расстройствам восприятия относятся нарушения перцептивной деятельности, объединяющей ощущения и восприятия. Ощущение – форма отражения в сознании отдельных свойств и качеств предметов и явлений окружающего мира (величина, вес, тепло, холод и т. д.). Восприятие – процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности и взаимосвязи их отдельных свойств. Нарушения ощущений в общей психопатологии занимают второе место после расстройств восприятия. Последние являются более сложной ступенью познавательной деятельности, включающей элементы суждений, действий, эмоциональных переживаний, памяти. В процессе восприятия на основе прошлого опыта и направленности внимания осуществляется активный анализ и синтез ощущений.

Нарушения перцепции проявляются в основном в трех видах: иллюзиях, галлюцинациях и психосенсорных расстройствах.

Иллюзии – это искаженное восприятие реально существующих предметов и явлений. Они подразделяются на физиологические, физические и психические.

При *физиологических иллюзиях* искажение восприятия связано с особенностями функционирования органов чувств. Например, при иллюзии Мюллера две одинаковые линии с разнонаправленными разветвленными концами кажутся человеку различными по длине.

Физические иллюзии обуславливаются объективными свойствами окружающей среды. Так, чайная ложка в стакане с водой кажется переломленной. Здесь искажение восприятия объясняется тем, что мы наблюдаем предмет в различных средах преломления, т. е. физическими законами.

Психические иллюзии (их называют также аффективными или эмоциональными) связаны с изменением чувственной сферы человека. В частности, на фоне ощущения страха обычные предметы воспринимаются как устрашающие образы, а слабый треск – как громкий выстрел. Иллюзии классифицируются и по органам чувств. В психиатрической практике часто встречаются *слуховые, вербальные иллюзии*. В этом случае больные искаженно, чаще всего в негативном для себя смысле, воспринимают слова окружающих.

При *зрительных иллюзиях* действительность кажется измененной по форме, величине, окраске, взаиморасположению предметов. Наблюдаются также *вкусовые, тактильные, обонятельные иллюзии*.

В ряде случаев у людей со склонностью к фантазии возникают иллюзорные расстройства – *парейдолии*. При этом предметы представляются фантастическими, отвлеченными. К примеру, обои на стене воспринимаются как облака с летящими птицами; пальто, висящее в затемненном коридоре, – как причудливая устрашающая фигура человека.

Иллюзии не являются абсолютным признаком психического заболевания, поскольку встречаются и у здоровых людей. Однако в отличие от последних у психически больных иллюзорные расстройства множественные и включаются в общую психопатологическую симптоматику того

или иного заболевания. Они с трудом выявляются во время беседы с больными, так как часто оттесняются более тяжелыми расстройствами — галлюцинациями. Обычно практически здоровый человек критически относится к появлению у него иллюзий. Он правильно осмысливает и вовремя корректирует их. Психически больной принимает кажущееся за действительное, не анализируя с достаточной критикой развившееся у него патологическое расстройство. У здорового человека иллюзорные переживания, как правило, единичны, преходящи, у больного они более разнообразны и устойчивы.

Галлюцинации — чувственное восприятие образов, предметов и явлений, объективно не существующих. При галлюцинациях видения, звуки, предметы, запахи — кажущиеся; их нет на самом деле. Полагают, что галлюцинации являются результатом оживления следов прежнего восприятия без наличия нового реального раздражения. Для галлюцинирующего больного кажущиеся образы столь же реальны, как и объективно существующие.

Галлюцинации бывают зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные. Кроме того, они могут быть простыми (элементарными) и сложными.

Простые зрительные галлюцинации проявляются в виде мельканий вспышек света, искр, различных цветовых ощущений. Подобные нарушения носят название *фотопсий*.

В случаях *сложных зрительных галлюцинаций* больные видят животных, насекомых, людей, разнообразные фигуры, предметы как обычной формы, величины, так и бесформенными, уменьшенными или увеличенными; они могут быть черно-белые или цветные, в движении или в покое.

Иногда наблюдаются яркие сценopodobные видения. Это так называемые *панорамические галлюцинации*. В отдельных случаях галлюцинаторные образы проецируются вне поля зрения — тогда их называют *экстракампинными*. Необходимо отметить, что для больных, страдающих белой горячкой, развивающейся при хроническом употреблении алкоголя, характерны галлюцинации черно-белого цвета, у эпилептиков же они ярко окрашены.

Простые слуховые галлюцинации выражаются в виде кажущегося шума, треска, различных неясных звуков и называются *акоазмами*.

При сложных слуховых галлюцинациях больные слышат музыку, песни, голоса (мужские, женские, детские, знакомые, незнакомые и т. д.), крики, целые монологи, чаще всего осуждающие их поведение (комментирующие галлюцинации) или убеждающие в том, что не все потеряно, что еще можно исправить ошибки. Часто эти голоса больные приписывают якобы окружающим их людям, которых фактически нет. Приведем пример сложных слуховых галлюцинаций.

Больной В., 37 лет; страдает острым алкогольным галлюцинозом, хроническим алкоголизмом II стадии. На приеме у врача сидит, низко опустив голову, не реагирует на окружающую обстановку. Временами к чему-то прислушивается, подозрительно оглядывается по сторонам. Неожиданно громко кричит: «Не хотел я этого, не виноват, судите меня!» Через некоторое время рассказывает: «Вчера во второй половине дня возвращался домой с работы. Шел через поле, на котором проводили мелиоративные работы. Вдруг услышал детский голос: «Дяденька, вытащи нас!» Осмотрелся вокруг, но никого не увидел. Собрался пойти дальше, как вновь кто-то заговорил: «Дяденька, не бросай нас, откопай, мы под землей». Наклонился к земле и услышал, как в глубине мелиоративного канала под слоем снега и земли что-то шуршит. На фоне шума вроде бы двое детей переговариваются. Один говорит: «Он нам не поможет, он пьяница, плохой человек», а другой спорит с ним: «Я его знаю, он поможет, у него дети тоже есть». Пожалел я их. Быстро взял лопату, лом, решил пробить дыру в земле, чтобы они через нее вылезли. Дети обрадовались, смеются, песенку запели. Стал ломом землю долбить, вдруг слышу, что один ребенок заплакал: «Дяденька, ты меня ранил». Испугался я, что убил ребенка, побежал к шоссе, чтобы помочь ребенку оказать, да видно поздно пришел. Слышите, мать ребенка за дверями стонет, причитает, меня убийцей называет, пьяницей. А ведь я не хотел убивать, я хотел помочь детям». Неожиданно прерывает разговор возгласом: «Когда, наконец, все это кончится?» Встает, пытается уйти.

В данном случае воспринимаемые больным голоса на самом деле отсутствовали, но он не мог критически оценить свое состояние, что и отразилось на особенностях его поведения.

При алкогольном галлюцинозе больной слышит высказывания в свой адрес от третьего лица. При сифилитическом же галлюцинозе «голоса» непосредственно обращаются к больному. Так, при алкоголизме больной слышит: «Он пьяница, хулиган, его нужно судить, уволить с рабо-

ты», а при сифилисе мозга голос говорит: «Ты пьяница», «Ты сифилитик» и т. д.

Подобные различия в особенностях проявлений зрительных и слуховых галлюцинаций могут служить определенным критерием в дифференциально-диагностической оценке заболевания.

При *обонятельных и вкусовых галлюцинациях* больные ощущают неприятные запахи керосина, тухлых яиц, крови, ядовитых газов, а пища им кажется безвкусной, отравленной, с каким-то привкусом.

Галлюцинации общего чувства – тактильные сопровождаются ощущением ползания мурашек по телу, ударов электрического тока, подергиванием мышц. От тактильных галлюцинаций следует отличать сенестопатию (патологическая интерорецепция) – ощущения стягивания внутренних органов, наличия в них посторонних предметов, переливания жидкости внутри организма при отсутствии объективных патологических признаков. Так, больные нередко чувствуют переливание жидкости из одной половины грудной клетки в другую и требуют удалить ее; некоторые ощущают плеск воды в голове, а в желудке – шевеление лягушки.

При усталости, тяжелых соматических заболеваниях и начальных признаках психических расстройств встречаются галлюцинации в виде *окликов*. Они могут появляться во время засыпания (*гипногигические*) или в период пробуждения (*гипнопомпические*). Эти галлюцинации, как правило, не отождествляются с реальностью, оцениваются критически и могут встречаться у психически здоровых людей.

При *императивных, повелительных галлюцинациях* больной слышит слова, заставляющие его совершать какие-либо действия, поступки. Галлюцинации сопровождаются асоциальным поведением, беспокойством, страхом, агрессивностью больного. Достаточная критическая оценка своего состояния у него обычно отсутствует.

Рефлекторные галлюцинации возникают под влиянием какого-либо реально существующего раздражителя. Например, шум мотора автомобиля больной воспринимает вместе с несуществующей мелодией, а в звуке падающих капель воды, в стуке маятника часов слышит голоса. С исчезновением реальных сигналов пропадают и галлю-

цинации. Рефлекторные галлюцинации могут быть в пределах нескольких анализаторов, например двигательного, обонятельного, вкусового (во время ужина возникают голоса, сообщающие о том, что пища отравлена).

Разновидностью рефлекторных галлюцинаций являются *функциональные галлюцинации*. Они возникают в пределах одного анализатора, например слухового.

Галлюцинации подразделяются также на истинные и ложные (псевдогаллюцинации).

Истинные галлюцинации — это такие расстройства восприятия, при которых галлюцинаторные явления воспринимаются больным как бы извне, из окружающей его среды и сопровождаются чувством объективной реальности кажущихся образов. При этом больной уверен, что его галлюцинаторные переживания испытывают находящиеся рядом с ним люди, что они также слышат голоса, видят устрашающие сцены, ощущают неприятные запахи.

При *псевдогаллюцинациях* галлюцинаторные образы возникают не во внешней среде, а внутри тела больного. Они не вызывают у него чувства объективной реальности, а сопровождаются ощущением навязанности галлюцинаторных явлений какой-то посторонней, часто необъяснимой силой. При этом больной слышит голоса в голове, в груди, в различных органах и может заявлять: «Кровь горит, мысли звучат громко». В качестве примера опишем следующее наблюдение.

Больной К., 50 лет; в течение 10 лет страдает психозом. Внимание окружающих привлекли неадекватные поступки больного: пытался поджечь дом, выпил уксус, разбил телевизор. На приеме у врача держался спокойно, уверенно, даже несколько развязно. На вопрос, чем вызваны его поступки, ответил: «Голоса замучили, уже 10 лет сидят внутри головы и руководят мной. То прикажут вскрыть себе живот, то выколоть глаза. Но я их не всегда слушаю; если бы слушал, то не сидел бы перед вами». Далее говорит, что разбил в доме телевизор потому, что голосам не понравилось, как «ехала в кино машина». Жаловался, что «голоса в голове против его воли заставляют кого-то ударить, что-то разбить». Больной в большинстве случаев голосам не подчиняется, с частичной критикой отягчается к болезненным переживаниям.

При многих психических заболеваниях наблюдаются **психосенсорные расстройства**, вызывающие нарушения схемы восприятия собственного тела, собственного «я»

(деперсонализация, симптом двойника) и восприятия окружающего мира (дереализация).

В случае *деперсонализации* больной заявляет, что отдельные части его тела стали необычной формы, величины, консистенции; изменилось их месторасположение, вес: например, голова резко увеличилась до размеров многоэтажного дома или, наоборот, сжалась до небольшого шарика; ухо оказалось на локтевом сгибе или в области коленного сустава; оторванная от туловища рука или нога стала длиннее другой и приобрела необычную форму.

При *симптоме двойника* больной воспринимает себя в двух лицах, сходных или различных по внешнему виду, профессии, происхождению. К примеру, один из таких больных писал письма своему мнимому двойнику, называя его Геной, а себя Колей, и сам отвечал на них.

Дереализация – нарушение восприятия окружающего пространства, формы, предметов, расстояния и времени. Оказавшись в новом месте, больной утверждает, что оно ему знакомо, что он уже здесь был (фр. *deja vu* – уже виденное) или, наоборот, привычную, допустим, домашнюю обстановку, воспринимает как чужую (фр. *jamais vu* – никогда не виденное). Эти расстройства часто связаны с нарушениями памяти и сопровождаются ощущениями замедленного или необычайно ускоренного темпа времени.

Деперсонализация и дереализация наблюдаются при шизофрении, эпилепсии, депрессиях.

Патогенетической основой галлюцинаторных расстройств является нарушение оптимальных взаимоотношений основных нервных процессов – возбуждения и торможения. Происхождение галлюцинаций И.П. Павлов связывал с развитием в коре больших полушарий очага застойного инертного возбуждения, в котором полностью исчезает тормозной процесс и остается лишь возбуждение.

А.Г. Иванов-Смоленский, развивая учение И.П. Павлова, пришел к заключению, что в случаях, когда очаг застойного возбуждения, локализуясь в том или ином анализаторе коры, распространяется на корковые нейроны, проецирующие галлюцинаторные явления во внешнюю среду, мы имеем дело с истинными галлюцинациями; если же патологический очаг ограничивается одним анализатором и не связан с группой нервных клеток, проецирующих его работу во внешний мир, речь идет о псевдогаллюцинациях.

Е.А. Попов установил, что если больные с расстройством восприятия принимают средства (например, бромистые препараты), усиливающие тормозной процесс, то галлюцинации возрастают. Обострение галлюцинаторных явлений наблюдается и в других случаях усиления торможения в коре больших полушарий: при засыпании, во время пробуждения, в состоянии гипноза. Если же галлюцинирующие больные принимают средства, ослабляющие корковое торможение (к примеру, кофеин), – интенсивность галлюцинаций снижается. Таким образом, Е.А. Попов доказал непосредственную связь расстройств восприятия с тормозным процессом, в основе которого лежат фазовые явления (уравнительная, парадоксальная, ультрапарадоксальная фазы).

Современными нейрофизиологами обнаружено, что нормальная функция мозга может обеспечиваться оптимальным уровнем поступления информации. При так называемой информационной недогрузке могут возникать различные галлюцинаторные явления. Это доказано экспериментально на людях в условиях сенсорной (чувственной) депривации. Когда испытуемых на длительное время помещали в свето- и звукоизолирующую камеру (сурдокамера), то у них возникали галлюцинации: одни «видели» различных животных, бегающих по полю, другие – обнаженных людей, купающихся в реке, и т. д. Сенсорный голод, характеризующийся острым недостатком раздражителей, способствует развитию галлюцинаций не только в сурдокамерах. Во время космических полетов, когда двигатели перестают работать, космонавты оказываются почти в безмолвии. В процессе эксперимента на имитаторах космических кораблей отдельные испытуемые спустя несколько часов после начала «полета» слышат несуществующие звуки, видят незнакомых людей, окружающие вещи воспринимают искаженно. При этом у них возникает чувство беспокойства, тревоги, страха.

Вместе с тем при информационных перегрузках могут возникать состояния, при которых наблюдаются различные психические расстройства, в том числе и галлюцинации. Они проявляются в случаях тяжелых психотравмирующих ситуаций.

Следовательно, перцепторные расстройства связаны с нарушением оптимального уровня информационных про-

цессов, которые могут быть обусловлены как изменением притока поступления раздражителей из окружающей среды, так и блокадой процессов передачи информации в различных системах мозга.

Однако как бы ни были правдоподобны гипотезы о происхождении галлюцинаций, механизмы их развития до сих пор окончательно не вскрыты. Опыт применения психотропной терапии показал различную эффективность нейролептических препаратов при клинически однородных галлюцинациях. Это говорит о сложности патологических механизмов, лежащих в основе расстройства восприятия.

Расстройства мышления

Под мышлением понимают такую форму отражения в сознании человека окружающей действительности, с помощью которой устанавливаются взаимосвязь, взаимозависимость, общность, различия предметов и явлений. Мышление может быть конкретно-ситуационным (образно-эмоциональным) и отвлеченно-словесным (абстрактно-логическим). В первом случае человек в процессе мышления преимущественно оперирует непосредственно предметами и явлениями окружающего мира. Во втором — на первый план выступает абстрагирование понятий, отвлечение.

Формы мышления обычно взаимосвязаны, взаимозависимы, и преобладание той или иной из них сказывается на индивидуальных особенностях личности. При многих патологических состояниях правильное соотношение мыслительных процессов нарушается. При этом может нарушаться течение ассоциации: (изменяется темп мышления, его последовательность, логичность и т. д.) и содержание мыслительных процессов. В последнем случае возникает патологическая продукция — бредовые, навязчивые, сверхценные идеи.

Нарушения течения мыслительного процесса проявляются в *замедленности мышления*, его заторможенности, скудости, затрудненности. Больной утрачивает способность быстро отвечать на вопросы. Речь его медленна, однообразна, малословна. Заторможенность мышления наблюдается при депрессивных состояниях, а также при апатоабулическом и астеническом синдроме.

В ряде случаев у больных, находящихся в маниакальном состоянии, можно наблюдать *ускоренное мышление*, которое характеризуется частой сменой представлений, понятий, идей, многословием в сочетании с повышенной отвлекаемостью внимания. Мышление у таких больных быстрое, но поверхностное.

При *обстоятельном мышлении*, сопровождающемся тугоподвижностью, инертностью мыслительного процесса, обнаруживается *вязкость, застревание* на мелочах, невозможность выделения главного из второстепенного. Такое мышление характерно для больных эпилепсией и лиц с органическими поражениями центральной нервной системы.

Больная Л., 38 лет; страдает эпилепсией с выраженными характерологическими изменениями личности. На вопрос врача «Как вы себя чувствуете?» отвечает: «Я вам расскажу все честь честью, все как положено. У меня с головой плохо. Я правду люблю и никогда не вру. Это моя сестра все время ругается со мной. Вот вчера приходит домой в синем пальто. Смотрю, у нее одна пуговица оторвана, пальтишко-то у нее без пуговицы оказалось. Как не стыдно, сама работает в магазине, а не может купить пуговичку. Я бы никогда так на улицу не вышла. А ходит как? У нас звонок не работает, так она кулаком стучит. Тут я ей все сказала – и почему пуговицу не пришивает, и про звонок вспомнила, вообще все вспомнила. А она еще ругается. А я больная, у меня с головой плохо...»

В данном случае можно выделить ведущий признак нарушения мышления – обстоятельность, сопровождающаяся повышенной детализацией фактов, вязкостью, инертностью, употреблением уменьшительно-ласкательных слов, характерных для речи больных эпилепсией.

При нарушении логичности мышления наблюдается *разорванное мышление*. Больной грамматически правильно строит фразы, но логическая связь между ними отсутствует. Начальные этапы развития данной патологии проявляются в ответах «мимо», когда на вопрос больной отвечает невпопад. Например, на вопрос «Сколько вам лет?» отвечает: «Я совершенно здоров»; «Что вас беспокоит?» – «Я самый главный военный психиатр мира». В ряде случаев разорванность речи проявляется в виде «соскальзывания» понятий. При этом больной в разговоре часто переходит с одной темы на другую, не связанную с предыдущей по смыслу. В тяжелых случаях имеет место и грамма-

тический распад предложений. Когда речь представляет собой набор случайных слов, обрывков фраз, произносимых совершенно беспорядочно, без всякой логической связи, эту крайнюю степень разорванности мышления называют «словесной окрошкой» (нем. *wortsalat*) или шизофазией.

Большая Е., 40 лет; отмечается разорванность мышления в виде «словесной окрошки». «Время, события, люди... надо мной Кашей Бесфамильный... из Америки... магазины... знание... книги, на них витрины... зеленый цвет – наши дети... написаны брошюры... автоматы – люди... машины, магазины... автомат по географии на полу... помощь Красного Креста... муки задержал... три мужик... три окна портят, один сидит... усатый-полосатый, два автобусных талона... 77 – хозяйка всем... пробиты дырочками... давай тигровую шубу... автоталоны... 25 – это есть... хозяйка своих знаний».

У больных шизофренией мышление может быть логично по форме, но по содержанию оно банальное, пустое и сводится к бесплодному мудрствованию. Это так называемое *резонерство*. Больной может рассуждать следующим образом: «Курица пьет воду, подымая клюв кверху. Отсутствие глотаний требует этого движения. Оно имеет преимущество в том, что курица посматривает периодически по сторонам, нет ли где опасности. Лошадь же, имея мощную мускулатуру пищевода, прекрасно успевает напиться, держа постоянно голову вниз». При резонерствующем мышлении часто наблюдается *симптом «монолог»* – большой длительное время рассуждает на второстепенные темы, не пытаясь установить контакт с собеседником.

Нередко встречается так называемое *символическое мышление*, при котором больные в разговоре общепринятые конкретные предметы, символы, метафоры, иносказания подменяют другими, произвольными предметами, словами, выражениями, знаками. В результате явления и предметы окружающего мира приобретают совершенно иное значение. Например, больной, заметив на столе две вилки, лежащие случайно скрещенными, утверждает, что для него это означает смерть, а одинокий камень на берегу речки обозначает одиночество, иссохшее дерево – жизнь, сломанный цветок, гром, молния – крах жизни.

При патологической склонности больных к уединению, замкнутости часто наблюдается так называемое *аутистическое мышление*. Такое мышление оторвано от внешнего мира и загружено болезненными мечтаниями.

Аутистическое мышление характерно для больных психозами, психотических психопатов.

Нередко встречается такое нарушение мышления, как *персеверация* – однообразное повторение одних и тех же фраз, т. е. мышление больного как бы застревает на определенных представлениях и на любые вопросы он дает один и тот же ответ. Персеверация встречается при органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии, различных интоксикациях, психозах.

При изучении расстройств мышления по содержанию из клинической картины больных выделяют бредовые идеи, навязчивые состояния, сверхценные и доминирующие идеи, бредаподобные фантазии.

Бредовые идеи – это болезненно искаженная оценка фактов окружающей действительности, неправильные суждения и умозаключения, не поддающиеся коррекции. Они могут быть систематизированные и отрывочные.

В первом случае в суждениях больного доминирует одна логическая ошибка, на основании которой он формально правильно интерпретирует внешние явления. Поэтому систематизированный бред иногда называют бредом толкования или интерпретативным бредом. Систематизированные бредовые идеи подразделяются на идеи преследования, открытий, изобретательства, ревности и др. Например, больной считает себя изобретателем «дымоулавливателя». Он длительное время работает над его усовершенствованием, разработал «особый принцип его действия». Предлагает установить «этот аппарат» на всех улицах города для очистки воздуха от выхлопных газов машин.

Отрывочные бредовые идеи (образный бред) развиваются на фоне расстройств восприятия, эмоций и характеризуются подвижностью, разноплановостью, незаконченностью болезненных суждений и повышенной их изменчивостью. Отрывочные бредовые идеи имеют много разновидностей.

В начале развития того или иного бредового состояния проявляется так называемый *бред отношения*. Больному кажется, что окружающие его люди (сослуживцы, друзья, родственники) с подозрением, неприязненно относятся к нему.

По мере прогрессирования заболевания возникают другие бредовые идеи, в частности *бред преследования*. Больной убежден, что его постоянно преследуют враги. Они не

оставляют его в покое, контролируют каждый его шаг, хотят уничтожить, отравить (*бред отравления*). Больной уверен, что против него организован заговор. Он ведет себя крайне осторожно, иногда вступает в борьбу с мнимыми преследователями (преследуемые преследователи).

При *бредe физического воздействия* больной убежден, что находится под постоянным действием «атомной энергии, космических лучей, магнитного поля, радиоаппаратуры, северного сияния», считает, что к этому причастны люди, пытающиеся «уничтожить» его или «обречь на вечные муки». Иногда ему кажется, что на него действуют гипнозом, с помощью которого «читают» его мысли, «навязывают» различные чувства по отношению к родным, близким, к себе самому (*бред гипнотического воздействия*).

Развивается и так называемый *ипохондрический бред*. Больной уверен, что страдает неизлечимой болезнью, находит у себя все ее признаки, постоянно жалуется на плохое состояние здоровья, обращается к различным врачам с просьбой всесторонне обследовать его и лечить. В более тяжелых случаях больной убежден, что его «внутренние органы не работают, сердце сгнило и упало в желудок; в жилах течет не кровь, а гной; вместо внутренних органов плева, все тело мертво, безжизненно, все вокруг уничтожено, все погребено» (*нигилистический бред*).

Подобное усложнение ипохондрического бреда в сочетании с подавленным настроением — *бредом самообвинения* (больные бичуют себя за допущенные «неисправимые ошибки», якобы приведшие к гибели семьи, окружающего мира) обуславливает появление *синдрома Котара*. Больной убежден в безысходности своего положения, считает, что он «живой труп», уверен, что «жизнь исчезла» и «наступает гибель всего мира». Этот синдром встречается при тяжелых депрессивных состояниях и нередко сопровождается попытками к самоубийству (суициду).

Больная Т., 32 года; обратилась к участковому врачу с просьбой сделать ей операцию, при этом объяснила: «Когда мне лечили зубы, то сверлили отверстия и вложили в них червей, которые разрушили все десны, съели все во рту, проникли в голову, во внутренние органы. Сейчас я вся стала дефектна, вся мертвая, тело мое нечувствительное. Стала толстой, а была худенькой. У меня нет ничего жизненного, вся грудь треснула, осталась только кожа. Я требую операции, чтобы удалить дефекты, иначе мне не жить».

Симптоматика этой больной указывает на развитие у нее *нигилистического бреда*.

Нередко встречается *бред материального ущерба*. Больной заявляет, что его ценности, сбережения исчезают из квартиры, что его тайно обворовывают родные, соседи, решившие «пустить его по миру с сумой». Все свои вещи, деньги он держит под замками; на замки запирает двери, сундуки, шкафы и даже кастрюли. Бред ущерба наиболее характерен в старческом возрасте.

Различают также *бред величия*. Больной патологически переоценивает собственные достоинства, считает себя великим поэтом, художником, полководцем. Этот бред встречается при маниакальных состояниях.

У больных хроническим алкоголизмом часто проявляется *бред ревности* (супружеской измены; чаще встречается у мужчин). Больной убежден в неверности супруги, стремится найти улики, неправильно истолковывает факты, поражает нелепостью высказываний и поведения. Бред постепенно может принять генерализованный характер.

Больной Р., 38 лет; считает, что жена ему изменяет со своим братом и сыновьями. К такому заключению пришел после употребления спиртных напитков во время семейного торжества. Заметил, что брат жены как-то необычно смотрит на нее, а старший сын подмигивает матери. Брат жены долго стоял в углу, читал газету, и больной решил, что все ждут, когда он уйдет из дома. Считая, что жена ему изменяет, много раз оставлял ее, но снова возвращался. Чтобы доказать неверность жены, посыпал песком лестничную площадку возле квартиры, уходил на время, а затем тщательно искал на нем следы покровников. Постоянно требовал от жены «признания», выискивал «улики» на белье, постели, на лице жены. Однажды вечером, выпив 350 г водки и 750 г вина, после очередного конфликта с женой взял охотничье ружье, залез на чердак соседнего дома и стал «подстеречь» любовников. Когда приехали работники милиции, начал стрелять по их автомашине.

Навязчивые состояния характеризуются появлением в сознании больного представлений, мыслей, от которых он не может избавиться, хотя и относится к ним критически в отличие от бредового больного, убежденного в правильности своих болезненных суждений. Такие больные сами обращаются к врачу, и часто психотерапия дает хороший эффект.

В навязчивых состояниях различают навязчивые влечения (мании) и навязчивые страхи (фобии).

Навязчивые влечения к счету носят название *арифмomania*, к воспоминанию имен когда-то увиденных людей – *ономатомания*, к воровству совершенно ненужных вещей – *клептомания*, к поджогам – *пиромания* и др.

Навязчивые страхи также чрезвычайно разнообразны. Наиболее часто встречается боязнь открытых пространств, широких улиц, площадей, залов. Это так называемая *агорафобия*. *Клаустрофобии*, наоборот, сопровождаются боязнью узких помещений, закрытых пространств. *Гипсофобия* – боязнь высоты. *Нозофобия* – навязчивая боязнь заразиться какой-либо неизлечимой болезнью. *Сифилофобия* – боязнь заразиться сифилисом. *Канцерофобия* – боязнь заболеть раком.

Больной Л., 35 лет; страдает неврозом навязчивых состояний. Во время беседы с врачом говорит: «Я постоянно нахожусь в состоянии страха за свою жизнь. С одной стороны, я хорошо понимаю, что со мной ничего не произойдет, и в то же время боюсь, что любое мое действие может отрицательно сказаться на моем здоровье. Когда иду по улице, начинаю непроизвольно считать какие-нибудь вещи, предметы, будь то столбы, дома, машины. Когда мне кажется, что сосчитал правильно, успокаиваюсь на некоторое время. Если же по каким-то причинам сбиваюсь со счета, возникает страх перед тем, что меня ждет неприятность. Особенно трудно на работе. Окончив какое-то задание, начинаю сомневаться, все ли сделано правильно. Если нахожу, что какая-то деталь выполнена некачественно, сразу же появляется слабость, дрожь, сердцебиение, чувствую, что уже ничего не могу изменить, переделать, и остаётся только ждать, чем все это кончится. Я постоянно нахожусь в двойственном состоянии: знаю, что должен работать, обеспечивать материально семью, но не могу взяться за дело из-за невыносимого чувства страха за свое здоровье».

Данного больного преследуют и навязчивое влечение к счету, и навязчивое опасение за свое здоровье. Такие больные, понимая нелепость своих переживаний, пытаются их преодолеть и иногда прибегают к защитным действиям – ритуалам. Например, прежде чем выйти на улицу, больной несколько раз приседает, курит только те сигареты, на которых поставлены четные номера, встает с постели только с правой ноги и т. д. Это на некоторое время облегчает его состояние, и он чувствует себя удовлетворительно.

Навязчивые состояния обычно наблюдаются у людей с тревожно-мнительным характером, при психастении, неврозах, шизофрении.

Сверхценные идеи проявляются в виде эмоционально ярко окрашенных мыслей, которым больной придает особенно важное значение. Объективно же эти мысли не столь важны. Например, больной считает, что его несправедливо уволили с работы, и эта мысль овладевает всем его сознанием.

В отличие от навязчивых состояний сверхценные идеи не сопровождаются тягостным чувством, желанием избавиться от них. Больной со сверхценными идеями глубоко убежден в своей правоте и стремится доказать ее. В отличие от бреда сверхценные идеи часто имеют реальную основу. Путем убеждения больного или изменения ситуации их удастся ослабить или вообще устранить.

Сверхценные идеи встречаются при паранойальном синдроме.

Доминирующие идеи можно наблюдать и у здоровых людей, когда они усиленно к чему-то стремятся, сосредоточены только на достижении цели, отдают этому большую часть своей жизни и совершенно критически относятся к своим поступкам.

Бредоподобные фантазии обнаруживаются у людей с аномалиями формирования характера и как эквивалент бреда — у детей. При этом наблюдаются фантастические, иногда правдоподобные высказывания, похожие на бредовые идеи, но в отличие от последних они крайне нестойки и легко устраняются убеждением.

Происхождение ряда бредовых идей можно понять, основываясь на анализе современных научных данных и клинической картины психических переживаний. В частности, галлюцинаторным расстройствам по содержанию могут сопутствовать бредовые идеи. Некоторые бредовые состояния находятся в тесном единстве с нарушением восприятия. Поэтому если больной слышит голоса, угрожающие ему, то у него, несомненно, возникает бредовая интерпретация окружающего, развивается бред преследования. При сенестопатических явлениях болезненные ощущения со стороны внутренних органов сопровождаются соответствующим патологическим толкованием этого состояния. В результате возникает ипохондрический бред.

При болезненно повышенном настроении — маниакальном состоянии — возникает болезненная переоценка собственной личности — бред величия. При сниженном же

настроении, депрессии, больной все воспринимает в мрачном свете, убежден в своей нечестности, несправедливости, обвиняет себя во многих мнимых проступках. Это приводит к развитию идей самообвинения, самоуничтожения.

Когда психическое заболевание сопровождается расстройством сознания, окружающая действительность воспринимается больным неадекватно и фрагментарно. Отрывочно воспринимаемые события внешнего мира не всегда истолковываются им правильно, и тогда имеет место болезненная трактовка фактов.

Иногда патологический процесс сопровождается скованностью или насильственными движениями больного. Он в этих случаях приходит к заключению, что на него воздействуют какой-то посторонней силой, аппаратурой, гипнозом и т. д.

Вполне понятно, что отмеченные бредообразования не могут существовать в изолированном виде. Они, как правило, проявляются в комплексе в результате сочетания и взаимодействия различных причин, их вызывающих. Последние ни в коей мере не охватывают весь сложный патогенез бредовых идей, а могут лишь способствовать лучшему пониманию механизма бредообразования.

Но как объяснить те случаи, когда галлюцинаций у больного нет, сознание формально ясное, эмоциональная сфера без выраженных колебаний, сенестопатии и нарушения движений отсутствуют, а бред налицо? Это наблюдается при так называемом первичном бреде, бреде толкования. Наиболее объективно объяснить происхождение этого вида бреда попытался И.П. Павлов. Он пришел к выводу, что в основе его лежат два нейрофизиологических механизма: патологическая инертность раздражительного процесса и ультрапарадоксальная фаза торможения.

При хроническом перенапряжении процессов возбуждения и торможения в первую очередь страдает внутреннее торможение, которое вырабатывается при индивидуальном развитии человека. В этих случаях возбуждение в определенных участках коры не сменяется торможением, что приводит к развитию очага патологической инертности раздражительного процесса и как следствие — бредовых идей.

В основе ультрапарадоксальной фазы лежат явления запредельного торможения и извратившихся взаимоин-

дукционных отношений. Коровые клетки, ослабленные болезненным процессом, под влиянием раздражителей, являющихся для них в этих условиях сверхсильными, впадают в состояние запредельного торможения. Согласно закону взаимной индукции возбуждение от тормозного пункта распространяется на нейроны, находящиеся в тормозном состоянии; т. е. при ультрапарадоксальной фазе наблюдается обратное норме функционирование: заторможенные участки мозга возбуждаются, а возбужденные, наоборот, затормаживаются. Так И.П. Павлов объяснял, к примеру, развитие бреда у больной, у которой безукоризненная честность до заболевания являлась сверхсильным раздражителем. При заболевании развился бред по механизму ультрапарадоксальной фазы, и больная стала высказывать мысли о своей бесчестности и распущенности.

И.П. Павлов сделал также предположение, что бред как болезненно искаженное отношение мысли к окружающей действительности может возникать в связи с ослаблением деятельности второй сигнальной системы. В результате больные не в состоянии в достаточной степени оперировать общими понятиями причинности, следствия, пространства, что приводит к извращенному отражению объективной реальности и создает тем самым предпосылки для бредообразования. При возникновении психического заболевания вторая сигнальная система как филогенетически более молодая в первую очередь поражается патологическим процессом. В связи с этим она утрачивает способность контролировать работу первой сигнальной системы и последняя начинает функционировать хаотично. При этом бредовые больные не могут критически оценивать свои высказывания и поддаваться логическому разубеждению.

В последние годы было установлено, что при интерпретивном бреде отмечается угнетение поступления информации по специфическим путям, функционирующим в более узком информационном диапазоне. В то же время активность системы неспецифической афферентации, связанной с субъективной оценкой поступающей информации, относительно повышена. Извращенные таким образом соотношения систем проведения специфической и неспецифической информации носят устойчивый, патологически инертный характер. Возможно, поэтому больные

с интерпретативным бредом в большей мере способны воспринимать скрытые, латентные, формально-специфические свойства и признаки поступающей информации, подвергать их детальной переработке и придавать им повышенную личностную значимость. Схема переживаний и поведения больных с интерпретативным бредом отличается однотипностью, косностью, патологической устойчивостью.

Нарушения памяти

Память – это отражение в нашем сознании жизненного опыта. Она представляет собой вид мнестической деятельности, для которой характерны фиксация, сохранение и воспроизведение информации. Сила памяти зависит от степени концентрации внимания на поступающую информацию, эмоционального отношения (заинтересованности) к ней, а также от общего состояния человека, степени тренированности, характера психических процессов. Убежденность человека в том, что информация полезна в сочетании с повышенной активностью его при ее запоминании, является важным условием для усвоения новых знаний.

Различают два вида фиксации информации: кратковременную память (следы внешних раздражений удерживаются в памяти до тех пор, пока существует источник сигналов, а затем угасают) и долговременную (информация сохраняется в памяти долгие годы). Последняя является для человека источником знаний, опыта, навыков.

Степень сохранения в памяти следов раздражения определяется способностью человека к воспроизведению – репродукции фиксированной информации. Репродукция информации может быть непосредственная – прямая и опосредованная – логическая. Прямая репродукция обычно связана с узнаванием фактов или явлений, повторяющихся вновь, например воспоминание когда-либо виденного пейзажа, образа. Логическая репродукция информации представляет собой воспроизведение многочисленных ассоциативных связей, обусловленное воспоминанием какого-нибудь одного факта того или иного явления, причем этот факт имеет косвенное отношение к самому явлению. Так, одно слово «экзамены» может вызвать у человека целый ряд ассоциаций, связанных с учебой вообще.

У человека различают моторную, или механическую, а также зрительную, слуховую, эмоциональную и смысловую память, причем какая-либо из них обычно превалирует над другими. Механическое запоминание основано обычно на частом повторении одного и того же факта. Это самый непродуктивный и нестойкий вид памяти. Зрительная память базируется на наглядно-образном запоминании окружающей действительности, слуховая – преимущественно на словесно-смысловом. Когда запечатлевание поступающей информации имеет в своей основе выраженные эмоциональные переживания, речь идет о так называемой эмоциональной памяти. Наиболее устойчивой и качественной считается смысловая память, т. е. запоминание, основанное на установлении логической взаимосвязи, взаимозависимости явлений.

Одним из самых частых расстройств памяти являются амнезии – частичная или полная потеря памяти. Пробелы памяти могут быть на определенные отрезки времени, на отдельные события. Такая *частичная амнезия* наиболее ярко выражена у человека, потерявшего сознание (например, при эпилептическом припадке), а также при сопоре, коме.

У больных с тяжело протекающим церебральным атеросклерозом, органическим поражением центральной нервной системы может наблюдаться постоянно нарастающая потеря памяти. Это так называемая *прогрессирующая амнезия*. При ней в первую очередь из памяти исчезают текущие события; давно прошедшие явления относительно сохраняются. Это характерно прежде всего для пожилых людей (закон Ribot).

При травматическом поражении головного мозга или другой церебральной патологии органического генеза из памяти часто выпадают события, предшествовавшие заболеванию. Это характерный признак *ретроградной амнезии*.

Отсутствие же памяти на события, следовавшие непосредственно за началом заболевания, например за черепно-мозговой травмой, носит название *антероградной амнезии*.

Обострение воспоминания – *гипермнезия* при одновременном незначительном изменении функции запоминания наблюдается у больных тяжелыми инфекционными заболеваниями, а также в маниакальном состоянии. Необходимо отметить, что по мере выздоровления гипермнезия исчезает и функция памяти возвращается к прежнему уровню.

При тяжелых депрессивных состояниях, сопровождающихся выраженной тоской, угнетенностью, больные жалуются на обострение памяти на неприятные события, несчастья далекого прошлого. При этом в целом снижается процесс запоминания и развивается *гипомнезия*: вначале затрудняется воспроизведение терминов, имен, основных дат, в дальнейшем ослабляются фиксационные свойства памяти. Гипомнезией страдают лица пожилого возраста с атеросклеротическими поражениями сосудов головного мозга. Встречается она также и при травматической болезни.

В психиатрической клинике нередко наблюдают *фиксационную амнезию*. Она проявляется в невозможности запоминания текущих событий, вновь поступающей информации. Указанное расстройство чаще всего встречается при корсаковском амнестическом синдроме.

Все отмеченные расстройства памяти относятся к количественным ее нарушениям. Качественные расстройства памяти — *парамнезии* представляют собой ошибочные, ложные воспоминания. К ним относятся *псевдореминисценции*, характеризующиеся тем, что больной заполняет пробелы памяти событиями, совершившимися ранее, но не в то время, на которое он указывает. Например, больной, находясь в стационаре на лечении, в течение нескольких дней заявляет, что якобы вчера ездил в Полоцк. Он действительно был в Полоцке, но в другое время.

К качественным расстройствам памяти относятся и *конфабуляции*. Это такое состояние, когда провалы памяти заполняются вымышленными, нередко фантастическими событиями, не имевшими места. По содержанию конфабуляции очень разнообразны, что определяется особенностью личности больного, его настроением, степенью развития интеллекта и способностью к воображению, фантазии.

Псевдореминисценции и конфабуляции являются симптомами развития старческого слабоумия. Парамнезии же, возникающие при инфекционных, благоприятно протекающих сосудистых психозах или алкогольном психозе Корсакова, в процессе выздоровления обычно имеют тенденцию к обратному развитию.

Иногда наблюдается такое ослабление памяти, при котором больной не может отличать факты и события, действительно имевшие место, от когда-либо услышанных, прочитанных или увиденных во сне. Это *криптомнезии*.

Долгое время причины различных нарушений памяти истолковывались с точки зрения узколокалистических представлений об этой сложной психической функции. В частности, считалось, что центром памяти являются миллиарные тела. Развивая эту точку зрения, ученые пришли к мнению, что патологические механизмы нарушений памяти — результат поражения высших отделов мозга (коры больших полушарий). Веским доводом в пользу данного тезиса послужило полное прекращение переноса информации из одного полушария в другое после перерезания мозолистого тела. Ответственность отдельных участков мозга за функцию памяти подтвердилась при оперативных вмешательствах, во время которых электрическое раздражение отдельных участков коры пробуждало у человека воспоминание давно прошедших событий. Так, одна женщина во время операции слышала голос своего маленького сына, доносившийся со двора вместе с уличным шумом. Другой больной показалось, что она рождает и притом точно в такой обстановке, которая действительно была много лет тому назад.

При попытках ученых определить специфические зоны коры, ответственные за функцию памяти, было обнаружено, что следы ее активируются, когда раздражению током подвергается височная доля. Вместе с тем было установлено, что при локализации патологического очага в затылочной области нарушается зрительная память, а в височной — слуховая. Поражение лобной доли приводит к нарушению смысловой памяти. Однако эти узколокалистические гипотезы не следует считать абсолютно доказанными, так как у некоторых больных обнаруживается нарушение памяти при отсутствии каких-либо органических изменений со стороны центральной нервной системы. Даже самое тщательное клиническое обследование не выявляет ее органических изменений, например, у больных с расстройствами памяти при сильных душевных переживаниях, реактивных психозах (аффектогенная, психогенная амнезии). Несмотря на то что раздражение отдельных зон коры вызывает оживление следов прошедших событий, они качественно отличаются от обычных воспоминаний чрезмерной отчетливостью и яркостью. Больные, как правило, заново переживают эти события и никогда не расценивают их как воспоминание.

Решая проблему механизма памяти, И.М. Сеченов и И.П. Павлов на основании данных многочисленных исследований установили, что в ее основе лежат следовые условные рефлексy. В этом случае физиологическая основа памяти сводится к ассоциации следовых сигналов с сигналами, поступающими из окружающей среды. Это подтверждается тем фактом, что у людей, страдающих психическими расстройствами в пожилом возрасте, при развивающемся снижении реактивности нервной системы отмечается ухудшение или полное отсутствие оживления старых и образования новых условных связей.

В последние годы все более утверждается биохимическая теория памяти. Она сводится к тому, что различные виды обмена веществ в головном мозге и в первую очередь рибонуклеиновой кислоты (РНК) под влиянием биоэлектрических потенциалов, исходящих из анализаторов, обуславливают образование белка, несущего закодированную информацию. При повторном поступлении в мозг информации, сходной с предыдущей, начинают резонировать те нейроны, в которых сохранился след. Нарушение нуклеинового обмена и прежде всего РНК приводит к расстройствам памяти.

Нарушения эмоциональной сферы

Эмоции тесно связаны со всеми жизненными функциями организма. П.К. Анохин указывал, что жизненные потребности человека неотделимы от эмоционального тонуса. Эмоции придают определенное биологическое качество его поведению, являются источником интеллектуальной деятельности, удовлетворения потребностей. Эмоции отражают субъективное отношение человека к окружающей среде и к своей личности. Эмоциональные переживания способствуют формированию социально-психологической направленности личности.

Различают высшие (социальные) и низшие (простейшие) эмоции. Высшие эмоции проявляются в патриотизме, товариществе, дружбе, в трудовой доблести, в чувстве долга перед родиной, обществом. Низшие эмоции возникают в результате удовлетворения или неудовлетворения органических потребностей человека (голода, жажды, полового влечения).

Эмоции могут быть положительными (приятными) и отрицательными (неприятными), сильными и слабыми. Относительно стабильное эмоциональное состояние называют настроением.

При различных психических заболеваниях часто наблюдается нарушение эмоционального состояния больного. Это проявляется в виде депрессии, эйфории, дисфории, слабодушия, эмоциональной тупости и др.

Депрессия сопровождается стойким угнетением настроения, унынием, тоской. Окружающая действительность воспринимается больным с чувством безысходности. Это порождает мысли о самоубийстве. Подобные симптомы могут наблюдаться при маниакально-депрессивном психозе, инволюционной и реактивной депрессиях, а также при гепатитах, гипертонической болезни.

Больная И., 44 лет; находится в тяжелом депрессивном состоянии. Во время беседы неохотно отвечает на вопросы. Ориентируется в месте, времени, в собственной личности. Сидит, опустив голову, с застывшим страдальческим выражением лица. Речь тихая, монотонная, с длительными паузами. Жалуется на то, что у нее пропали чувства к детям, и мужу, что не может выполнять работу даже по хозяйству. Заявляет, что «тоска лежит тяжелым камнем в груди». Чувствует, как «слабеет все тело, останавливается сердце». Сетует на то, что врачи «бессильны помочь». Считает себя «недостойным» человеком, плохой матерью. Утверждает, что из-за нее семья «недосмотрена», «дети не одеты», «простужены», «вся семья разрушилась», «надвигается беда». В палате длительно лежит на кровати, в общение с другими больными не вступает.

Эйфория у больных выражается благодушным, блаженным настроением с оттенками безоблачной радости и прекрасным самочувствием. Огорчения у них непродолжительны. Эйфория может быть при опухолях головного мозга (лобных и височных областей), при тяжелых формах соматических заболеваний (туберкулезе, болезнях сердечно-сосудистой системы, прогрессивном параличе). В некоторых случаях тяжелейшее физическое состояние, даже накануне смерти, сопровождается беспечностью, веселостью, построением массы радужных планов.

Больной К., 52 лет; болен маниакально-депрессивным психозом, находится в маниакальном состоянии. Выглядит моложе своих лет. Настроение повышенное, благодушно-веселое. Мимика живая, быстро меняющаяся. Выражение лица веселое. Глаза искрятся смехом. Охотно вступает в беседу, многословен, шутит, речь изобилует приба-

утками. Иногда хитровато прищуривается, раздражается громким смехом. Быстро отвлекается от темы разговора. Не окончив одной фразы, переходит к другой. Вмешивается в чужие разговоры, делает замечания. Голос хриплый, эмоциональный, громкий. Движения расторможенные, охотно соглашается рассказать стихотворение, спеть, станцевать. Считает себя «артистом жизни». Заверяет, что он молод, талантлив, полон сил и энергии. Предлагает медсестрам выйти замуж за него. Раздражается, когда ему делают замечание. Часто вступает в конфликт с окружающими, однако возмущение быстро сменяется веселым настроением. К своему состоянию не критичен.

Дисфория характеризуется тоскливо-злобным, ворчливым настроением. Возникает обычно у больных эпилепсией. Длится от нескольких минут до нескольких суток. Больной при этом бывает угрюм, раздражителен, угнетен, агрессивен.

Слабодушие сопровождается несдержанностью эмоций, легким умилением или плаксивостью по различным незначительным поводам. Эмоциональная слабость чаще проявляется у пожилых людей. Например, больной, страдающий атеросклерозом сосудов головного мозга, плачет, читая художественное произведение или слушая рассказ трагического содержания. Так же легко у него возникает и веселое настроение.

При *эмоциональной тупости* характерно состояние безразличия к окружающему. Больного ничто не волнует, не беспокоит, не интересует. Он абсолютно бездеятелен, стремится к уединению. Такое состояние типично для шизофрении, а также встречается при опухолях головного мозга, при атрофических процессах (болезни Альцгеймера и Пика).

Аффект – состояние, которое испытывает человек при чрезвычайно сильном чувственном потрясении. Различают состояние физиологического и патологического аффекта.

Бурные эмоциональные взрывы (обида, оскорбление, гнев, отчаяние, радость) при ясном осознании своего поведения относятся к состояниям физиологических аффектов. В этом случае эмоциональные нарушения достигают крайней степени напряженности, но не выходят за рамки физиологических границ. Люди, находящиеся в таком состоянии при совершении преступления, должны отвечать за свои поступки, т. е. признаются вменяемыми. Память при физиологическом аффекте сохранена.

Патологический аффект характеризуется кратковременным нарушением психической деятельности. Различают три стадии развития патологического аффекта:

1) подготовительная стадия – проявляется в сильных эмоциональных ситуациях, развивающихся остро или же длительно, хронически;

2) стадия взрыва – возникает при бурной эмоциональной реакции, превосходящей по силе состояние физиологического аффекта. При этом расстройство настроения сопровождается глубоким нарушением сознания, целенаправленным стереотипным (автоматизированным) поведением со склонностью к агрессии (например, к убийству);

3) заключительная стадия – характеризуется тем, что человек постепенно успокаивается и впадает в состояние разрешающего патологического сна. При состоянии патологического аффекта в отличие от физиологического обнаруживается полная или частичная амнезия. Люди, совершившие преступления в таком состоянии, признаются невменяемыми.

Тот факт, что эмоциональные состояния играют универсальную, главенствующую роль в поведении человека, вызвал интерес многих исследователей к механизму чувственных переживаний. Высказывалось предположение, что эмоциональные переживания связаны с состоянием внутренних органов и скелетной мускулатуры. Сторонники этой точки зрения считали, что первичным в возникновении эмоций является импульсация со стороны внутренних органов и мышечной системы. К примеру, плач объяснялся тем, что льются слезы, радость – сокращением мимической мускулатуры. Несостоятельность этого взгляда была доказана экспериментально на животных, у которых прекращение интерорецептивной информации не приводило к исчезновению эмоций.

И.П. Павлов в основе смены настроения видел колебания динамического стереотипа, мотивируя свое предположение тем, что падающие на кору больших полушарий различные раздражители вызывают определенные реакции и, взаимодействуя между собой, образуют подвижную уравновешенную систему – динамический стереотип. Колебания последнего сказываются на настроении человека. Нарушение привычного ритма жизни, т. е. изменение стереотипа в случае преобладания отрицательных раздражителей, несомненно, ухудшает настроение, а увеличение положительных сигналов изменяет фон настроения к лучшему. В частности, тоска по родине есть не что иное, как нарушение динамического стереотипа в жизни человека.

У. Кеннон и В. Гесс в 1938 г. установили, что эмоции связаны с подкорковыми образованиями, в частности с таламусом и гипоталамическими структурами. Е.В. Папез связал эмоциональные процессы с деятельностью старой коры (архипаллиума), гиппокампа, мамиллярных тел и гипоталамуса, а расшифровку поступающей информации — с новой корой (неопаллиум). Он считал, что эмоциональные процессы, возникнув в гиппокампе, идут через свод мозга в мамиллярные тела гипоталамуса, а затем в переднее ядро таламуса и поясную извилину, являющуюся рецептивной областью эмоциональных переживаний. Описанную систему связей между различными структурами мозга называют кругом Папеца.

Связь эмоциональных состояний с глубинными структурами мозга подтверждается и исследованиями Дельгадо, Олдса и др. Они установили, что у животных при электрическом раздражении глубоких центров мозга возникают эмоциональные переживания в виде общего успокоения или страха, ярости. Раздражение глубинных структур мозга у людей в процессе оперативных вмешательств также вызывает появление чувства радости, успокоения, огромного удовлетворения или, наоборот, чувства переживания, тревоги, страха, подавленности, беспокойства.

Все эти исследования свидетельствуют о том, что эмоциональные переживания обуславливаются функциями гипоталамуса, таламических образований, лимбической системы. Эти образования тесно связаны с корой головного мозга, которая оказывает на них корректирующее влияние. Нарушение правильного взаимодействия коры и подкорковых структур приводит к развитию эмоциональных расстройств.

Современную точку зрения о механизмах эмоциональных переживаний высказал П.К. Анохин. Он считал, что биологическая сущность эмоций сводится к удовлетворению какой-либо потребности. Если обратная информация о результатах предпринятого человеком действия говорит о полном достижении цели, возникает положительное эмоциональное состояние. Несовпадение же обратной афферентации с результатами решения поставленных задач ведет к неудовлетворенности, беспокойству, к поиску новых решений.

Расстройства внимания

Внимание представляет собой направленность психической деятельности на явления окружающей действительности и на процессы, происходящие в организме. Различают пассивное и активное внимание.

В основе пассивного (непроизвольного) внимания лежит ориентировочная (безусловная) реакция организма на сигналы окружающей среды.

Активное (произвольное) внимание сводится к сосредоточению психической деятельности человека на решении той или иной задачи либо на достижении какой-либо цели. В основе активного внимания лежит приобретенный и закрепленный в процессе индивидуальной жизни практический опыт человека.

Внимание может быть устойчивым или неустойчивым, переключаемым либо отвлекаемым. Высокая устойчивость внимания, большой его объем и медленная переключаемость характерны для людей, увлекающихся решением какой-либо сложной проблемы, требующим длительного умственного напряжения. Повышенная переключаемость внимания дает возможность быстро решать любые производственные или бытовые вопросы. При различных патологических состояниях психической деятельности, например при маниакальном синдроме, наблюдается повышенная отвлекаемость внимания. При депрессиях внимание больных патологически сосредоточено на анализе поступков, совершенных в прошлом, на состоянии своего здоровья. У них появляются мысли о неизлечимости тяжелого недуга, о гибели семьи, мира. Невротические расстройства и астенизация психической деятельности после тяжелых соматических и инфекционных заболеваний сопровождаются повышенной истощаемостью внимания.

Волевые расстройства

Воля – это психическая деятельность человека, направленная на достижение определенной цели, на преодоление возникающих при этом препятствий. Без волевой направленности человек не может осуществить свои намерения, успешно решать стоящие перед ним задачи. Волевой процесс складывается из следующих этапов: возникнове-

ния потребности в достижении цели, мотивации волевого акта, исполнении принятого решения.

Волевая активность у человека может быть ослаблена (*гипобулия*) или отсутствовать вовсе (*абулия*). Снижение волевой активности характерно для больных шизофренией, травматической болезнью, старческими психозами.

Патологическое увеличение волевой активности (*гипербулия*), сопровождающееся повышенной отвлекаемостью, может встречаться при маниакальных состояниях, бредовых расстройствах, а сопровождающееся инертностью нервных процессов, затрудненным переключением внимания – при паранойяльных состояниях, эпилепсии и др.

Извращение волевых актов (*парабулия*) проявляется в нарушениях влечения к пище, инстинкта самосохранения, полового акта и т. д. Больные при этом отказываются от обычной пищи, едят несъедобные вещи или, наоборот, отличаются патологической прожорливостью. Нарушение инстинкта самосохранения сопровождается нанесением себе тяжелых увечий, стремлением покончить жизнь самоубийством. Половые извращения (гомосексуализм, садизм, мазохизм, эксгибиционизм и др.) также относятся к патологическим нарушениям волевой активности и встречаются у больных сексуальной психопатией, шизофренией и т. д.

Нарушения сознания

Сознание, как уже отмечалось, – это высшая форма отражения человеком окружающей действительности. Часто у больных с тяжелыми соматическими нарушениями, требующими неотложной медицинской помощи, наблюдаются расстройства сознания. Несмотря на то что клиническая картина их разнообразна, все они имеют общие признаки. Наиболее четко симптомы расстроенного сознания описал немецкий психиатр Ясперс. Он выделил следующие признаки расстройства сознания.

1) полное или частичное нарушение ориентировки в месте, времени, собственной личности;

2) амнестические расстройства, распространяющиеся на события, происходившие в период расстроенного сознания. Больной при этом вообще не может воспроизвести события или воспроизводит их фрагментарно;

3) расстройство мышления, отличающееся инкогерентностью (бессвязностью), фрагментарностью. При нем затрудняется синтез воспринимаемых извне сигналов при относительной сохранности анализа;

4) полное отсутствие или фрагментарное, неотчетливое восприятие окружающего;

5) пароксизмальность возникновения психопатологических признаков, которые так же быстро исчезают, как и появляются, следуя за изменением основного этиологического фактора.

Для установления состояния нарушенного сознания необходимо наличие совокупности перечисленных признаков. Один или несколько не связанных между собой симптомов не могут в достаточной степени свидетельствовать о патологии сознания.

Глава 4. ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Психические заболевания, как и другие болезни организма, имеют специфические признаки – симптомы. Тот или иной признак никогда не проявляется изолированно. При развитии болезни ее симптомы обнаруживаются в комплексе. Совокупность отдельных признаков болезни, объединенная общим патогенезом и характером проявления, представляет собой синдром. Синдром определяет качественные особенности и степень тяжести психического заболевания. В психиатрии большое значение придается синдромальному анализу, так как при психическом заболевании отмечается большой полиморфизм симптоматики. Определение синдрома способствует систематизации, упорядоченности разнообразных проявлений болезни.

Синдромы могут быть малыми и большими. Например, астенический синдром нередко проявляется значительным числом неврастенических признаков – раздражительностью, плаксивостью, бессонницей. Но на фоне астенического состояния могут развиваться бред, галлюцинации, навязчивые переживания, что говорит о появлении

признаков больших (сложных) синдромов, т. е. о генерализации процесса.

Клиническая картина синдромов складывается из позитивных и негативных расстройств. К первым относятся галлюцинаторно-бредовые, кататонические, аффективные и другие расстройства, ко вторым — эмоционально-волевое оскудение, психопатизация личности, слабоумие. Позитивные и негативные синдромы обычно проявляются в тесной взаимосвязи.

Синдромы в зависимости от преимущественного поражения той или иной сферы психической деятельности подразделяются на неврозоподобные, бредовые, синдромы расстройства сознания, синдромы аффективных и двигательно-волевых нарушений и др.

Неврозоподобные синдромы

К неврозоподобным синдромам относятся астенический, обсессивный и ипохондрический.

Астенический синдром развивается постепенно, исподволь.

Вначале чаще всего появляется повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, раздражительность. Последняя сменяется пассивностью, безразличием, неотчетливым восприятием окружающего (*гипостезия*).

Больной с данным синдромом не переносит яркий свет, громкие звуки, резкие запахи, прикосновение (*гиперестезия*). Постоянная сонливость днем сменяется упорной бессонницей ночью. Этим признакам часто сопутствуют тягостные ощущения, например чрезмерная потливость, головные боли к концу рабочего дня или по утрам, неприятные ощущения в области сердца, чувство напряжения. При изменении климатических условий, перемене погоды, особенно при падении атмосферного давления, состояние больного значительно ухудшается.

С астенического синдрома начинаются все психические заболевания. Он также наблюдается в период выздоровления от тяжелых соматических и инфекционных заболеваний.

Обсессивный синдром (состояние навязчивости) включает симптоматику, при которой на первый план выступают навязчивые мысли, страхи, ритуалы, влечения, двига-

тельные акты помимо воли больного. Больной критически оценивает нелепость своих переживаний, однако часто не в состоянии их преодолеть и просит врача помочь ему. Иногда ценой больших усилий ему удается временно избавиться от болезненного состояния или снизить его остроту.

Различные виды навязчивых явлений встречаются при неврозе, психопатиях, шизофрении, после тяжелых переживаний.

Ипохондрический синдром проявляется постоянным опасением больного за состояние своего здоровья: его все время преследует страх тяжело, неизлечимо заболеть. Эти крайне тягостные состояния обусловлены неприятными ощущениями, поступающими из различных органов или отдельных частей тела, чувством переливания жидкости в полостях, сдавливания, щекотания и др. Больные с таким синдромом часто обращаются к различным врачам, требуют глубоких медицинских обследований. Однако у них обычно никакой соматической патологии не обнаруживается, и больные, не получив помощи, обвиняют врачей в недоброжелательности и даже вредительстве, считают себя источниками опасных инфекций, утверждают, что их околдовали, загипнотизировали.

Ипохондрический синдром встречается при вялотекущей форме шизофрении, психопатиях, депрессивных состояниях.

Синдромы расстройства сознания

Можно предполагать, что любое психическое заболевание сопровождается нарушением сознания, так как больной не в состоянии правильно отражать внешний мир. Однако с клинической точки зрения считается, что сознание расстроено в тех случаях, когда больной дезориентирован в месте, времени, собственной личности и обнаруживает полные или частичные нарушения памяти (амнезии).

Различают следующие синдромы нарушения сознания.

Состояние оглушенности – может быть трех степеней.

Наиболее легкая степень оглушения сознания носит название *обнубиляции* (от гр. *nubes* – облако). Сознание в данном случае как бы заволакивается облаком, покрывается туманом. Больные замедленно отвечают на вопросы, не в состоянии быстро осмыслить складывающиеся ситуации, вялы, медлительны.

При более выраженном состоянии оглушенности повышается порог восприятия внешних раздражителей. Больные на вопросы, заданные тихим голосом, совершенно не реагируют, а громкую речь воспринимают замедленно. Мыслительный процесс у них крайне затруднен, представления скудны, бедны. Смысл сложных задач они не понимают, простые решают с большим трудом, замедленно. У них наблюдается бедность мимики, безучастность, молчаливость, заторможенность движений. Выражение лица безразличное, тупое. Реакция на болевые раздражители снижена (сомнолентность).

По мере утяжеления патологического процесса развивается *сопор*. Больные неподвижны, на сильные раздражители (например, болевые) отвечают небольшими элементарными движениями. Ориентировка в месте, времени и даже собственной личности у них отсутствует. Зрачковые, корнеальные рефлексы и глотательные движения сохранены.

Самая тяжелая степень состояния оглушения – *кома*. В отличие от sopora при коме полностью отсутствуют рефлексы на внешние раздражители. Могут возникнуть аритмичное дыхание, падение сердечно-сосудистой деятельности, расстройство функции других жизненно важных органов с появлением психомоторного возбуждения, эпилептиформных припадков.

Сопор и кома являются признаками тяжелого соматического неблагополучия организма. После выздоровления остается полная амнезия.

Оглушенное расстройство сознания наблюдается в клинической картине интоксикационных психозов, при тяжелых органических поражениях центральной нервной системы (опухолях, травмах, прогрессирующем параличе, сосудистых поражениях), а также после эпилептического припадка, в процессе проведения коматозных методов лечения инсулином и атропином, во время электросудорожной терапии психических заболеваний.

Делирий (лат. *delirium* – безумный) – по психопатологической симптоматике резко отличается от состояния оглушения. На первый план при делириозном синдроме выступают яркие расстройства восприятия. Преобладают преимущественно зрительные галлюцинации устрашающего характера. Галлюцинации могут быть сценopodob-

ные, панорамические или же единичные, периодически возникающие и преходящие. Больные дезориентированы, в месте, времени, ориентировку в собственной личности часто сохраняют; противопоставляют себя кажущемуся; крайне возбуждены, спасаются от галлюцинаторных явлений бегством, прячутся, нападают на мнимых преследователей. У таких больных возникает то страх, то плаксивость, раздражительность, а иногда благодушие. Их высказывания непоследовательны, взгляд блуждающий.

При алкогольном делирии больные видят зверей, насекомых, различных чудовищ, мертвецов, бандитов, издающих устрашающие звуки. Галлюцинаторные образы у них чаще всего черно-белой окраски и по сравнению с нормой несколько уменьшены в размере (*микро- и зоопсии*). У больных эпилепсией в случае развития делирия наблюдаются сценородные ярко окрашенные галлюцинации, нередко религиозного содержания.

Делириозное помрачение сознания чаще усиливается к вечеру и ночью. Днем могут наступать периоды относительного прояснения («светлые окна»), во время которых больной правильно отвечает на вопросы, узнает окружающих, критически относится к своим болезненным явлениям. Воспоминания на период делирия сохраняются частично.

Больной М., 29 лет; болен белой горячкой, развившейся на фоне хронического алкоголизма. Трудно поддается контакту. Назвал свою фамилию, имя. В беседе напряжен, с испугом озирается по сторонам, недоуменно смотрит на врача. Считает, что находится около похоронного бюро. Вдруг вскакивает и кричит: «Смывайте быстро кровь, дочка кровью исходит». Затем прислушивается и якобы слышит, как «строители» ругаются. «Разговаривает» по телефону с женой, недоволен тем, что плохая слышимость. Вместо врача «видит» какую-то Ирину Васильевну. Выкрикивает: «Что вы меня ловите?». Просит санитаря: «Эй, ты, принеси бутылочку, сейчас доем борщ и буду выпивать». На повторный вопрос, где он находится, заявляет: «Что вы меня заливаете водой... Я в пивнухе, стою на рабочем месте... Опять кровь с носа течет, вытрите меня». Просит «отделить проводку от руки». Считает, что сегодня 24-е число, 14-й месяц. Недовольно смеется. Зовет какого-то Ивана Васильевича, затем говорит: «Каюсь, выпил бокал пива, жажда мучает». Сдувает «мошек» с одежды. К сообщению врача о том, что находится в больнице, относится с недоверием: «Ну что вы говорите, я на территории завода, весь снег, ящики по двору разбросаны». Вдруг увидел собаку, прого-

няет ее: «Опять в проходной пропустили этого пса». Бросает ей хлеб. Удивленно вскрикивает: «Ай, ай, что я вижу – мышка, лови ее, убежит сейчас. Ух, поймал. Вот она, серенькая, маленькая, а вот вторая спряталась, вот еще... сейчас заколю...» Кричит: «Быстро убери суперфосфат... закатай мне спецовку, мешает работать». Весь дрожит, покрыт липким потом.

Делириозный синдром может проявляться в двух атипичных формах:

1) мусситирующий (от англ. *mussitans* – шептать, бормотать) делирий – возбуждение больных ограничивается пределами постели. Они постоянно что-то невнятно шепчут, бормочут, бессмысленно выполняют однообразные, стереотипные движения, страхивают с себя мнимую пыль, стягивают одеяло;

2) профессиональный делирий – отличается наплывом у больных галлюцинаторных явлений, отражающих их профессиональные навыки. Психомоторное возбуждение у таких больных проявляется в виде выполнения автоматизированных профессиональных действий. Например, бухгалтер «стучит счетами», прачка «стирает белье», машинистка «печатает на машинке» и т. д. Все эти действия больные сопровождают единичными словами, указывающими на их отношение к профессии.

Атипичные формы делирия относятся к наиболее тяжелым расстройствам сознания и нередко переходят в сопор и кому. Они встречаются при неблагоприятно протекающих соматических и инфекционных заболеваниях.

Аменция (от лат. *amentia* – бессмыслие) – проявляется состоянием острой спутанности сознания, несобранностью, растерянностью больного. Главным признаком аментивного расстройства сознания является нарушение у больного синтетической деятельности при относительной сохранности анализа. Речь его бессвязна; в ней отсутствует правильное логическое и грамматическое построение фраз. Больной фрагментарно воспринимает окружающую обстановку, однако синтезировать, осмысливать ее не в состоянии: анализируя отдельные компоненты, он не может объединить их в одно целое. Часто мимика больного выражает удивление (высоко приподнятые брови, поперечные складки на лбу).

Все виды ориентации у таких больных нарушены. По выходе из состояния аменции у них обнаруживается ам-

незия всего пережитого. На высоте аментивного синдрома может наблюдаться однообразное двигательное возбуждение, ограничивающееся пределами постели. В вечернее и ночное время эпизодически возможны отрывочные галлюцинаторные и бредовые явления. Эмоциональная сфера у больного неустойчива. Если у него пониженное настроение, он выкрикивает отдельные слова, отражающие печаль, тоску. При повышенном настроении фразы изобилуют словами радости и удовольствия.

Аменция наблюдается при тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях, а также при развитии сепсиса в послеродовом периоде.

Онейроидное (от гр. *oneiros* – сновидение) расстройство сознания – характеризуется наплывом снопоподобных фантастических галлюцинаций. Больные либо полностью дезориентированы в окружающей обстановке и погружены в свой болезненный мир, либо сохраняют двойственность ориентировки, отражая и реальную и кажущуюся действительность. При этом наблюдается непосредственное участие больного в развивающихся фантастически-иллюзорных представлениях. События разворачиваются последовательно, незнакомые ему люди кажутся ранее виденными, а родные – чужими. Например, перед больным калейдоскопически проносятся картины, в которых он является одним из главных действующих лиц. Он путешествует по древнему Риму, отдыхает в хрустальном замке, садится в космический корабль и вместе с близкими и родными, с домашними животными высаживается на Марсе, встречается и беседует с обитателями планеты.

Болезненные переживания у таких больных могут сочетаться с воспринимаемыми фрагментами действительности, в связи с чем у них возникают ощущения зависимости от каких-то внешних «магических» сил, что способствует развитию бредовых идей. Чаще всего больные ступорозны, погружены в грезоподобные переживания. Такое состояние может чередоваться с кататоническим возбуждением. Память на период онейроида сохраняется.

Сновидное нарушение сознания наблюдается при шизофрении (онейроидной кататонии), эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.

Сумеречное расстройство сознания – сопровождается фрагментарным восприятием окружающей обстановки,

собственной личности и амнезией на период болезни. Сознание больного суженное, внешний мир воспринимается им как бы через длинную трубу или через узкий прямой коридор. Больной ничего не замечает, кроме одного какого-либо фрагмента. Это сопровождается остро возникающими состояниями аффектов тоски, злобы, страха. Кроме того, выражено психомоторное возбуждение с резко отрывочными бредовыми идеями, галлюцинациями, стереотипностью и автоматизированностью движений. Вследствие тревожно-злобного настроения и бредового истолкования окружающего больные склонны к агрессивным действиям. Иногда можно наблюдать внешне упорядоченное поведение больных: они совершают переезды из города в город, блуждают по улицам и производят впечатление внешне здоровых людей. Однако и подобные расстройства сопровождаются сумеречным нарушением сознания и полной амнезией всего происходившего.

Синдром сумеречного расстройства сознания встречается при эпилепсии, органических поражениях головного мозга, при реактивно-истерических психозах.

Особое состояние расстройства сознания – является разновидностью сумеречного расстройства. При нем частично сохраняется ориентация больных и отсутствует амнезия на события, происходившие в период болезни. Больной их помнит и подробно рассказывает. В то же время окружающую действительность он воспринимает в искаженном виде. Особое расстройство сознания сопровождается явлениями деперсонализации, психосенсорными расстройствами, яркими иллюзиями и галлюцинациями.

Все виды расстройства сознания, как правило, возникают внезапно и быстро достигают большой глубины. Они могут продолжаться от нескольких минут до нескольких дней, реже длиться месяцами.

Бредовые синдромы

К бредовым синдромам относятся следующие расстройства.

Паранойяльный синдром – характеризуется наличием систематизированных бредовых идей и сверхценных образований. Высказывания больного носят монотематический характер, основанный на одной логической ошибке. Все его внимание, вся деятельность подчинены стремле-

нию доказать свою правоту, реализовать свои болезненные побуждения. Окружающую действительность он трактует крайне односторонне, исходя из существующих бредовых предпосылок. Наблюдающаяся при этом высокая степень систематизации бредовых идей говорит об инертном, медленном течении болезненного процесса или стабилизации его. Возникновению систематизированного бреда обычно предшествует так называемое предбредовое состояние или бредовая настроенность в виде неопределенного чувства беспокойства, тревоги, настороженности, подозрительности. Больные тягостно переносят расстройство, предшествующие бреду, и ощущают значительное облегчение, когда находят объяснение своим переживаниям в той или иной систематизированной бредовой идее. В этом случае смутные предположения с точки зрения больных приобретают ясность. Они даже удивляются, как это не понимали, что их везде — на улице, дома, на работе — преследуют «шпионы и контрразведчики», что «жена не верна», «что сделано открытие» и т. д. Галлюцинаторные расстройства при этом не наблюдаются. Память и интеллект (если не принимать во внимание бредовую систему) — без грубой патологии. Болезненные переживания высказываются чрезвычайно обстоятельно, детально с выраженной эмоциональной окраской.

Встречается паранойяльный синдром при шизофрении, патологическом развитии личности, у параноических психопатов.

Параноидный синдром — выражается отрывочными, несистематизированными бредовыми идеями политематического характера (бред отношения, преследования, возмездия и др.). Болезненные высказывания сочетаются с галлюцинаторными явлениями. В состав синдрома часто включаются признаки умственного автоматизма, сопровождающиеся псевдогаллюцинациями, насильственным мышлением (мантизм), «отчужденностью». Преобладают слуховые галлюцинации. Больные слышат голоса, мужские, женские, детские, знакомых и незнакомых людей, шумы, свисты, крики, плачи, «передаваемые с помощью различной аппаратуры». Встречаются также симптомы деперсонализации.

Наличие параноидного синдрома говорит о большей дифференцированности процесса по сравнению с заболеваниями, сопровождающимися паранойяльными нарушениями.

Параноидный синдром входит в клиническую картину шизофрении, алкоголизма, эпилептических, реактивных психозов и др.

Больной П., 48 лет; болен шизофренией параноидной формы. За несколько дней до поступления в больницу стал замкнутым, уединялся. Задавал однообразные вопросы: «Что дальше?» При этом пристально смотрел в глаза жены. Был осмотрен психиатром, который предложил госпитализацию. Ночью больной неожиданно проснулся, почувствовал, как «из соседнего дома при помощи специального передатчика излучают зеленые радиоволны». Услышал голоса, женские, мужские, детские; по содержанию разговора понял, что это шпионская группа. Голоса говорили о необходимости убивать людей, жечь дома. Услышал, что и жена входит в эту организацию. Голоса приказывали ей отравить его, подсыпать яд в стакан с молоком. Решил, что необходимо срочно разоблачить и уничтожить преступников. Начал искать нож (накануне вечером жена спрятала все острые предметы). Нашел в коридоре ржавую вилку и, подойдя к спящей жене, ударил ее несколько раз по голове.

Парафренный синдром – проявляется бредовыми идеями величия, нередко носящими фантастический характер, а также бредом преследования, воздействия, синдромом психического автоматизма (*синдром Кандинского – Клерамбо*), изменением эмоциональной сферы. Вместе с тем наблюдаются симптомы двойника, ложного узнавания (*симптом Капгра*). Продуцируя бредовые идеи, больные рассказывают о своем всемогуществе, употребляя фантастические сравнения; считают себя властелинами галактики, главнокомандующими всеми армиями мира, знают языки всех народов земного шара, вселенной; уверены, что обладают огромной физической силой и ловкостью, заявляют, например, что могут поднять на одной руке паровоз, перепрыгнуть через реку Западная Двина. В бредовые высказывания больной включает множество лиц и фантастических событий; прошедшую жизнь пересматривает исходя из своих болезненных представлений. Настроение у него обычно повышено.

Парафренный синдром наблюдается при шизофрении, прогрессивном параличе, алкогольных и органических психозах.

Больной С., 42 лет; страдает шизофренией около 12 лет. Неоднократно лечился в психиатрических стационарах, выписывался с улучшением психического состояния. При очередном поступлении в

больницу во время беседы с врачом заявил, что совершенно здоров и служит в специальных органах капитаном, врачом, конструктором, «есть и повыше звания». При дальнейшей беседе сообщил, что окончил много высших учебных заведений и выполняет свой долг перед родиной. Считает, что в больницу его доставили для специального обследования и проверки. Показывает шрам в области правого виска и говорит, что получил его «в борьбе с врагами родины», уверен, что у него много врагов, что в него стреляли с самолета чем-то непонятным. «Самолет делал так, что через 15 минут менялось лицо». Говорит: «Сейчас у меня звериная голова». Слышит голоса, которые якобы передаются через переводчика. С помощью этих голосов «получает важные задания сверху». Утверждает, что способен «делать погоду», что для обучения ездил «в центр», где получил задание лететь в космос на «Венере-30». Сообщает, что раньше летал на другие планеты, а когда вернулся на Землю, то в организме остался всего стакан крови. На вопросы отвечает односложно, формально.

Галлюцинаторный синдром – условно можно отнести к группе бредовых. В отличие от предыдущих синдромов при галлюцинозе на первый план выступают не бредовые идеи, а интенсивные слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные галлюцинации. Сознание больных остается формально ясным, они ориентированы в окружающей среде, времени. В зависимости от содержания галлюцинаций они высказывают соответствующие бредовые идеи преследования, отравления, ревности и др. Чаще всего встречается вербальный галлюциноз, когда больной слышит голоса, комментирующие его поступки, повелевающие им и т. д. Галлюцинации усиливаются в вечернее и ночное время. Иногда больные критически относятся к ним. Чаще же под влиянием обманов восприятия совершают неадекватные поступки и агрессивные действия.

Галлюциноз может протекать как остро, так и хронически в течение многих месяцев и даже лет. Он является одним из вариантов психотических расстройств при шизофрении, алкоголизме, сифилисе мозга, эпилепсии.

Больной М., 48 лет; в течение 9 лет страдает шизофренией галлюцинаторно-параноидной формы. Неоднократно лечился по этому поводу в психиатрических стационарах, в периоды улучшения выпущен из больницы на непродолжительное время, поскольку часто возникали рецидивы. В детстве рос и развивался нормально. Перенес детские инфекции, простудные заболевания. Закончил среднюю школу и военное училище. Работал техником на аэродроме. По характеру был веселым, общительным, легко переживал неудачи.

Женат, имеет одного ребенка. Заболевание началось с появления «голосов», бессонницы и тревоги. Настоящее поступление в больницу связано с очередным ухудшением состояния (появились сильные головные боли, «голоса в голове и в горле»). Во время беседы с врачом больной сидит, обхватив голову руками, временами испуганно оглядывается по сторонам, жалобно смотрит на врача. О своих переживаниях рассказывает не очень охотно. Жалуется, что тяжело управлять своим поведением, так как последние 4 дня «донимают голоса»: «Они ругают меня так, что даже неудобно повторить вам это»; «А еще приказывают отрубить жене палец, а если я этого не сделаю, то меня повесят».

Синдром умственного (психического) автоматизма (синдром Кандинского – Клерамбо) – описан психиатром В.Х. Кандинским и французским ученым Клерамбо. Встречается при многих психических заболеваниях (прежде всего при шизофрении), но не характерен для неврозов и психопатии. Состоит из отдельных взаимосвязанных психопатологических симптомов.

В первую очередь следует назвать *моновокальный псевдогаллюциноз*. Он характеризуется наличием вербальных (словесных) галлюцинаций, ощущаемых внутри головы. Синдром умственного автоматизма сопровождается также чувством овладения, чуждости мыслей, которые протекают насильственно, как бы навязаны внешней силой, помимо желания и воли больного (*мантизм* – насильственное мышление).

У больного создается впечатление, что его мысли звучат громко и, следовательно, их слышат окружающие (*симптом открытости мыслей*). Согласно субъективному представлению такого больного его психическая деятельность как бы автоматически управляется извне, поэтому мыслительный процесс у него часто сопровождается громким, не зависящим от воли произношением насильственно текущих мыслей (*симптом насильственного говорения*).

Когда больной не произносит слова, но субъективно ощущает сокращение мышц, участвующих в артикуляции речи, расстройство называют *мышечной псевдогаллюцинацией*. Этот симптом также характерен для синдрома Кандинского – Клерамбо.

В зависимости от преобладания тех или иных признаков синдрома психического автоматизма различают следующие его варианты:

1) идеаторный (ассоциативный) автоматизм – характеризуется насильственным, не зависящим от воли больного наплывом мыслей, образов (мантизм), произвольных высказываний «чужих» мыслей (симптом открытости мыслей). Интересы, мысли, желания, влечения больного становятся чуждыми, «известными всем окружающим». Мыслительный процесс у него как бы навязан извне;

2) сенестопатический автоматизм – у больного появляется насильственное чувство жжения, щекотания, боли во внутренних органах, а также неприязни, страха, злобы, недомогания;

3) моторный, или кинестетический, автоматизм – все действия больного приобретают характер навязанных со стороны. Против воли больного чуждая для него сила заставляет его двигаться, резко поворачивать голову, улыбаться, строить гримасу.

Разновидности синдрома Кандинского – Клерамбо не встречаются изолированно друг от друга, а представляют собой этапы развития патологического процесса. Если этот процесс начался с идеаторного автоматизма, то в последующем можно ожидать возникновения сенестопатического, а затем и кинестетического варианта. Появление синдрома Кандинского – Клерамбо в клинической картине того или иного заболевания (например, шизофрении) свидетельствует о сравнительно плохом прогнозе.

Синдромы эмоциональных нарушений

Эмоциональные (аффективные) синдромы проявляются в основном в виде депрессивного и маниакального синдромов. Каждый из них складывается из типичной триады признаков.

Для депрессивного синдрома в первую очередь характерно тоскливое, подавленное настроение, двигательная заторможенность, угнетение мыслительного процесса. Больные испытывают чувство мучительной тоски, окружающий мир воспринимают в мрачных красках. Прошлое, настоящее и будущее кажется им неинтересным, безперспективным, безрадостным. Профессиональные и домашние обязанности они обычно не в состоянии выполнять. Мысли у них мрачные, текут медленно, новые ассоциации возникают с трудом. Больные сидят в однооб-

разной скорбной позе, низко опустив голову, или подолгу лежат и постели, ни с кем не разговаривая. Жалуются на подавленное настроение, гнетущую тоску, безысходность. Чувство к близким родственникам у них отсутствует. Критически оценивая это состояние, больные ощущают тяжелую душевную боль (*симптом скорбного бесчувствия*, гр. *anaesthesia psychica dolorosa*). Депрессивный фон настроения сопровождается тяжелыми, неприятными ощущениями в области сердца (*симптом предсердечной тоски*, гр. *anxietas praecordialis*). При депрессивном синдроме обычно возникают бредовые идеи самообвинения, вся жизнь расценивается как цепь множественных ошибок, неправильных поступков, обид, несчастий.

Для маниакального синдрома, наоборот, типично повышенное настроение, двигательная активность, ускорение мыслительного процесса. Маниакальное состояние сопровождается повышенной отвлекаемостью, беззаботностью, веселостью, поверхностностью суждений, оптимистическим настроением. Память при этом обострена (*симптом гипермнезии*). Больные многословны, читают стихи, которые иногда слагают сами, поют песни, танцуют, сексуально расторможены. Больным с маниакальным синдромом присуще возникновение идей переоценки собственной личности, которые проявляются в желании выдать себя за великих людей, выдающихся ученых, поэтов, художников, руководителей государства. В связи с неустойчивостью внимания и быстротой течения мыслительного процесса речь больных внешне кажется бессвязной, инкогерентной. Однако при внимательной беседе можно заметить, что у них логическая связь между фразами существует. У отдельных больных подвижность мыслительного процесса настолько возрастает, что они комментируют все, что ни появляется в поле зрения. Мышление при этом резко ускоряется: одна незаконченная мысль непрерывно сменяется другой (*симптом скачки идей*, лат. *fuga idearum*).

Аффективные синдромы развиваются при маниакально-депрессивном и инволюционных психозах, при шизофрении, органическом поражении головного мозга, инфекционных заболеваниях (грипп, сыпной тиф), интоксикациях (АКТГ, акрихин).

Синдромы двигательно-волевых нарушений

К синдромам расстройства двигательной сферы прежде всего следует отнести кататонический синдром. Он проявляется в двух вариантах.

1. *Кататоническое возбуждение* сопровождается стереотипностью и автоматизированностью движений, их нецеленаправленностью, хаотичностью, вычурностью. Наряду с этим могут неожиданно возникать немотивированные импульсивные действия. Больные внезапно вскакивают, куда-то бегут, нападают на окружающих, в отдельных случаях проявляют чрезвычайную ярость, агрессивность, сменяющуюся через непродолжительное время успокоением.

Для кататонического возбуждения характерны симптомы эха: *эхолалия* – стереотипное повторение услышанных фраз; *эхопраксия* – повторение увиденных у окружающих движений; *эхоимия* – непроизвольное повторение выражения лица собеседника.

Кататоническое возбуждение может также проявляться в виде неразвернутых кататонических симптомов: в виде стереотипного почесывания, постоянного кивания головой, раскачивания больного с одной стороны в другую, в виде однообразных движений, нередко сопровождающихся нанесением себе повреждений (стереотипное расцарапывание кожи, длительное однообразное вырывание волос).

2. *Кататонический ступор* характеризуется обездвиженностью и мутизмом (молчание, отказ от разговора). Проявляется в форме *восковидной гибкости* (лат. *flexibilitas cerea*): больному можно придать любые позы, в которых он застывает на длительное время.

Нередко при кататоническом ступоре встречается *симптом воздушной подушки Дюпре*: у лежащего на кровати больного голова повисает в воздухе, и он остается в таком положении длительное время.

Может возникать также ступор с напряжением мускулатуры, при котором больные пребывают в одной и той же позе, чаще всего в эмбриональной. Все мышцы у них напряжены.

Наблюдаются также *симптом хоботка* (вытянутые вперед губы) и *симптом капюшона* (натягивание на голову халата при открытом лице).

Для кататонического возбуждения и кататонического ступора характерен *симптом негативизма*. Негативизм может быть активным и пассивным. Активный негативизм отличается тем, что больные делают все наоборот, о чем бы их ни попросили. Например, когда больного просят подать руку, он прячет ее; просят повернуться лицом – отворачивается в противоположную сторону; при просьбе сесть остается стоять на прежнем месте. При пассивном негативизме больной вовсе не выполняет просьб и требований.

Кататонический синдром может протекать при ясном сознании (*люцидная кататония*; лат. *lucidus* – ясный, светлый). Несмотря на то что при этом синдроме, как правило, наблюдается ступор с оцепенением, мутизмом, негативизмом, больной ориентирован в окружающей действительности, замечает все вокруг и по выходе из ступора может рассказать обо всем услышанном и увиденном.

Иногда же при кататонии сознание затемняется по онейроидному типу (*онейроидная кататония*). В этом случае чаще всего наблюдается кататоническое возбуждение с дурашливостью, разорванностью речи, реже – кататонический ступор с явлениями каталепсии.

При кататоническом синдроме возможны также бредовые идеи различного содержания и галлюцинации. Однако в клинической картине этого симптомокомплекса они находятся на втором плане.

Кататонический синдром является важным признаком кататонической формы шизофрении. Он встречается также при инволюционных, эпилептических и реактивных психозах.

Нарушения волевой сферы сопровождаются развитием *апатико-абулического синдрома*, который характеризуется постепенным развитием *апатии* (безразличия) и *абулии* (безволия). Больные бездеятельны, равнодушны к окружающей обстановке, не проявляют интереса к родным, близким, происходящим вокруг них событиям. У них отсутствуют планы на будущее, стремление к познавательной деятельности, забота о родных, семье, о себе самих. Несколько дольше сохраняются реакции, связанные с подкорковой деятельностью: гнев, голод, либидо.

Апатико-абулический синдром является составной частью клинической картины больных шизофренией, травматической болезнью, опухолями головного мозга.

Синдромы интеллектуально-мнестических расстройств

К этой группе психических нарушений относят корсаковский синдром, дементный синдром и синдром олигофрении.

При корсаковском амнестическом синдроме на первый план выступает нарушение памяти на текущие события. Факты давно прошедших лет обычно сохраняются, в то время как непосредственная реальность не фиксируется в памяти больного, т. е. он не помнит текущих событий. Это один из главных симптомов описываемого синдрома — *фиксационная амнезия*. Больные не могут запомнить только что встреченных лиц, найти свою палату, постель, не знают, осматривал ли их врач, был ли завтрак, обед, не помнят числа, времени года, места нахождения. Только что услышанную речь или же содержание недавно прочитанного они не в состоянии воспроизвести. Больные непроизвольно компенсируют отсутствие памяти на текущие события различными вымыслами или воспоминаниями событий, имевших место в прошлом.

Следовательно, в клинической картине синдрома обнаруживаются и такие важные симптомы, как *конфабуляции* и *псевдореминисценции*. Для таких больных характерна малоподвижность, повышенная утомляемость, раздражительность. Грубого нарушения интеллектуальной деятельности не наблюдается, так как они удерживают в памяти все приобретенные знания, весь опыт, профессиональные навыки, имевшие место до развития заболевания.

Корсаковский синдром отмечается при алкогольном (корсаковском) психозе, при старческих нарушениях психической деятельности, при травматических поражениях головного мозга.

Дементный синдром (приобретенное слабоумие) проявляется стойким снижением умственной способности, интеллекта. Развивается в результате заболевания прогрессирующим параличом, атрофическими процессами в коре головного мозга (болезни Альцгеймера и Пика), эпилепсией (эпилептическое слабоумие), злокачественными формами шизофрении (шизофреническое слабоумие), а также при травмах головного мозга (травматическое слабоумие), старческих психозах (старческое слабоумие), реже — при

атеросклеротических и тяжелых церебральных формах гипертонической болезни.

Слабоумие может быть тотальным (полным) и лакунарным (частичным, парциальным).

При *тотальном слабоумии* у больных наряду с полным отсутствием критической оценки своего состояния нарушается способность приобретать знания и навыки. У них суждения и умозаключения непоследовательны, поверхностны, память грубо нарушена, этические нормы долга, морали теряются. У таких больных растормаживаются инстинктивные влечения: появляется гиперсексуальность, прожорливость, циничность на фоне общей беззаботности, благодушия. Профессиональные навыки сохраняются несколько дольше. В быту они беспомощны и нуждаются в постороннем уходе.

Тотальное слабоумие наблюдается при прогрессивном параличе, старческих психозах.

Лакунарное слабоумие затрагивает лишь отдельные стороны психической сферы: память, внимание. Больные в процессе производственной деятельности замечают снижение своих умственных способностей, критически оценивают это состояние и нередко обращаются за медицинской помощью. У них в первую очередь теряется способность к счету, запоминанию дат, имен, текущих событий, быстро истощается активное внимание, появляется раздражительность, склонность к аффективным реакциям.

Лакунарное слабоумие встречается при атеросклерозе сосудов головного мозга, гипертонической болезни с склонностью к инсультам, при опухолях и сифилисе мозга.

Синдром умственной отсталости (врожденное слабоумие, малоумие) представляет собой задержку умственного развития в результате поражения головного мозга плода в пренатальном периоде или же в первые месяцы и годы жизни ребенка. В основе олигофрении лежит множество причин как наследственного (хромосомные аномалии, резус-несовместимость, обменные нарушения и др.), так и экзогенного (инфекции, различные интоксикации, травмы) характера.

Глава 5. ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Развитие современной психиатрии требует от врача всестороннего подхода к тщательному изучению основных психических заболеваний, а также пограничных нервно-психических расстройств. Это вызывает необходимость применять комплексные методы исследования психически больных в клинических условиях, осуществлять квалифицированный анализ динамики различных психопатологических расстройств и дифференцированно применять современные методы терапии на различных этапах реабилитации психически больных.

Методы исследования

В психиатрической практике ведущее место занимают следующие методы исследования: 1) расспрос (беседа) больного, анализ анамнестических, субъективных (полученных у больного) и объективных (со слов близких родственников, товарищей по работе) сведений; 2) клиническое обследование соматического состояния больного и наблюдение за его поведением; 3) параклинические исследования больных в условиях клинических лабораторий (электрофизиологические, психологические, биохимические и др.).

Беседу с больным необходимо вести спокойно, вежливо, вопросы следует задавать отчетливо, в легко доступной форме, обращаясь к больному по имени-отчеству. При повышенной отвлекаемости больного, его многоречивости, суетливости одни и те же вопросы нужно повторять мягко, но настойчиво. При нежелании больного отвечать на какой-либо вопрос изменение темы разговора поможет продолжить беседу в необходимом направлении. Врач не должен давать невыполнимых обещаний больному, сообщать ему данные о лабораторных исследованиях, отвлекая его во время беседы.

В самом начале беседы врач, справившись о самочувствии больного, устанавливает общие сведения о нем (фамилия, имя, отчество, возраст, образование, профессия

и т. д.). Затем собирает анамнез жизни больного, выясняя особенности дошкольного и школьного периодов, характер трудовой деятельности, бытовые условия, состав семьи, занятия родителей, их культурный уровень, возраст, наличие в семье тяжелых заболеваний. Особое внимание при этом уделяется наследственной отягощенности психическими заболеваниями родителей, близких родственников, взаимоотношениям в семье. Необходимо также выяснить, не было ли неадекватных поступков, странностей, вредных привычек (злоупотребление алкоголем, кофе, употребление наркотических веществ, курение) у кого-либо из родственников. Следует установить, переносит ли больной психотропные средства, антибиотики, сульфаниламидные препараты.

При опросе необходимо тщательно проанализировать первые признаки душевного расстройства, установить возможную связь его с психотравмирующими ситуациями в быту, на производстве, с перенесенными инфекционными заболеваниями или с наличием тяжелых соматических расстройств, черепно-мозговых травм. Если больной ранее лечился в психиатрических стационарах, необходимо детально ознакомиться с прежней историей болезни или выпиской из нее. В этих случаях наряду с четким описанием приступов болезни следует также получить сведения о характере и интенсивности проведенной терапии, эффективности поддерживающего лечения в амбулаторных условиях.

Важное значение для правильной диагностики и последующего лечения психически больного имеет тщательное *соматическое обследование*. В этом случае врач интересуется самочувствием больного, его работоспособностью, утомляемостью, аппетитом, сном и т. д. Обращает также внимание на общий вид больного, на его телосложение, окраску кожных покровов и слизистых. Наличие рубцов на голове может указать на перенесенные черепно-мозговые травмы. Повреждения кожи могут быть результатом припадков у больных эпилепсией. У наркоманов после инъекции наркотиков в нестерильных условиях в результате развившихся в связи с этим абсцессов на коже могут оставаться рубцы. У психопатических личностей поверхностные повреждения кожи живота, груди, локтевых сгибов могут являться результатом демонстративных суици-

дальних поступков. Больные, длительное время принимавшие нейролептики, жалуются на сухость во рту, шелушение кожи, иногда на задержку мочеиспускания. Общее исхудание может наблюдаться у больных с нервной анорексией, а также при наличии в клинической картине заболелания бредовых идей отравления, обонятельных и слуховых галлюцинаций, негативизма. Ожирение отмечается при нарушении функции эндокринных желез, а также после проведенного ранее лечения инсулином и в отдельных случаях — нейролептиками.

В соответствии с правилами терапевтической клиники у больного должны быть обследованы органы дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистая и мочеполовая системы. У женщин обращается внимание на регулярность и продолжительность менструаций, выясняется, не появились ли раздражительность, плаксивость, чувство «прилива жара», сердцебиения. При психических заболеланиях у женщин иногда отмечается оволосение половых органов по мужскому типу, рост бороды, усов; у мужчин — высокий голос, развитие молочных желез, оволосение половых органов по женскому типу, низкий рост, узкие плечи и т. д. Все это говорит о нарушении функции эндокринных желез, которое может маскировать или видоизменять картину психического заболелания.

Для установления соматического состояния здоровья проводят лабораторные исследования крови, мочи, кала, желудочного сока. При психических нарушениях, связанных с органическими поражениями мозга (опухоли, травмы, интоксикации), исследуют спинно-мозговую жидкость. При необходимости прибегают к рентгенографии черепа, пневмоэнцефалографии, эхоэнцефалографии. Данные исследования показаны для диагностики опухолей, грубых атрофических изменений мозга, нарушений циркуляции ликвора, обменных процессов. Большая роль в распознавании психических заболеланий принадлежит неврологическим исследованиям. Они особенно важны при органическом поражении центральной нервной системы (при черепно-мозговых травмах, опухолях мозга, тяжелых интоксикациях и др.). В этих случаях неврологические симптомы позволяют дифференцировать органические нарушения нервной системы от функциональных расстройств.

Неврологическое исследование начинают с определения состояния черепно-мозговых нервов. Проверяют реакцию зрачков на свет, конвергенцию и аккомодацию. Узкие зрачки (миоз) чаще бывают у пожилых людей при органических процессах мозга. Широкие зрачки (мидриаз) отмечаются при тяжелых депрессивных состояниях, при сильных болевых ощущениях, при отравлениях атропином, кокаином, скополамином. Неравномерность зрачков (анизокория) наблюдается при сифилисе головного мозга, при старческом слабоумии. Выпячивание глазных яблок (экзофтальм), сопровождающееся расширением глазных щелей, отмечается в тяжелых случаях тиреотоксикоза. Экзофтальм может обнаружиться и при опухолях головного мозга, параличе глазодвигательных нервов. Гиперфункции щитовидной железы сопутствует раздражительность, обидчивость, бессонница, чрезмерная потливость, повышенная мнительность.

Во время обследования проверяют также оскал зубов, симметричность лица, языка, периостально-сухожильные и брюшные рефлексы; выявляют наличие патологических рефлексов Оппенгейма, Россолимо, Бабинского, исследуют менингеальные симптомы Кернига, Брудзинского и др.

При обследовании психически больного особенно важное значение имеет правильное *описание психического статуса*. Лишь, квалифицированное выявление психических нарушений дает возможность достоверно диагностировать психическое заболевание, установить его клинические особенности и назначить оптимальные терапевтические мероприятия.

Статус не должен носить описательный характер и содержать специальные психиатрические термины. Например, не следует писать: «У больного имеется бред преследования, физического воздействия». Необходимо написать: «В течение последних двух месяцев больному стало казаться, что окружающие относятся к нему недоброжелательно, что изменилось поведение товарищей по работе. Они начали о чем-то шептаться наедине, подмигивать друг другу, специально подложили бракованные детали, украли инструменты, оголили электропровода. Однажды ночью неожиданно проснулся от того, что ощутил воздействие радиоволн, исходящих из соседнего дома.

Стало трудно дышать, отключился мозг. Заметил, что в доме в одной из квартир светятся окна, и решил, что именно там находится группа «шпионов и диверсантов» с мощным радиопередатчиком, решил, что их нужно немедленно уничтожить...»

Статус не должен отражать субъективное мнение врача. Он должен быть объективным и охватывать все сферы психической деятельности больного.

Поскольку психические нарушения чрезвычайно разнообразны, не всегда возможно описывать психический статус по какой-то схеме. В противном случае это может привести к некоторому формализму. Тем не менее беседа врача с больным в процессе описания статуса должна носить общепринятую определенную направленность.

Оценка психического состояния больного начинается с момента его входа в кабинет врача. Определяется выражение лица, походка, интонация голоса, поза. Например, при псевдопаркинсонических расстройствах, связанных с длительным употреблением нейролептиков, мимика у больного застывшая, движения скованные, он передвигается мелкими шагами, содружественные движения рук отсутствуют, отмечается тремор конечностей, неусидчивость. Поздоровавшись с больным и предложив ему сесть, необходимо поинтересоваться состоянием его здоровья. Это создает обстановку доброжелательности, и больной несколько осваивается, успокаивается, что позволяет врачу легче вести беседу в необходимом направлении. Тон разговора должен быть мягким. Задавая больному вопросы, нельзя быть назойливым и однообразным. Не следует прерывать его, даже если он излишне детализирует факты и переходит на другую тему. Необходимо вежливо и деликатно направлять беседу в нужное русло. Надо добиться контакта с больным, чтобы он охотно отвечал на вопросы, рассказывал о себе, о своих переживаниях. Однако это не всегда удается. Больной бывает молчалив, замкнут, отказывается от разговора или относится к нему формально — ответы его кратки, малоинформативны, однообразны. Последнее характерно для больных с эмоционально-волевым оскудением личности при шизофрении, депрессиях, органическом психосиндроме.

Больные с пониженным настроением тихие, сосредоточенные, задумчивые, печальные, безучастны к окружаю-

щему. Больные же, находящиеся в психомоторном возбуждении, чрезмерно активны, деятельны, иногда беспорядочны, хаотичны в движении, агрессивны. Речь у них бессвязная, одежда неряшливая, вычурная.

В отдельных случаях поведение психически больных не отличается от поведения здоровых. Они спокойны и целенаправленно отвечают на вопросы, хорошо ориентируются в событиях современной жизни. И только тщательный расспрос больного и окружающих его лиц позволяет выявить болезненную логическую ошибку в суждениях, его напряженность, мимику и взгляды, указывающие на нарушения душевной деятельности.

Если при выяснении фамилии, имени, отчества, года рождения, профессии, места нахождения больного (город, село, улица, дом), времени (год, число, месяц) он правильно отвечает на вопросы, можно сделать вывод, что аллопсихическая и аутопсихическая ориентировка у него сохранена.

При наличии у больного расстройства сознания он, как правило, дезориентирован. Например, при расстройстве сознания по делириозному типу больной может быть дезориентирован в месте и времени, но правильно ориентирован в собственной личности.

Расстройства восприятия устанавливаются путем расспроса и наблюдения за поведением больных. Больные с расстройством сознания часто рассказывают о голосах в голове, ушах, желудке; о различных запахах пищи, воздуха, собственного тела; о видениях калейдоскопических картин, зверей, насекомых, мертвецов и т. д. При этом больные иногда относятся к галлюцинациям с полной или частичной критикой, но могут быть и уверены в реальном их существовании. Поведение больных отражает характер нарушения восприятия. При слуховых галлюцинациях они прислушиваются к «голосам», вступают с ними в разговор, иногда пытаются спастись от них, затыкая уши ватой, прикрывая голову подушкой. Так, один больной изготовил специальный шлем из цинка, который одевал на голову и включал в электросеть, чтобы заглушить неприятные для него голоса. От устрашающих зрительных галлюцинаций больные спасаются бегством или же пытаются уничтожить мнимых преследователей. Аналогично поведение больных и при других видах нарушений восприятия (тактильных, обонятельных, вкусовых).

Врач должен также тщательно выяснить особенности мышления больного, логичность его суждений и умозаключений, целенаправленность, критичность и грамотность построения фраз. Появление в лексиконе больного новых, обычно не употребляемых слов и оборотов речи, излишняя детализация фактов говорят о нарушении течения мыслительных процессов. При этом бредовые идеи и навязчивые состояния тщательно описываются на основании определения, толкования и оценки их самим больным.

В тех случаях, когда больной скрытен и не высказывает своих болезненных переживаний, врачу необходимо быть очень терпеливым. Он должен найти удобный момент и выяснить, что же все-таки беспокоит больного. Иногда для этой цели можно вызвать у больного легкое эмоциональное возбуждение, во время которого происходит откровенное высказывание бредовых идей.

Способность больного к абстрактному мышлению, обобщению оценивается путем постановки простых психологических задач, направленных на выяснение понимания им переносного смысла пословиц, метафор, на наличие способности выделять главные признаки из второстепенных. Например, врач спрашивает пациента, как понимать пословицу «Не в свои сани не садись». При интеллектуальной недостаточности больной отвечает: «Если сани чужие, то не зачем в них и садиться». Или на вопрос, что означают слова «светлая голова», отвечает: «Седой, видимо, человек», а на вопрос, какая разница между птицей и самолетом, тот же больной может сказать: «Птица машет крыльями, а самолет — нет». Эти примеры говорят о конкретизации, непосредственности мышления больного.

Нарушение психической деятельности, часто встречающееся при органическом поражении центральной нервной системы, проявляется расстройством памяти (дисмнезии) в виде ложных вымыслов или замещений во времени событий из жизни больного. Сохранность у больного памяти на прошедшие события также уточняется во время опроса.

При выявлении у больных эмоциональных расстройств определяется фон настроения (повышенный или пониженный), наличие слабодушия и эмоциональной тупости. Уже при первом знакомстве с больным по интонации голоса, построению фраз, мимике, глазам можно определить его эмоциональное состояние.

В психиатрической практике широко применяются и *параклинические исследования*. Они сводятся к психологическому исследованию и регистрации биоэлектрических ответов мозга (электроэнцефалография).

Методы психологического исследования традиционно подразделяются на методы исследования психических процессов (восприятия, ощущения, внимания, памяти, мышления и т. д.) и методы исследования личности. Несмотря на то что это деление условно, так как результаты, полученные при использовании какой-либо одной методики, не позволяют судить о состоянии психической деятельности в целом, применение их в отдельности дает возможность получить информацию о состоянии нескольких функций или о самой личности.

Экспериментальное исследование восприятия и ощущения в психиатрической клинике проводится в тех случаях, когда для дифференциальной диагностики органических поражений головного мозга, сопровождающихся психическими нарушениями, при отграничении их от эндогенных психозов и старческого слабоумия необходимы нейропсихологические пробы. Для этого используют различные тесты при исследовании зрительного гнозиса (узнавание наложенных друг на друга контуров предметов, выделение принципа построения фигур – тест Равена и т. д.), слухового гнозиса, тактильных ощущений и пр.

Ценные сведения о состоянии психических процессов дает исследование внимания. Его активность, объем, концентрация, переключаемость могут быть основными, а иногда и единственными показателями тех или иных отклонений психической деятельности. Состояние внимания отражается буквально во всех психологических методиках, но наиболее направленно его можно исследовать с помощью корректурной пробы. Метод сводится к тому, что испытуемому предлагается как можно быстрее и внимательнее просмотреть сплошной «текст», случайным образом составленный из разных букв алфавита, и вычеркнуть из него одну-две заданные буквы. Не менее эффективна и методика отыскивания нужного числа в порядке возрастания чисел от 1 до 25 в таблицах Шульте и др.

Для исследования переключаемости внимания часто используется двухцветная таблица Горбова, где изображены в случайном порядке черные числа от 1 до 25 и крас-

ные – от 1 до 24. Требуется попеременно отыскать одну черную цифру в порядке возрастания и одну красную – в порядке убывания.

В настоящее время для исследования внимания все чаще применяется тест Когана, где надо как можно быстрее рассортировать карточки с изображением разноцветных геометрических фигур по цвету, потом по форме и, наконец, с учетом цвета и формы.

Для исследования памяти наиболее часто применяется методика заучивания 10 слов: испытуемому пятикратно предъявляется 10 простых не связанных между собой слов; после каждого предъявления он должен повторить все запомнившиеся слова. В норме человек запоминает 10 слов после 2–3 повторений. Используются также методы заучивания бессмысловых звуко сочетаний (тест, аналогичный предыдущему, но вместо слов предъявляются искусственные звуко сочетания типа «нар», «кир», «вень» и т. п.), тест воспроизведения цифровых рядов в прямом и обратном порядке.

Для исследования опосредованного запоминания применяется методика А.Н. Леонтьева. Испытуемому предлагается для каждого запоминаемого слова подобрать подходящую по смыслу картинку из стандартного набора карточек. Затем при предъявлении той или иной картинки испытуемый должен вспомнить связанное с ней слово. Этот метод, модифицированный А.Р. Лурия под названием пиктограммы, применяется для исследования не только опосредованного запоминания, зрительной памяти, но и ассоциативных процессов. В данном случае испытуемому предлагается кратко «зарисовать» предложенное для запоминания слово с тем, чтобы через 40–60 мин по рисунку он как можно точнее воспроизвел предъявляемое слово или понятие. Малейшие изменения ассоциативных процессов скажутся на адекватности выбираемых образов и продуктивности припоминания по ним слов.

При исследовании ассоциаций применяют также методы простого ассоциативного (словесного) эксперимента (произносить после каждого слова, зачитываемого экспериментатором, как можно быстрее любое другое слово); метод называния 60 слов (предлагается как можно быстрее назвать по памяти 10 любых слов, не упоминая находящиеся перед глазами предметы); метод противополож-

ностей (на заданное экспериментатором слово требуется быстро ответить словом с противоположным значением).

Методы исследования ассоциаций применяются и при исследовании мышления. Мышление также можно исследовать с помощью методов изучения способностей к обобщению, отвлечению, абстрагированию. Эти методики используются при классификации предметов. Например, пациенту предлагается 70 карт с изображением разнообразных предметов и животных. Он должен их рассортировать, обосновывая свое решение. Можно использовать и методику исключения одного лишнего предмета из четырех, изображенных на картинке, или одного слова, не подходящего к остальным четырем словам ряда. Рекомендуются также методика выделения существенных признаков (к заданному слову в скобках приведено пять различных его признаков, из которых требуется выделить два наиболее существенных, отражающих суть данного слова); методика соотношения пословиц, метафор и фраз; методы установления простых и сложных аналогий, последовательности событий, составления целой фигуры из отдельных ее частей; тест Равена и др.

Для исследования конструктивного мышления используются методики «куб Линка» (из 27 кубиков, каждый из которых окрашен в три цвета, требуется сложить куб одного заданного цвета) и «кубики Косса» (из 4, 9 и 16 кубиков, окрашенных по-особому, предлагается выложить по образцу узоры все нарастающей сложности).

Для исследования интеллекта как более интегративного образования, включающего самые различные стороны психической деятельности, помимо методов, направленных на исследование мышления, применяется комплексный тест Векслера. Он сводится к изучению осведомленности, сообразительности, способностей пациента к счетным операциям, к выявлению у него свойств памяти, степени внимательности, словарного запаса, конструктивного мышления, а также способностей синтезировать целое из частей, устанавливать логическую последовательность событий. Тест, как правило, включает вышеперечисленные методы исследования психических процессов, но при этом дает возможность получить количественную оценку в баллах не только отдельных проявлений интеллекта испытуемого, но и интеллекта в целом.

При исследовании личности пользуются самыми разнообразными методами – от простых стандартизированных

опросников до сложных прожективных тестов. Опросники представляют собой набор вопросов или утверждений, дающих возможность однозначного выбора ответа из 2 или 3 вариантов («да – нет», «верно – неверно – нечто среднее»). Опросники преследуют цель раскрыть те или иные стороны личности и количественно их оценить.

Наиболее распространен опросник Айзенка, дающий возможность определить тип личности испытуемого, сформировавшийся на основе индивидуального баланса процессов возбуждения и торможения (интроверт – экстраверт), степень нейротизма, т. е. эмоциональной стабильности – нестабильности и степень неискренности («лжи»).

Миннесотский многофазный личностный опросник (ММРІ) позволяет составить клинический профиль личности, указывающий на выраженность, преобладание и соотношение ее основных психопатологических свойств; ипохондрии, депрессии, истерии, психопатии, мужественности – женственности, паранойи, психастении, шизофрении, гипомании, социальной интроверсии. Помимо этих 10 основных шкал, в опроснике имеются еще и дополнительные. Всего их более 200 (эпилепсия, алкоголизм, сила личности, самоконтроль, прогноз шизофрении и др.). Некоторые из них, например шкала тревоги Тейлора, используются как самостоятельные опросники.

Для определения степени выраженности и типа психопатии или акцентуации личности иногда применяется патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко (ПДО).

В клинике пограничных состояний часто пользуются 16-факторным опросником Кетелла, позволяющим установить ряд врожденных (конституциональных) и приобретенных особенностей личности.

Используются также прожективные и полупрожективные тесты, где на малоструктурированные цветные квадраты (кляксы, картинки с многозначным неопределенным содержанием и др.) как бы переносятся (проецируются) особенности личности испытуемого. Таков тест тематической апперцепции (ТАТ), представленный рядом картин с сюжетами, допускающими множественное толкование. По тому, какие рассказы составляет по ним испытуемый, кого делает героем, какие конфликты описывает, как раскрывает временную последовательность (прошлое –

настоящее – будущее), опытные специалисты оценивают его эмоциональное состояние, проблемы, переживания, зачастую им самим не создаваемые.

Тест Роршаха состоит из 10 стандартных чернильных клякс. Испытуемый должен сказать, на что похожа та или иная клякса. Ответы обрабатываются по сложной системе с учетом того, хорошо ли отражена в них форма кляксы, ее цвет, детали и т. д. В результате делаются выводы об интеллектуальных, психопатологических особенностях испытуемого.

Тест фрустрации Розенцвейга состоит из 24 картинок с изображением явно конфликтных ситуаций, где одно действующее лицо говорит (текст написан), а другое отвечает (текст должен придумывать, как можно быстрее, испытуемый). Этот текст позволяет понять основной тип реакций испытуемого и их направленность в сложных ситуациях, препятствующих удовлетворению той или иной потребности (фрустрация). На основании полученных результатов можно определить уровень социальной адаптации личности.

Тест «незаконченных предложений» представляет собой 60 начатых фраз, которые требуется быстро завершить. С помощью этого теста можно получить информацию об основных сферах жизненных отношений личности, о ее конфликтности, способе преодоления конфликта и как итог – установить уровень ее интеллектуального развития.

Использование всех психологических тестов, особенно личностных, требует специальной подготовки и высокой профессиональной квалификации экспериментатора.

Электроэнцефалография – регистрация биотоков мозга – особенно необходима для исследования больных эпилепсией, органической патологией мозга (рис. 1). Результаты исследования позволяют не только судить об общем нарушении биоэлектрической активности коры и подкорковых структур, но и установить локализацию процесса.

Сложные биоэлектрические колебания с поверхности кожи головы человека впервые записал немецкий ученый Бергер в 1923 г. Он обнаружил, что биоэлектрическая активность мозга человека проявляется в виде кривой (электроэнцефалограммы – ЭЭГ), имеющей разнообразные по структуре и рисунку компоненты. Расшифровать ЭЭГ

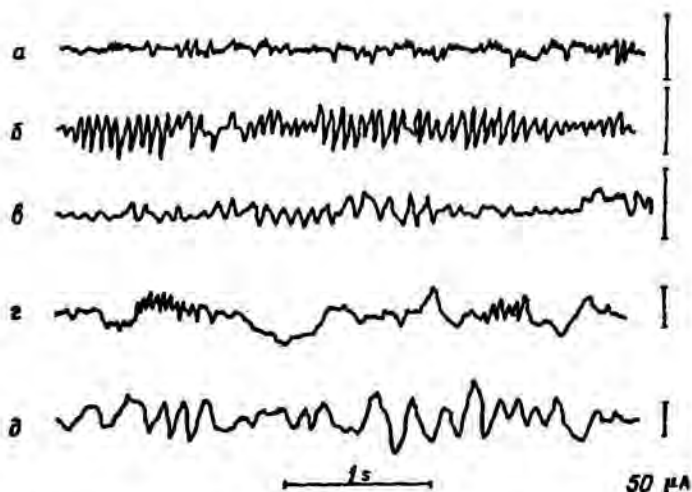


Рис. 1. Электроэнцефалограмма человека при различных состояниях:
а — возбуждение; б — покой; в — сонливость; г — сон; д — глубокий сон

вначале было крайне затруднительно, особенно при различных патологических состояниях. Длительные поиски методов анализа ЭЭГ позволили выделить в ней различные диапазоны ритмов (табл. 1).

В настоящее время электроэнцефалография прочно вошла в практику клинической психиатрии и является одним из важнейших параклинических методов исследования. Особенно ценны для клиницистов данные ЭЭГ при эпилепсии, черепно-мозговых травмах, органических поражениях центральной нервной системы.

Таблица 1. Зависимость ритмов ЭЭГ от функционального состояния мозга

Ритмы ЭЭГ и частота их колеба- ний, с	Δ (дельта) 0,5–3,5	θ (тета) 4–7	α (альфа) 8–13	β (бета) 14–15	γ (гамма) 33–35
Состояние мозга	Сон	Воспри- ятие неприят- ности	Покой	Умствен- ная ра- бота	Эмоцио- нальное возбуж- дение

Характерна динамика ЭЭГ при изменении функционального состояния нервной системы. Например, в состоянии покоя на ЭЭГ преобладает альфа-ритм, при умственной нагрузке — бета-ритм. Связь ЭЭГ с состоянием нервной системы человека подтверждает следующий простой эксперимент. Английский физиолог Г. Уолтер записывал ЭЭГ у одного француза-стажера, которому молодая девушка в это время, в соответствии с инструкцией, слегка поглаживала волосы. Когда она переставала это делать, у испытуемого возникал тета-ритм.

В последние годы наряду с записью спонтанной ЭЭГ в психиатрии часто проводят анализ вызванной биоэлектрической активности (метод вызванных потенциалов). Под вызванными потенциалами понимают биоэлектрические реакции головного мозга, поступающие из различных его отделов в ответ на раздражения рецепторов, чувствительных нервов, проводящих путей, отдельных нейронов. В отличие от спонтанной ЭЭГ вызванные потенциалы находятся в строгой зависимости от момента нанесения стимула (светового, звукового, тактильного и др.) и имеют 6–8 положительных и отрицательных колебаний с определенными временными параметрами и амплитудными показателями (рис. 2). Величина вызванных потенциалов очень мала. При регистрации их с помощью поверхностных датчиков, располагающихся на коже головы, происходит наложение вызванных потенциалов на ЭЭГ. Однако с появлением электронных устройств, сложной компьютерной техники стало возможным улавливать эти слабые колебания, и метод вызванных потенциалов нашел широкое применение при различных психофизиологических исследованиях человека. В частности, с помощью этого метода установлено, что вызванные потенциалы отражают поступление информации в кору больших полушарий по специфическим и неспецифическим путям. В условиях патологии происходит нарушение оптимальных соотношений информационных процессов мозга, что приводит к различным психопатологическим расстройствам.

Сопоставление клинической картины заболевания с параклиническими методами исследования имеет важное значение при обосновании диагноза. Анализируя полученные во время обследования больного данные, в первую очередь необходимо решить, действительно ли человек

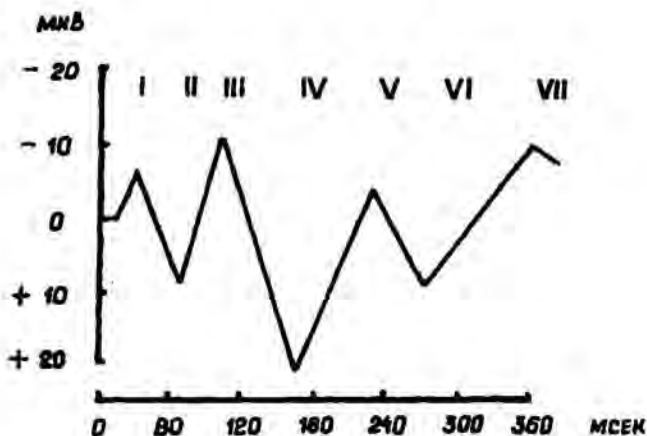


Рис. 2. Графическое изображение усредненных значений вызванных потенциалов:

I-III - ранние компоненты; IV-VII - поздние компоненты

страдает психическим заболеванием. Впоследствии из всей полученной информации необходимо выделить ряд признаков, позволяющих диагностировать заболевание, тип его течения, ведущий синдром.

При проведении дифференциального диагноза следует не только исходить из теоретических предпосылок различных клинических картин сходных нозологических форм, но и оценивать замеченные признаки болезни, характерные непосредственно для данного больного. Только учет индивидуальных особенностей болезни личности позволит правильно обосновать диагноз заболевания и отграничить его от сходных заболеваний.

Лечение психически больных

Наиболее распространенными методами терапевтических воздействий на больных различными психическими заболеваниями являются так называемая биологическая терапия, психотерапия, социореабилитационные мероприятия, а также организация неотложной помощи психически больным. Все методы в равной степени важны для получения необходимого терапевтического эффекта и должны применяться в комплексе с учетом клинических особенностей заболеваний и динамики патологического процесса.

При биологической терапии применяются терапевтические средства, прямо воздействующие на биологические процессы организма. Они способствуют устранению патогенетических (биохимических, нейрофизиологических, эндокринных и др.) механизмов психических заболеваний. К биологической терапии следует отнести лечение шоковыми, активными, методами и лечение психотропными средствами (психофармакотерапия).

К шоковым методам лечения относят инсулинокоматозную, атропинокоматозную и электросудорожную терапию.

Инсулинокоматозная терапия впервые была предложена венским психиатром Закелем в 1935 г. До начала лечения больного тщательно обследуют соматически с целью выявления тех заболеваний внутренних органов, которые противопоказаны для применения данного метода. Необходимо обязательно провести лабораторные исследования, и прежде всего определить содержание глюкозы в крови.

Непосредственно лечение сводится к тому, что больному вводят утром натощак внутримышечно или подкожно *инсулин*, начиная с 4 ед. Каждый день добавляют по 4 ед., доводя, таким образом, общую дозу до коматозной. Она неодинакова у разных больных и в среднем обычно составляет 70–80 ед. У некоторых больных инсулиновый шок может развиваться и при небольших дозах (20–30 ед.). В отдельных случаях вообще наблюдается резистентность организма к инсулину и шоковое состояние возникает лишь при введении 150–200 ед. После инъекции шоковой дозы инсулина, примерно через 3–4 ч, развивается гипогликемическая кома, характеризующаяся полной утратой сознания, отсутствием реакции на свет, звуки, прикосновение и болевые раздражения. Лицо у больного становится амимичным, бледным, все мышцы расслабляются или, наоборот, напрягаются. При этом появляются патологические рефлексы Бабинского, Оппенгейма; сухожильные рефлексы повышаются, глотательный и кашлевой – угнетаются. Последним исчезает корнеальный рефлекс и реакция зрачка на свет. В коматозном состоянии больного держат 5–30 мин, и в случае исчезновения роговичного рефлекса (сигнал для врача!) инсулиновый шок купируют внутривенным введением 20–40 мл 40% *раствора глюкозы*. Больной быстро приходит в сознание, начинает отвечать на вопросы, у него полностью восстанавли-

вается рефлекторная деятельность. В это время ему дают 150–200 г растворенного сахара, утренний завтрак и обед.

Курс лечения инсулином состоит из 20–30 коматозных состояний. Если улучшение наступает раньше, то инсулинокоматозную терапию прекращают. При отсутствии эффекта число ком может быть доведено до 40–50. Инсулиновые комы проводят под постоянным наблюдением врача.

В период инсулинокоматозной терапии возможны следующие осложнения.

1. Возвратный шок – во второй половине суток вновь повторно возникает гипогликемическое состояние. Больного выводят из него путем дополнительного введения глюкозы.

2. Затяжное коматозное состояние – встречается редко. Если уровень глюкозы в крови невысок, несмотря на повторные внутривенные введения 20–40 мл 40% раствора глюкозы, витаминов B_1 , B_6 , B_{12} , C , магния сульфата, целесообразно сделать инъекцию АКТГ (для стимуляции функции надпочечников) или адреналина. Можно вводить также камфору, лобелин, физиологический раствор. В редких случаях прибегают к спинномозговой пункции. Дальнейшее лечение инсулином данного больного следует прекратить.

3. Эпилептиформный припадок – может возникнуть в гипогликемическом состоянии. Купировать это состояние необходимо введением глюкозы, а в последующем – несколько меньших доз инсулина, предварительно назначив на ночь и утром 0,05–0,1 г люминала или барбитала.

4. Вегетативные нарушения – наблюдаются также при гипогликемии. Проявляются повышенной потливостью, слюнотечением, учащением пульса, падением и повышением кровяного давления и др. Однако эти нарушения не служат показаниями для прерывания лечения. Если же состояние больного резко ухудшается, ослабляется сердечно-сосудистая деятельность, отмечается задержка дыхания, помимо внутривенного введения глюкозы рекомендуется инъекция 1 мл 1% раствора адреналина и 0,5 мл 1% раствора лобелина. Это позволяет быстро вывести больного из сопора или комы.

Инсулинотерапия показана при психозе с небольшой длительностью процесса. Стойкая ремиссия достигается в 40–60% случаев. Если болезнь носит затяжной, хронический, характер, инсулин применяется редко, в основном при приступообразном течении процесса.

Субкоматозные и гипогликемические дозы инсулина могут применяться также при инволюционных психозах, затяжных реактивных состояниях, маниакально-депрессивном психозе.

Инсулинотерапия малоэффективна при паранойяльных, гебефренных и апатоабулических состояниях.

Оказывая дезинтоксикационное действие, инсулинотерапия способствует улучшению метаболических процессов организма, вегетативно-сосудистой мобилизации. Существует также точка зрения, что инсулинотерапия вызывает усиление охранительного торможения в коре больших полушарий.

Атропинокоматозная терапия также применяется в лечении различных психических заболеваний. Перед началом терапии проводится тщательное соматическое обследование больных. Непосредственно перед введением атропина им дают легкий завтрак, внутримышечно вводят 50 мг (2 мл 2,5% раствора) *аминазина* для предотвращения тошноты и рвоты. В конъюнктивальный мешок рекомендуется закладывать 0,25% *эзериновую мазь* для исключения действия атропина на глазные яблоки. Начальная доза *атропина* обычно составляет 60–80 мг (3–4 мл 2% раствора). Вслед за его введением постепенно развивается прекоматозное состояние, а затем и кома длительностью до 2–3 ч. В это время характерны тахикардия (до 120–160 ударов в минуту) и повышение артериального давления (до 160/100 мм рт. ст.). В прекоматозный и коматозный периоды наблюдаются побочные действия в виде переходящих делириозных явлений, гипертермии, мидриаза, судорог конечностей. Выведение из комы осуществляется трехкратными внутримышечными инъекциями 2–4 мл 0,5% раствора *эзерина* с интервалом в 20–40 мин. Число ком зависит от терапевтической эффективности и клинических показаний и колеблется в пределах 6–12. Атропинокоматозная терапия показана при навязчивых и обсессивно-фобических проявлениях, а также при галлюцинаторно-бредовых состояниях, резистентных к другим видам лечения.

Электросудорожная терапия была впервые применена в 1937 г. итальянцами Черлетти и Бини. При разработке этого метода ученые основывались на предложенном в 1935 г. венгерским психиатром Медуна методе медика-

ментозной судорожной терапии. Медуна заметил, что шизофрения и эпилепсия никогда не встречаются у одного и того же человека. Это дало повод применить судорожную терапию для больных шизофренией с целью вызвать у них эпилептиформный припадок. Для этого он рекомендовал внутримышечное введение больших доз *камфоры*, внутривенное — *коразола*. Однако судорожное состояние с помощью медикаментозных средств вызывалось с трудом и часто сопровождалось различными осложнениями. Поэтому Черлетти и Бини для вызывания судорожного припадка предложили применить электрический ток.

Электросудорожная терапия, так же как и другие шок-овые методы лечения,— весьма серьезное терапевтическое вмешательство. Поэтому прежде чем его начинать, необходимо тщательно всесторонне обследовать соматическое состояние больного.

Электросудорожная терапия проводится только в стационарных условиях в специальном помещении, где должен быть набор средств, стимулирующих сердечно-сосудистую деятельность и дыхание, а также соответствующий медицинский инструментарий (шприцы, шпатели, ротаторасширители, языкодержатели и др.). Она осуществляется с применением специального аппарата — электроконвульсатора, с помощью которого на больного оказывается дозированное воздействие электрическим током. Больному битемпорально накладываются электроды, включается ток напряжением в 80–120 В в течение 0,3–0,8 с. Возникает типичный эпилептиформный припадок с последующей ретро- и антероградной амнезией. Курс лечения состоит обычно из 4–8 сеансов с интервалами в 3–4 дня. В связи с возникающими амнестическими расстройствами больные, как правило, не оказывают сопротивления проведению этого вида лечения.

Наиболее тяжелыми осложнениями при электросудорожной терапии могут быть отрывы сухожилий, переломы длинных трубчатых костей, позвонков, вывихи нижней челюсти. Поэтому для уменьшения судорожного компонента припадка непосредственно перед включением электроконвульсатора рекомендуется внутривенное введение миорелаксантов (*дитилина*, *листенона*). Вывихи следует вправлять сразу же после исчезновения судорожных явлений. Для лечения переломов принимаются соответствующие хирургические меры.

Значительно реже в результате электросудорожной терапии развиваются коллаптоидные состояния, расстройство дыхания, остановка сердечной деятельности. Эти нарушения купируются сердечными средствами и введением стимуляторов дыхательного центра. При длительной задержке дыхания рекомендуется поддача кислорода совместно с искусственным дыханием.

Показаниями для электросудорожной терапии являются онейроидная и злокачественная кататония, аффективно-бредовые расстройства при шизофрении, депрессивные состояния, устойчивые к другим видам терапии.

При лечении психотропными средствами применяются вещества, влияющие на психическую деятельность человека. С этой целью издавна использовались различные целебные напитки, экстракты растений, изменяющие психическую деятельность человека. Однако с развитием психофармакологии как науки для лечения психических заболеваний стали широко использовать различные психотропные средства. Начало эры психофармакологии связано с работами французских психиатров Делея и Деникера. Они в 1952 г. опубликовали статью, в которой для лечения психических заболеваний рекомендовали новый препарат *ларгактил* (*хлорпромазин*). В нашей стране аналогичный препарат выпускается под названием *аминазин*. В дальнейшем начали синтезировать другие психотропные средства, которые в настоящее время нашли широкое применение в психиатрической практике.

В процессе клинических наблюдений и экспериментальных исследований были установлены фазы влияния на организм психотропных средств, определены принципы лечения психических заболеваний, а также выявлено изменение — так называемый лекарственный патоморфоз их клинической картины в связи с применяемой нейролептической терапией.

Клинико-экспериментальные исследования показали, что воздействие на организм психотропных средств в различных дозировках проходит пять фаз:

1) фаза успокоения, при которой минимальные дозы препаратов оказывают седативное действие на организм;

2) турбулентная фаза — определенные дозы нейролептиков оказывают активирующее влияние на психонервную деятельность;

3) псевдопаркинсоническая фаза – сопровождается развитием экстрапирамидных расстройств, акинето-ригидного синдрома, общей скованности движений, вялости, пассивности;

4) тормозная фаза – нейролептическое действие приводит к снижению психической и моторной активности, угнетению эмоционально-волевой сферы и к общей заторможенности;

5) терминальная фаза (обнаруживается при экспериментальных исследованиях на животных) – характеризуется тяжелым общесоматическим состоянием организма с выраженными судорожными явлениями.

При лечении психических заболеваний психотропными препаратами за рубежом применяют так называемый принцип мишени. В частности, американский ученый Фрейхан рекомендует для этих целей «симптом мишени», который заключается в том, что врач выбирает в клинической картине больного отдельные симптомы и назначает средства, воздействующие на один из них. Отечественные психиатры считают, что при лечении психических заболеваний необходимо основываться не на симптоматологических, а на синдромологических особенностях процесса. Придерживаясь в лечении психических заболеваний синдромологического и этиопатогенетического принципов, ориентируясь на расположение и взаимосвязь симптомокомплексов в «шкале тяжести», можно дифференцированно назначать различные психотропные средства в зависимости от тяжести синдрома и эффективности препарата. Так, при развитии в клинической картине шизофрении малых синдромов (астенических, аффективных, неврозоподобных) рекомендуется назначать преимущественно малые транквилизаторы. Нейролептики же в этих случаях применяют в уменьшенных дозировках. Паранойальные, галлюцинаторно-параноидные, парафренические синдромы требуют назначения нейролептиков (*трифтазина, галоперидола, этаперазина* и др.) в высоких дозах. При кататонических, кататоно-гебефренических расстройствах назначают помимо выше названных нейролептиков *мажептил* и *триседил*.

Негативная симптоматика (минус-симптомы, эмоциональная тупость, безволие и др.) наиболее резистентна к

терапии. Воздействие на нее, как, впрочем, и на все психопатологические синдромы, необходимо осуществлять с учетом описанных выше фаз влияния психотропных средств на организм человека.

Учитывая различный характер воздействия психотропных средств и особенности клинических картин тех или иных психических заболеваний, в лечении их следует придерживаться так называемого динамического принципа, т. е. соблюдать основные условия терапевтического эффекта.

1. Клиническая обоснованность назначения психотропных средств с учетом закономерностей течения, форм, этапов развития заболевания и его прогностических тенденций.

2. Комплексность лечения – сочетание медикаментозных средств с социально-трудовой реабилитацией, постоянным психотерапевтическим воздействием.

3. Непрерывность лечения при хронически протекающих психических заболеваниях.

4. Преимущество стационарного и внебольничного лечения.

Существует множество классификаций психотропных средств. Однако общепринятой и более удобной является классификация, предложенная Г.Я. Авруцким и А.А. Недува.

I. Психотропные средства с преимущественно седативным и тормозным действием.

1. Нейролептические (психолептические) средства.

2. Транквилизаторы.

3. Нормотимики (тимостабилизаторы).

II. Лекарственные вещества антидепрессивного, активирующего и возбуждающего действия.

4. Антидепрессанты.

5. Нейроаналептические средства (психоаналептические, психостимулирующие).

6. Ноотропы.

III. Психодислептики (галлюциногены, психомиметики); вызывают психические расстройства (*мескалин, псилоцибин, бульбоканин*, производные лизергиновой кислоты и др.).

1. Психотропные средства седативного и тормозного действия

1. Нейролептические средства по основным свойствам неоднородны и подразделяются на нейролептики: а) преимущественно седативного (тормозного) действия; б) антипсихотического действия; в) пролонгированного действия.

К нейролептикам тормозного действия относятся следующие препараты.

Аминазин — одно из наиболее мощных нейролептических средств. Несмотря на синтез новых препаратов, широко применяется в современной психиатрической практике. Особенно показан при остром психомоторном возбуждении. В этом случае оказывает быстрый седативный эффект, а внутримышечное или внутривенное введение препарата ускоряет терапевтический результат. Аминазин обладает также антипсихотическим действием и вызывает положительный эффект при лечении галлюцинаторно-бредовых, маниакальных и гебефренических синдромов. Назначают аминазин начиная с 25–50 мг в драже, а также внутримышечно и внутривенно (2,5% раствор), постепенно повышая дозировку до 400–600 мг в сутки.

Аминазин не оказывает терапевтического влияния на апатоабулический синдром, психопатоподобные состояния, аутизм. Назначение его больным с депрессией способствует усилению последней и, следовательно, ухудшает состояние больного. Не показано применение аминазина при кататоническом ступоре, а также при состояниях, связанных с заторможенностью психической деятельности.

Тизерцин (нозинан) — по седативным свойствам превосходит аминазин; обладает выраженным снотворным эффектом. В противоположность аминазину не способствует усилению депрессивного состояния. Тизерцин оказывает купирующее действие на различные виды возбуждения. Особенно показан при тревожно-депрессивных, маниакальных, острых галлюцинаторно-бредовых и онейроидно-кататонических синдромах. Антипсихотический эффект выражен слабее, чем у аминазина. Назначают в дозах, аналогичных аминазину.

Терален (метилпромазин, алимеозин) — по психотропным свойствам более мягкий, чем аминазин и тизерцин. Обладает легким седативным, противотревожным действием, незначительным антипсихотическим эффектом. Показан при сенестопатиях, навязчивых явлениях, фобиях, а также при неразвернутых галлюцинаторно-бредовых, астено- и депрессивно-ипохондрических расстройствах, возникающих на фоне органического поражения центральной нервной системы. Назначается внутрь и внутримышечно от 10–25 до 200–400 мг в сутки.

Сонапакс (тиоридазин, меллерил) — обладает выраженным седативным и незначительным антипсихотическим свойством. Его можно также отнести к легким антидепрессивным препаратам. Особенно положительный эффект оказывает при тревожно-депрессивных состояниях и неврозоподобных синдромах. Уменьшает чувство беспокойства, страха, способствует устранению тревоги, эмоцио-

нальной неуровновешенности. Полезен при ипохондрических высказываниях больных. Не вызывает серьезных побочных действий. Препарат можно назначать больным, которые плохо переносят другие нейролептики. Начинают лечение с 25–50 мг, постепенно повышая дозировку до 600–800 мг в сутки.

Хлорпротиксен (труксал, тарактам) – по психотропным свойствам подобен тизерцину, однако он вызывает сравнительно меньший снотворный эффект. Назначают для купирования психомоторного возбуждения разного генеза, при тревожно-депрессивных состояниях. Оказывает положительное воздействие на галлюцинаторно-бредовую симптоматику, не проявляя при этом депрессогенных свойств. Хлорпротиксен менее токсичен, чем аминазин, следовательно, он показан при психических расстройствах у соматически ослабленных больных, у лиц пожилого возраста. Дозы – от 25–50 до 200–400 мг в сутки.

Лепонекс (клозепин) – по психотропному действию сходен с аминазином, тизерцином, хлорпротиксеном, однако отличается от них химической структурой и фармакологическими свойствами. Оказывает терапевтический эффект в резистентных случаях, возникающих в результате адаптации к вышеуказанным препаратам. Лепонекс в отличие от аминазина не обладает депрессивными свойствами и в отличие от тизерцина и хлорпротиксена не содержит тимоаналептический компонент. Лепонекс не вызывает побочных экстрапирамидных расстройств, менее эффективен, чем аминазин по отношению к продуктивной психотической симптоматике. При длительном применении может вызывать агранулоцитоз, в связи с чем необходим постоянный контроль крови больного. Дозы и методы применения такие же, как для аминазина, тизерцина, хлорпротиксена.

Нейролептики преимущественно антипсихотического действия не оказывают преобладающего тормозного эффекта. У препаратов этой группы наряду с более или менее выраженным активирующим действием на первый план выступают общие или избирательные антипсихотические свойства.

Мажептил (тиопроперазин) – обладает сильным антипсихотическим и слабым активирующим свойством. Особенно эффективен при наиболее тяжелых злокачественных формах шизофрении (гебефренные и кататонические формы). Положительный терапевтический эффект оказывает при бредовых и галлюцинаторных расстройствах в острых и хронических случаях заболевания. На фоне лечения часты экстрапирамидные расстройства. Начинают лечение с 5–10 мг; терапевтическая доза – 80–120 мг в сутки.

Трифлазин (стелазин, трифлуоперазин) – обладает выраженным антипсихотическим действием, в дозах до 40 мг – активирующим эффектом, а в дозах 40–60 мг – тормозным. Зарекомендовал себя как хорошее средство при лечении шизофрении. Применяется при паранойяльных, парафренных, кататонических синдромах и психических автоматизмах. В относительно небольших дозах назначают при неврозоподобных и психопатоподобных состояниях. Боль-

ные с апатоабулическим синдромом при назначении трифтазина уже в первые две недели становятся более активными, высказывают планы на будущее, включаются в трудовые процессы в отделении, интересуются выпиской домой. Начальная доза – 5–10 мг, высшая – 60–80 мг в сутки.

Френолон – в отличие от других нейролептиков обладает более выраженным активирующим, а также умеренным антипсихотическим эффектом. Назначают при апатоабулическом, кататоническом и гебефреническом синдромах. Дозировки – от 5–10 до 100–120 мг в сутки.

Галоперидол – оказывает более выраженное, чем трифтазин, избирательное действие на галлюцинации и бред, в том числе и в хронических случаях заболевания. Обладает активирующими свойствами, независимо от величины доз не вызывает вялости, заторможенности, безразличия. Примерно у трети больных, принимающих галоперидол, возникают пароксизмальные экстрапирамидные расстройства. Назначают в дозах от 1,5–3 до 20–40 мг в сутки.

Триседил (триперидол, трифлуоперидол) – относится, как и мажептил, к наиболее мощным антипсихотическим средствам. Препарат как бы сочетает в себе свойства галоперидола и мажептила. Триседил оказывает положительное действие на наиболее стойкие к терапии систематизированные бредовые синдромы. Способен купировать кататоническое и гебефреническое возбуждения, возникающие у больных злокачественной шизофренией. Диапазон доз широк – от 0,5 до 10–15 мг в сутки.

Этаперазин (трилафон) – по свойствам сходен с трифтазином. Особенностью является избирательное антипсихотическое действие, связанное с активирующим эффектом (оказывает действие на синдромы, протекающие с заторможенностью, на ступорозные и субступорозные состояния). Препарат также эффективен при галлюцинаторно-бредовых расстройствах. Лечение начинают с 5–10 мг, постепенно увеличивая дозу до 50–80 мг в сутки.

Психотропные средства пролонгированного действия особенно удобны во внебольничных условиях. Они создают возможность оптимально организовать амбулаторное лечение, так как освобождают больных от многократных приемов лекарств.

В настоящее время в клинической практике наиболее распространены следующие препараты.

Модитен-депо (фторфеназин-депо, модекат) – широко известный препарат. Выпускается 2,5% масляный раствор по 1 мл в ампулах. Обладает выраженным антипсихотическим действием по отношению к галлюцинаторно-бредовой симптоматике, легким активирующим эффектом, упорядочивает поведение больных. Показан при хронических формах шизофрении, когда необходимо длительное введение психотропных средств. Назначают 1–2 мл внутримышечно (25–50 мг), постепенно увеличивая дозу (до 75–125 мг), один раз в 10–14 дней.

Флушпирилен – препарат с 7-дневным действием. Обладает выраженным антипсихотическим и активирующим эффектом. Применяется при острых и хронических психозах шизофренической группы, а также для профилактики рецидивов заболевания. Вводится внутримышечно 1 раз в неделю по 5–10 мг. Препарат в месте инъекции сохраняется в виде медленно рассасывающейся микрокристаллической суспензии.

Семап (пенфлюридол) – в отличие от вышеперечисленных препаратов пролонгированного действия применяется внутрь в виде таблеток. Как и флушпирилен, оказывает антипсихотическое и активирующее действие. Обладает также легким седативным эффектом. Назначают от 20 до 100 мг на прием 1 раз в 7 дней. Пролонгированное действие осуществляется за счет замедления метаболизма (распада) препарата.

Пимозид (орал) – продолжительность действия одни сутки. Характеризуется замедленным распадом и медленным выведением из организма. Выпускается в таблетках. Лечение проводят в дозах от 2 до 10 мг в сутки. Обладает антипсихотическим и активирующим свойством. Седативного действия не оказывает, следовательно, не может быть применен при психомоторном возбуждении.

Меллерил-ретард (тиоридазин-ретард) – стабильно концентрируется в крови в течение суток. Выпускается в таблетках по 200 мг. Показания к назначению аналогичны таковым соннапакса.

2. **Транквилизаторы**, как и нейролептики, неоднозначны по своему действию. Один из них оказывают преимущественно успокаивающее, выравнивающее влияние на эмоциональную сферу, другие, наоборот, вызывают усиление эмоциональной активности.

К транквилизаторам, обладающим преимущественно успокаивающим действием, относятся *мепротан (мепробамат, андаксин), амизил (бенактизин), элениум (либриум), оксазепам (тазепам, адумбран), нитразепам (радедорм, эуноктин), феназепам, мебикар.*

К транквилизаторам с активирующим действием относятся *триоксазин, рудотель (медазепам, нобриум), седуксен.*

Несмотря на то что транквилизаторы оказывают успокаивающий эффект, назначение того или иного из них зависит от особенностей клинической картины невротических и неврозоподобных расстройств, а также от личностных свойств больного.

Психотропные средства, относящиеся к группе малых транквилизаторов, отличаются от нейролептиков рядом существенных признаков. Во-первых, их антипсихотическое действие значительно слабее. Во-вторых, при лечении транквилизаторами почти не наблюдаются побочные экстрапирамидные и нейровегетативные расстройства. В-третьих, малые транквилизаторы оказывают на организм мягкое успокаивающее действие, вызывая чувство приятного расслабления и хорошее настроение.

3. **Нормотимики** получили широкое распространение в последние годы благодаря внедрению в практику психофармакотерапии солей лития. Они применяются при купировании маниакальных со-

стояний, особенно классических маний. Терапевтический эффект обычно достигается через неделю не за счет тормозного действия, как это наблюдается при назначении нейролептиков, а в результате редуцирования самого маниакального состояния: настроение больного постепенно выравнивается, поведение и мыслительный процесс упорядочиваются. Эти свойства лития и позволили назвать его нормотимическим (тимостабилизирующим) средством. Препарат оказался эффективным и при профилактике рецидивов фаз маниакально-депрессивного психоза. Несколько меньшее терапевтически положительное действие оказывают соли лития и при депрессивных состояниях. Установлено также аффективно-стабилизирующее действие литиевой терапии в процессе комплексного лечения больных шизофренией, эпилепсией, органическими расстройствами, психопатиями.

Назначают соли лития в таблетках или в растворе (внутримышечно, внутривенно), начиная с 300–400 мг и постепенно увеличивая дозу до 1500–2500 мг в сутки. Курс лечения длится обычно несколько месяцев. Для профилактического курса дозы препарата вдвое меньше. При терапии солями лития необходим постоянный контроль (первый месяц лечения еженедельно) за содержанием лития в крови. Допустимая концентрация его в плазме не должна превышать 0,6–0,8 ммоль.

Перед началом литиевой терапии проводится тщательное терапевтическое обследование больного. Нарушение функции почек, сердечно-сосудистой системы, обострение заболеваний желудочно-кишечного тракта, беременность являются противопоказаниями для назначения солей лития. Следует также не забывать, что соли лития у пожилых людей при наличии даже начальных явлений катаракты могут усиливать ее развитие. Побочные явления и осложнения литиевой терапии разнообразны. В первые дни лечения они проявляются повышенной сонливостью, утомляемостью, общей слабостью, диспептическими расстройствами. В этих случаях целесообразно снизить дозировку препарата, а затем медленно снова повышать до необходимого уровня. По мере адаптации организма к препарату через несколько дней указанные нарушения проходят. При длительном приеме солей лития могут развиваться аллергические реакции, экстрасистолия, гиперкинезы, нарушения функций вегетативной нервной и эндокринной систем. Появление этих признаков является сигналом к снижению дозы препарата лития или даже отмене его.

II. Лекарственные вещества антидепрессивного, активирующего и возбуждающего действия

4. Антидепрессанты обладают способностью устранять депрессивное состояние и одновременно оказывать стимулирующее и седативное воздействие. В связи с особенностями влияния на эмоциональные расстройства и на состояние организма в целом различают следующие три группы антидепрессантов.

Антидепрессанты стимулирующего действия – представлены широко известным в психиатрической практике *мелипрамином* (*имизин, имипрамин, тофранил*). Показан при лечении так называемых чистых депрессий в рамках маниакально-депрессивного психоза. Назначение его депрессивным больным, в клинической картине которых имеются также бред, галлюцинации, тревога, обостряет галлюцинаторно-бредовые переживания. В этих случаях необходимо комбинированное применение мелипрамина с нейролептиками антипсихотического или седативного действия (*аминазин, тизерцин, галоперидол, трифтазин* и др.). Мелипрамин назначают внутрь и внутримышечно в дозах от 25 до 150–200 мг в первую половину дня. Если в течение месяца не наступает заметного улучшения, дальнейшая терапия мелипрамином нецелесообразна. Его необходимо заменить другими антидепрессантами. При длительном приеме мелипрамина возможен феномен адаптации, в связи с чем повторные приступы депрессии могут оказаться резистентными к препарату. В таких случаях рекомендуется повышение доз или назначение других средств.

Антидепрессанты седативного действия включают ряд препаратов.

Амитриптилин (триптизол) – наряду с антидепрессивным обладает выраженным седативным действием. Относится к наиболее выраженным антидепрессивным средствам. Показан при тревожно-депрессивных состояниях (инволюционная меланхолия), при шизофрении и в тех случаях, когда депрессивная симптоматика сочетается с бредом, галлюцинациями. Прием амитриптилина, как правило, не сопровождается обострением бредово-галлюцинаторных переживаний. Начинают лечение с дозы 25–50 мг и постепенно увеличивают ее до 150–200 мг в сутки. При сложных психопатологических синдромах допускается сочетание амитриптилина с нейролептиками, транквилизаторами, а также с мелипрамином.

Фторацизин – обладает умеренными антидепрессивными и выраженными седативными свойствами. Начальная доза 50–75 мг, конечная – до 300 мг в сутки. Рекомендуется для купирования острых и подострых тревожно-депрессивных состояний. Методика терапии не отличается от методики применения амитриптилина.

Азафен – обладает относительно меньшим по сравнению с фторацизином антидепрессивным действием. Седативный эффект выражен незначительно. Показан при невротических и неврозоподобных состояниях, особенно при астенодепрессивных синдромах. Лечение осуществляется в дозировках от 25–50 до 150–200 мг в сутки.

Оксилидин – слабый антидепрессант, обладает также небольшим седативным эффектом. Назначают при депрессивных состояниях больным с пограничными расстройствами психической деятельности и при сосудистой или органической недостаточности мозга. Начальная доза – 20–30 мг, конечная – 300–500 мг в сутки.

Пиразидол – антидепрессант с широким спектром терапевтического действия. Эффективен при тревожных и заторможенных депрессиях при невротических и тяжелых психогенно обусловленных

депрессивных состояниях. При атипичных депрессиях может применяться в комбинациях с нейролептиками. Лечение начинают с 25–50 мг, постепенно увеличивая дозу до 300 мг в сутки. При невротических и реактивных депрессиях препарат применяется в уменьшенных дозах.

Ингибиторы МАО (моноаминоксидазы) – представляют собой группу антидепрессантов с преимущественно стимулирующим действием. В психиатрической практике применяются относительно редко, так как оказывают большее токсическое действие на печень и не совместимы с антидепрессантами трициклической группы (*мелипрамином*, *тофразилом* и др.) и с некоторыми пищевыми продуктами (сыр, кофе, бобы, пиво, вино, шоколад, копчености). Трициклические антидепрессанты разрешается назначать спустя 2–3 недели после отмены ингибиторов МАО.

Ипразид (ипрониазид, ипронид) – наиболее активный ингибитор МАО. Применяется при тяжелых депрессивных состояниях, резистентных к другим видам терапии. Обладает кумулятивными свойствами и относительно высокой токсичностью. Не рекомендуется назначение ипразида совместно с другими антидепрессантами, а также с нейролептиками (*резерпином*, *аминазином*), барбитуратами, гипотензивными средствами. Лечение ипразидом начинают с дозы 25–50 мг, постепенно повышая ее до 150–200 мг в сутки.

Нуредаль (ниапамид, ниамид) – менее токсичен, но и менее эффективен, чем ипразид. Применяется при различных видах депрессий, а также в качестве стимулирующего средства при апатоабулических и ступорозных состояниях. В неврологической практике используют для лечения невралгии тройничного нерва. Положительно влияет на мышцу сердца, уменьшает приступы стенокардии. Дозировки аналогичны таковым ипразида.

Трансамин (парнат) – умеренно выраженный антидепрессант, обладающий стимулирующим свойством. Показан при субдепрессивных состояниях с вялостью, заторможенностью, со снижением инициативы. В терапевтических дозах (от 5–10 до 40–60 мг в сутки) обычно переносится хорошо и может с успехом применяться при соматогенно обусловленных депрессивных состояниях. В сочетании с нейролептиками может быть использован для лечения различных форм психозов.

Индопан – слабый антидепрессивный препарат с умеренно выраженным стимулирующим эффектом. Способствует увеличению активности, бодрости, улучшению настроения у больных с астенодепрессивными и астеноипохондрическими состояниями. Действует растормаживающе при кататоническом ступоре и при различных вариантах психозов. Препарат можно комбинировать с нейролептиками. С другими антидепрессантами и стимуляторами несовместим. Дозировки аналогичны таковым трансамина.

5. Нейроаналептические средства применяются в основном при невротических и невротоподобных синдромах, протекающих с вялостью, заторможенностью.

Сиднокарб – показан при пограничных состояниях, сопровождающихся снижением работоспособности, вялостью, апатией. В отдельных случаях препарат может оказаться эффективным при лечении ночного недержания мочи, а также малых форм эпилепсии. При назначении больным шизофренией препарат вызывает обострение процесса, что используется клиницистами для преодоления резистентности к терапии. Начальная доза 5 мг, суточная – до 60–80 мг.

Сиднофен – по свойствам близок к сиднокарбу, однако отличается мягкостью, но вызывает явления гиперстимуляции. Обладает антидепрессивным действием. Показан для лечения состояний повышенной утомляемости, гиподинамии, вялости как невротического, так и соматогенного происхождения. Препарат несовместим со всеми антидепрессантами. Дозировки от 5–10 до 60–80 мг в сутки.

6. Ноотропы – лекарственные средства, оказывающие метаболическое действие. Обладают способностью нормализовать процессы тканевого обмена в центральной нервной системе. Показаны при травматических и инфекционных поражениях головного мозга, атеросклеротических и постинсультных состояниях, при различных интоксикациях, сопровождающихся астеническим симптомокомплексом.

Аминалон (гаммалон) – гамма-аминомасляная кислота. Способствует улучшению метаболических процессов в тканях головного мозга. Применяется в таблетках (от 0,25 до 1,5 г в сутки).

Энцефабол (пиридитол) – препарат синтезирован на основе витамина В₆ (пиридоксина). Оказывает активирующий эффект, который связан с непосредственным влиянием на обменные процессы мозга. Усиливает активность лимбической системы, улучшает энергетический обмен, вызывает психомоторную активность. Показан при астенодепрессивных состояниях органического происхождения. Дозы от 0,1 до 0,4 г в сутки.

Ноотропил (пирацетам) – активирует оксидативные процессы в коре больших полушарий мозга (доза от 0,4 до 2,0 г). Способствует улучшению памяти, речи, улучшает умственную деятельность. Показан при психоорганических синдромах различного генеза, алкогольной абстиненции, алкогольных психозах, хронических нарушениях интеллектуально-мнестических функций при алкоголизме. В геронтологической и детской психиатрии применяется при органических поражениях центральной нервной системы. Может быть использован также в качестве корректора при нейролептической терапии.

Пантогам – производное пантотеновой кислоты. Эффективен при органических заболеваниях центральной нервной системы с судорожным синдромом. Применяется также в качестве корректора при нейролептических гиперкинезах. Суточная доза – 1,5–2 г.

При лечении психических заболеваний наибольшее распространение получили нейролептические препараты. Длительное применение их значительно изменило клиническую картину патологических процессов. Заболевания

приобрели много новых черт, в связи с чем в настоящее время клиницистами введено понятие о лекарственном патоморфозе психических заболеваний.

Прежде всего следует отметить, что у больных непрерывной шизофренией под влиянием нейролептической терапии обнаруживается тенденция к периодизации течения с выраженными эффективными нарушениями. Непрерывная шизофрения приобретает более благоприятное течение, так как применение нейролептических средств приводит к развитию лекарственных ремиссий.

Приступообразное течение шизофрении характеризуется укорочением продолжительности приступа и учащением обострений заболевания, т. е. под влиянием нейролептических средств приступ нивелируется. Сами приступы становятся короче, но возникают чаще. Периодизация процесса, как правило, сопровождается появлением в клинической картине депрессивного фона с соответствующей психопатологической симптоматикой.

Преобладание депрессивного фона способствует приближению клинической картины периодической шизофрении к таковой маниакально-депрессивного психоза.

И, наконец, в настоящее время часто встречаются более благоприятные манифестации процессов, на высоте которых продуктивная психопатологическая симптоматика выявляется при критическом отношении к ней самого больного.

В случаях, когда клиническая картина заболевания имеет сложную психопатологическую симптоматику и состоит из нескольких синдромов, применяются методы комбинированного лечения антипсихотическими средствами. В частности, при психомоторном возбуждении, сопровождающемся стойкими бредовыми идеями депрессивного характера с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, одновременно назначаются нейролептические средства и шокотерапевтические методы; нейролептики и антидепрессанты и т. д.

Следует отметить, что при лечении психотропными средствами в организме часто возникают побочные явления. Они являются результатом прямого действия лекарственного вещества и исчезают при его отмене. Характер их зависит от свойств препарата и индивидуальной чувствительности к нему организма. При этом могут так-

же возникать, различного рода осложнения, имеющие собственную клиническую картину. В отличие от побочных явлений осложнения не исчезают после отмены препарата. Например, экстрапирамидные расстройства, развивающиеся на фоне повышения дозировки психотропных средств, можно считать побочным действием, а возникающие при этом токсические гепатиты, тромбофлебиты, агранулоцитозы следует рассматривать как осложнения.

В психиатрической практике наиболее часто встречаются неврологические расстройства, проявляющиеся в развитии экстрапирамидных нарушений (акинето-гипертонический паркинсонизм, гипер- и дискинетические синдромы). У больных изменяется модуляция голоса, появляется маскообразность лица, скованность движений (ходят мелкими шаркающими шажками), тремор конечностей, мышечная гипертония, акатизия (непоседливость), тасикинезия (беспрерывное стремление менять положение). Нередко повышаются оральные дискинезии и окулогирные кризы. Временами развивается синдром Куленкампфа – Тарнова (судорожное сокращение глотательных и жевательных мышц, мучительное закатывание глаз, хоботковоподобное движение губ, непреодолимое желание высовывать язык).

Явления паркинсонизма могут возникать при лечении как нейролептиками, так и большими дозами антидепрессантов. Для предупреждения экстрапирамидных проявлений одновременно с психотропными средствами необходимо назначать корректоры (*артан, циклодол, паркопан, ромпаркин*) в дозах от 4 до 12 мг в сутки.

Синдром Куленкампфа – Тарнова и другие пароксизмально возникающие дискинетические расстройства купируются *кофеином* (1–2 мл 20 % раствора подкожно) или *аминазином* (1–2 мл 2,5% раствор внутримышечно). Показано также введение *седуксена* внутримышечно, *кальция хлорида* и *глюкозы с витамином В₁* внутривенно.

Лечение хронических экстрапирамидных расстройств осуществляется назначением препаратов из группы ноотропов в сочетании с большими дозами витаминов, глюкозы и гиподозами инсулина в течение длительного времени.

У больных, продолжительно принимающих нейролептические средства, может нарушаться аффективная сфера. Реже наблюдается эйфория, значительно чаще разви-

вается так называемая нейролептическая депрессия. Последняя наряду с признаками, характерными для депрессивного синдрома (предсердечная тоска, скорбное бесчувствие и др.), сопровождается развитием тревоги, стремлением к деятельности и диссимуляции с возможными суицидальными попытками. Устраняют нейролептическую депрессию назначением антидепрессантов или постепенной заменой одного нейролептика другим.

При быстром повышении дозы применяемого препарата или чаще при резкой его отмене возникает токсический делирий. При этом развивается расстройство сознания по делириозному типу со зрительными галлюцинациями и бредовым восприятием окружающего. Применение аминазина устраняет указанное расстройство.

Лечение больных нейролептиками и особенно антидепрессантами из группы ингибиторов МАО может вызвать токсический гепатит, сопровождающийся желтушностью кожных покровов, склер, повышенным содержанием билирубина в крови и др. В данном случае необходима срочная отмена препарата и назначение витаминотерапии, глюкозы, кокарбоксилазы и других средств, применяемых при гепатитах. Наиболее тяжелым осложнением является развитие агранулоцитоза. При снижении числа лейкоцитов в формуле крови до 3000 в 1/3 случаев может быть летальный исход. Вслед за отменой нейролептиков в этом случае назначают стероидные гормоны, трансфузию цельной крови, антибиотики и др. У больного, принимающего психотропные средства (*аминазин, тизерцин*), при быстрой смене горизонтального положения на вертикальное может развиваться ортостатический коллапс, который проходит сразу после того, как его снова укладывают в постель и дают *кофеин* или *кордиамин*.

При аллергических реакциях рекомендуют *димедрол*, *ипольфен*, местно — мази.

Ряд нейролептических средств, в частности аминазин, способствует увеличению вязкости крови, а при очень длительном применении их иногда развивается кожно-глазной синдром (специфическая пигментация бронзового цвета кожных покровов и склер, изменения в роговице и хрусталике).

Длительная психофармакотерапия может вызвать токсические нарушения сетчатки глаз, более или менее выра-

женные поражения зрительного нерва. Указанные расстройства встречаются относительно редко и обратимы.

При лечении психотропными препаратами возможны также эндокринные сдвиги, проявляющиеся изменением менструального цикла, повышением либидо у женщин, импотенцией у мужчин, иногда наблюдаются усиление жажды, полиурия, глюкозурия.

Применение нейролептиков, особенно галоперидола, оказывает фотосенсибилизирующее влияние на организм, поэтому длительное пребывание на солнце больным противопоказано, галоперидол кумулируется в организме. Он не оказывает вредного влияния на паренхиматозные органы. Назначение галоперидола уменьшает резистентность организма к инсулину.

В ряде случаев назначение нейролептических средств оказывает фиксирующее действие на психопатологическую симптоматику. Отмена нейролептиков у таких больных нередко приводит к улучшению их состояния.

Психотерапия (гр. *psyche* – душа, *therapeia* – лечение) – система психического воздействия на больного с лечебной целью. Она включает речевую терапию (воздействие словом) и организационные мероприятия, направленные на создание наиболее благоприятных для больного условий.

Психотерапия должна выполнять в одних случаях успокаивающую (охранительную) функцию, в других – стимулирующую (активирующую).

В процессе психотерапии, как и при любом другом лечении, необходимо внимательно относиться к больному, внушать ему уверенность в выздоровлении, предупреждать возникновение ятрогений. Необходимо также исключать воздействие внешних раздражителей – яркого света, громких звуков; рекомендуется пролонгированный сон. Эти мероприятия относятся к организации охранительного режима, осуществляемого обычно на первых этапах психотерапии. В дальнейшем в лечебные мероприятия постепенно включаются элементы активирующего режима: просмотр подобранных художественных фильмов, чтение специальной литературы, спортивные игры, трудотерапии.

Психотерапевтические воздействия должны быть направлены также на устранение отдельных симптомов заболевания, выработку у больного компенсаторных меха-

низмов адаптации к обычным условиям жизни (изменение неправильного отношения к членам семьи, к товарищам по работе, критическая оценка своих характерологических особенностей и др.).

Психотерапию следует проводить в специально оборудованном кабинете, изолированном от постороннего шума. Кабинет должен быть оформлен таким образом, чтобы обстановка в нем не вызывала у больных чувства беспокойства и опасения. В кабинете не должно быть никаких лишних предметов (диагностической или экспериментальной аппаратуры, медицинских инструментов и т. д.). Окраска стен и освещение кабинета, оформление окон, рабочий стол врача — все должно способствовать успокоению больного и располагать его к предстоящему лечению.

Психотерапевт при первой же встрече с больным должен вызвать к себе уважение и вселить в него уверенность в успехе терапии. Беседовать с больным необходимо просто и доступно, приветливо и доброжелательно. Тембр, высота голоса и темп речи должны быть отработаны. Недопустимы пустословие и излишняя болтливость. В процессе же психотерапевтического внушения необходимо проявлять твердость, настойчивость, решительность. Как правильно отмечает Мягков (1967), врач, занимающийся психотерапией, должен иметь «ум философа, сердце поэта, способность артиста к перевоплощению, работоспособность ученого, пытливость юриста, наблюдательность художника и мастерство реставратора».

Психотерапевтическое внушение можно проводить как во время гипнотического сна, так и в бодрствующем состоянии пациента, индивидуально с каждым больным или с группой в 6—10 человек. При групповой психотерапии положительное влияние оказывают интерперсональные взаимоотношения больных. Поэтому целесообразен подбор больных со сходными нозологическими формами заболевания (заикание, алкоголизм, навязчивые состояния и др.).

Психотерапевт, изучив историю болезни пациента, должен мысленно представить весь его жизненный путь, выяснить характерологические особенности, проанализировать происшедшие с ним срывы и оценить степень их влияния на развитие болезни, наметить пути выхода из психотравмирующей ситуации.

Если болезнь носит функциональный характер и вызвана психогенными воздействиями, то в этом случае настойчиво, но не назойливо необходимо убедить больного в благоприятном исходе лечения. Даже скептически настроенного больного аргументированные выводы врача могут заставить поверить в выздоровление.

Наличие невротических расстройств у больных с органическими поражениями нервной системы или соматическими расстройствами осложняет методику проведения психотерапии. Врач должен в этом случае разъяснить больному, какие симптомы у него будут устранены полностью, а какие только смягчены в связи с наличием соматических болезней. Подготовленный таким образом больной более спокойно относится к оценке своего самочувствия в процессе психотерапии.

В целом психотерапевтическое воздействие на больного должно осуществляться по следующим этапам.

1. В процессе психотерапевтической беседы тщательно изучаются анамнестические сведения, патогенез заболевания, личностные свойства пациента.

2. Пациенту объясняется причина заболевания и пути преодоления болезненных симптомов.

3. Осуществляются мероприятия по восстановлению утраченных функций. Рекомендуются индивидуальный оздоровительный режим и изменение неправильного отношения к микросоциальным условиям и своим личностным свойствам.

4. Проводится обучение и тренировка больного с целью преодоления возникших патологических симптомов. Вначале используются методы охранительной, а затем активизирующей и тренирующей психотерапии. Рекомендуются также воздействовать факторами отвлечения (музыкотерапия, занятия спортом, посещение библиотеки, трудотерапия). В некоторых случаях применяется психоортопедия.

5. Закрепляются результаты психотерапии путем периодических психотерапевтических бесед врача с больным. Осуществляется стабилизация новых жизненных планов и выработанных отношений.

Методами психотерапии должен владеть врач любой специальности. Тщательный и квалифицированный анализ социально-психологического статуса больного, его личностных особенностей поможет правильно диагностировать заболевание и выбрать адекватные методы лечения.

Социореабилитационные мероприятия направлены на возвращение больных к общественно полезной жизни.

Все реабилитационные мероприятия должны быть нацелены на вовлечение самого больного в лечебно-восстановительный процесс. Реабилитировать больного без его активного участия в этом процессе невозможно. Этот принцип реабилитации психически больных назван *принципом партнерства*. Для его претворения врачу необходимо добиться у больных взаимопонимания, доверия и сотрудничества. Реабилитация объединяет усилия врача, медицинского персонала и больного, направленные на восстановление социально-психологического статуса последнего.

Реабилитационные воздействия должны быть *разноплановыми* (разносторонними) – это второй принцип реабилитации. Различают психологическую, профессиональную, семейно-бытовую, культурно-просветительную и другие сферы реабилитации.

Диалектическое *единство социально-психологических и биологических методов* в преодолении болезни – третий принцип реабилитации. Он заключается в том, что биологические методы лечения, социо- и психотерапия и реабилитация должны проводиться в комплексе.

Четвертый принцип реабилитации – *принцип ступенчатости* (переходности) – сводится к тому, что все реабилитационные воздействия должны постепенно нарастать и нередко переключаться с одного на другое. В частности, в психиатрических стационарах принцип ступенчатости находит свое отражение в создании реабилитационных режимов.

Достижения современной биологической терапии и психотерапии, позволившие в последние десятилетия успешно лечить многие психопатологические проявления, создали благоприятную почву для внедрения в практику лечебно-активирующих режимов. Главной задачей последних является предупреждение развития госпитализма и создание возможностей для успешной реадaptации больных в амбулаторных условиях. Выделяют четыре основных режима: охранительный, падающий, активирующий и режим частичной госпитализации.

Охранительный режим предусматривает постоянное пребывание больного в постели преимущественно по сома-

тическим показаниям и требует от медицинского персонала постоянного наблюдения за ним. Больному разрешается свободно перемещаться по палате или отделению. За пределы палаты не выпускаются больные, находящиеся на постельном режиме.

При *щадящем режиме* (режим дифференцированного наблюдения) больным предоставляется полная свобода в отделении, но запрещается выход на территорию больницы без сопровождающего персонала. При этом режиме больной постепенно с учетом психического и соматического состояния вовлекается в некоторые виды занятий с ограждением его от чрезмерных внешних воздействий.

По мере выздоровления такие больные переводятся на *лечебно-активирующий режим* (режим «открытых дверей»). Главной задачей активирующего режима является обеспечение больным максимального нестеснения в отделении, организация полной занятости их с включением культурно-развлекательной и просветительной программ, всемерное развитие целенаправленной трудовой и социальной риадаптации. При режиме «открытых дверей» больным предоставляется право самостоятельно выходить из отделения, гулять по территории больницы, ходить на работу в лечебно-трудовые мастерские, посещать кино, библиотеку, магазины.

По мере дальнейшего выздоровления больные могут быть переведены на режим *частичной госпитализации*, предусматривающий лечение их в одних случаях в условиях дневного стационара, в других – ночного профилактория. Иногда пребывание больного в стационаре может чередоваться с предоставлением ему домашних отпусков.

Опыт работы психоневрологических учреждений показывает, что максимально допускаемое нестеснение больных возможно лишь при правильной организации наблюдения за ними, с тем чтобы предупреждать их общественно опасные действия. Как правило, такие действия наблюдаются крайне редко, поэтому режимные ограничения должны применяться только в необходимых случаях и таким образом, чтобы больной не мог этого отчетливо ощутить.

Социореабилитационные мероприятия должны осуществляться поэтапно.

Первый этап – *восстановительная терапия*, включающая предотвращение формирования дефекта личности,

развития госпитализма, восстановление нарушенных болезнью функций и социальных связей.

Второй этап – *реадаптация*. Этот этап предусматривает различные психосоциальные воздействия на больного. Важное место здесь отводится трудовой терапии с приобретением новых специальных навыков, психотерапевтическим мероприятиям не только с больным, но и с его родственниками.

Третий этап – *возможно более полное восстановление прав больного в обществе*, создание оптимальных отношений его с окружающими, оказание помощи в бытовом и трудовом устройстве.

Таким образом, система реабилитационных мероприятий включает в себя разнообразные биологические и социально-психологические воздействия, направленные на восстановление оптимального уровня жизнедеятельности больного.

У врача любой специальности может возникнуть необходимость оказания неотложной помощи психически больным во внебольничных условиях, а также в приемном покое или стационарном отделении общесоматической больницы. Как правило, в оказании экстренной помощи нуждаются больные, находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения, склонные к суицидальным действиям или по различным болезненным мотивам отказывающиеся от еды. Врач должен обладать специальными навыками по преодолению этих состояний и организовать транспортировку больных в психиатрическое учреждение.

В случае психомоторного возбуждения могут быть затруднения в транспортировке больного в стационар, связанные с возникновением угрозы безопасности окружающим и самому больному. Возбуждение может наблюдаться при острых галлюцинаторно-бредовых расстройствах, маниакальных состояниях, кататоническом синдроме, гебефренических проявлениях, ажитированной депрессии, психических расстройствах, сопровождающихся сумеречным или делириозным помрачением сознания. При этом рекомендуется внутримышечное введение *гексенала* (5–8 мл 10% раствора), *аминазина* (2–4 мл 2,5% раствора), *тизерцина* (2–4 мл 2,5% раствора), *седуксена* (4–6 мл 0,5% раствора). Препараты вводятся вместе с 5–10 мл 0,25% раствора новокаина или физиологического раствора нат-

рия хлорида. При внутривенной инъекции аминазин и седуксен разводят в 10–20 мл 40% раствора глюкозы и вводят медленно при горизонтальном положении больного (во избежание быстрого падения артериального давления).

До госпитализации в психиатрический стационар за больным должен быть установлен надзор, а в случае крайней необходимости – иммобилизация его. Все предметы, находящиеся в одежде больного или рядом с ним, могут служить орудием для нападения или самоубийства и должны быть устранены.

При кататонно-гебефреническом, галлюцинаторно-параноидном и маниакальном возбуждении кроме аминазина, тизерцина и седуксена можно вводить также внутримышечно *трифтазин* (2–3 мл 0,2% раствора), *галоперидол* (2–3 мл 0,5% раствора). В резистентных случаях показаны инъекции *мажептила* (2–3 мл 1% раствора).

При возбуждении депрессивных больных назначают антидепрессанты с седативным компонентом действия – *триптизол* (75–150 мг), *тизерцин* (2 мл 2,5% раствора), *хлорпротиксен* (25–50 мг), *сонапакс* (75–200 мг). Антидепрессанты в этих случаях назначают в первую половину дня.

Психомоторное возбуждение у больных эпилепсией, как правило, связано с развитием эквивалентов, сопровождающимся дисфорическими расстройствами или нарушением сознания по сумеречному, а также делириозному типу. При этом показано внутримышечное или внутривенное введение *седуксена* (2–6 мл 0,5% раствора), *хлоралгидрата* в клизме (15–20 мл 6% раствора). При резком психомоторном возбуждении рекомендуются также инъекции *аминазина* (2–5 мл 2,5% раствора).

При депрессивных состояниях, галлюцинаторно-бредовых расстройствах, нарушениях сознания у больных часто возникает стремление к самоубийству. Импульсивные суицидальные действия могут также быть при кататоническом ступоре, а демонстративные суицидальные поступки характерны для психопатических личностей. Во всех этих случаях за больным необходимо постоянное наблюдение со стороны персонала лечебного учреждения. С этой целью медперсонал должен быть специально обучен и осведомлен о возможных суицидальных действиях. Все предметы, которыми мог бы воспользоваться больной для совершения суицида, должны быть устранены. Не

следует оставлять больного одного в ванной комнате, туалете, позволять ему укрываться одеялом с головой, накапливать медикаменты. Наблюдение должно сопровождаться повышенной заботой и вниманием. Вместе с тем следует иметь в виду, что чрезмерный откровенный контроль за больным может вызвать у него подозрительность и склонность к диссимуляции своих переживаний. Особую бдительность следует проявлять в утренние часы, когда, как правило, усиливаются депрессивные расстройства, сопровождающиеся обострением чувства тоски, безысходности, бредовых идей самоуничтожения и самообвинения. Суицидальные поступки могут совершаться и во время свиданий с родственниками, прогулок во дворе, во время трудотерапии. Поэтому необходимо систематически осматривать комнаты свиданий, убирать прогулочные территории и удалять все острые, колющие и режущие предметы. В особых случаях, при постоянных и стойких тенденциях больного к самоповреждению, агрессии по отношению к окружающим, допускается временная иммобилизация больных.

Одновременно с обеспечением необходимого ухода и надзора за больными с суицидальными тенденциями должна проводиться и медикаментозная терапия. Больным с депрессивными расстройствами назначают антидепрессанты, при других психопатологических состояниях – нейролептические средства и транквилизаторы. Параллельно проводится общеукрепляющая и симптоматическая терапия.

Отказ от еды психически больных наблюдается при депрессивных состояниях с суицидальными тенденциями, при бредовых идеях отравления, при обонятельных, вкусовых и слуховых галлюцинациях императивного характера, а также при кататоническом ступоре с явлениями негативизма. В таких случаях не следует сразу прибегать к искусственному кормлению. Необходимо попытаться выяснить причины отказа от еды, постараться устранить их и уговорить больного самому принять пищу. Если же это не удастся, больного следует накормить, поручив это кому-нибудь из родственников или медицинских работников, к которым он проявляет доверие. Для стимуляции аппетита можно ввести подкожно 4–8 ед. *инсулина*. При стойком отказе от еды больному внутривенно

вводят 20–40 мл 40% *раствора глюкозы*. Следует помнить, что иногда больные, отказываясь от еды в присутствии других людей, могут есть тайно, когда никого нет рядом. Положительный эффект оказывает барбамил-кофеиновое растормаживание ступорозных больных. Подкожно вводят 1–2 мл 20% *раствора кофеина*, а через 3–5 мин внутривенно вливают 2–6 мл 5% *раствора барбамила*. Наступает растормаживающий и эйфоризирующий эффект, длящийся 20–30 мин, во время которого можно накормить больного, а также собрать анамнестические сведения.

Если указанные мероприятия не дают желаемого результата, спустя 2–3 дня приступают к искусственному кормлению через зонд. Питательные смеси, в состав которых входят яйца, сливочное масло, молоко, бульон, фруктовые и овощные соки, соль, сахар, вводят в количестве 500–1000 мл 1 раз в сутки. В случае необходимости в питательные смеси добавляют лекарственные вещества. Кроме того, больному назначают подкожно *изотонический раствор натрия хлорида*, 5% *раствор глюкозы*, витаминотерапию.

Все перечисленные мероприятия осуществляются на фоне лечения психопатологических расстройств психотропными средствами.

Классификация психических расстройств

В разработке V раздела «Классификация психических и поведенческих расстройств» Международной классификации болезней 10-го пересмотра принимало участие 915 ученых из 52 стран мира. Причем разработчиками основных направлений классификации были научные работники и клиницисты из тех государств, в которых исторически развивались преимущественно прикладные, практические подходы в психиатрии, а диагностика базировалась на симптоматическом и синдромальном подходе. Поэтому основной целью этой классификации явилось создание унифицированных диагностических критериев, которые в наибольшей мере отвечали бы задачам современной практической психиатрии.

В отличие от МКБ-9, базирующейся на нозологическом принципе диагностики психических заболеваний, в МКБ-10 использован симптоматический и синдромаль-

ный подход в оценке психических и поведенческих расстройств. Преобладание симптоматического и синдромального подхода обусловлено в первую очередь не столько взглядами и подходами разработчиков, сколько недостаточностью в настоящее время знаний об этиологии многих психических заболеваний.

Вместе с тем в МКБ-10 нозологически выделены отдельные психопатологические формы с установленными этиопатогенетическими факторами, такие как органическая деменция (рубрика F0) и психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (рубрика F1).

Существенные изменения были проведены в диагностике шизофрении за счет введения в эту рубрику (F2) понятий шизотипические, бредовые острые и хронические психические расстройства. В этой рубрике отдельно выделены также шизоаффективные расстройства, при которых наблюдаются как аффективные, так и шизофренические симптомы.

Расширение количества диагностических категорий, входящих в эту рубрику, позволяет более гибко и дифференцированно подходить к диагностике собственно шизофрении, особенно на ранних этапах ее развития, тем более что одним из критериев этого расстройства является месячный период в качестве переходной точки между острыми расстройствами, при которых шизофренические симптомы были лишь одним из признаков, с одной стороны, и самой шизофренией, с другой.

В МКБ-10 в рубрику F3 отнесены аффективные расстройства или расстройства настроения, которые в МКБ-9 преимущественно определялись как маниакально-депрессивный психоз. Особенности этого раздела заключаются в том, что кроме выделения маниакальных и депрессивных расстройств внутри каждого из них предусмотрена возможность определения его тяжести, длительности и типа течения, наличия или отсутствия психотических симптомов (бред, галлюцинации). Предусмотрена также возможность постановки диагноза циклотимия, дистимия, другие уточненные и неуточненные (аффективные) расстройства настроения.

В рубрику F4 отнесены невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, которые были

объединены в одну большую группу в связи с психогенной причиной их возникновения и существующими представлениями о неврозах. Сюда отнесены тревожные и тревожно-фобические расстройства со специфическими для каждого диагностическими критериями; обсессивно-компульсивные мысли и действия; реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации во всем многообразии их проявлений; соматоформные и невротические расстройства.

Рубрика F5 охватывает поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, такими как расстройства приема пищи в виде анорексии или булимии, расстройства сна неорганической природы, расстройства, связанные с послеродовым периодом, злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости.

Социально-дискредитированный термин «психопатия», который в обыденных отношениях имеет унижающее личностное значение, в МКБ-10 в рубрике F6 заменен понятием «расстройство зрелой личности и поведения у взрослых». В эту рубрику включены специфические расстройства личности; хронические изменения личности после переживания катастрофы и после психической болезни; расстройства привычек и влечений; расстройства половой идентификации; расстройства сексуального предпочтения; психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией, а также другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.

В рубрике F7 также произведена замена термина «олигофрения» на клинический аналог «умственная отсталость». В отличие от МКБ-9, где выделялось три степени выраженности олигофрении: дебильность, имбецильность и идиотия, в МКБ-10 умственная отсталость подразделена на легкую, умеренную, тяжелую, глубокую, другую и неуточненную умственную отсталость. При этом основным критерием такой дифференцировки является коэффициент умственного развития (IQ), определяемый стандартизированными тестами.

Расстройства, включенные в рубрику F8 – нарушения психологического развития, характеризуются началом в младенческом или детском возрасте; связаны с повреждением или задержкой функционального развития цент-

ральной нервной системы; постоянным течением расстройства с тенденцией к его уменьшению по мере взросления. Сюда отнесены специфические расстройства речи; специфические расстройства развития школьных навыков; специфические расстройства развития двигательных функций; смешанные, общие и другие расстройства психологического развития.

В группе расстройств под рубрикой F9 содержатся поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. Это гиперкинетические, асоциальные, оппозиционные, дезадаптивные формы поведения, тревожные и фобические эмоциональные нарушения, энурез, энкопрез, заикание и другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства.

В целом распределенные таким образом расстройства психической деятельности в МКБ-10 обнаруживают отход от ранее принятого нозологического принципа классификации болезней и в первую очередь преследуют сугубо утилитарные цели. Однако для того чтобы эффективно использовать для клинической работы данную классификацию, для психиатра, особенно начинающего изучение этой дисциплины, необходимо знание ранее сформированных классических подходов в области как общей, так и клинической психиатрии.

Перечень диагностических рубрик

F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства

F00 Деменция при болезни Альцгеймера

F00.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом

F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом

F00.2 Деменция при болезни Альцгеймера атипичная или смешанного типа

F00.9 Деменция при болезни Альцгеймера, неуточненная

F01 Сосудистая деменция

F01.0 Сосудистая деменция с острым началом

F01.1 Мультиинфарктная деменция

F01.2 Субкортикальная сосудистая деменция

F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция

F01.8 Другая сосудистая деменция

F01.9 Сосудистая деменция, неуточненная

F02 Деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах

F02.0 Деменция при болезни Пика

F02.1 Деменция при болезни Крейцфельда – Якоба

F02.2 Деменция при болезни Гентингтона

F02.3 Деменция при болезни Паркинсона

F02.4 Деменция при заболеваниях, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

F02.8 Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицируемых в других разделах

F03 Деменция, неуточненная

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05 Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

F05.0 Делирий, не возникающий на фоне деменции

F05.1 Делирий, возникающий на фоне деменции

F05.8 Другой делирий

F05.9 Делирий, неуточненный

F06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни

F06.0 Органический галлюциноз

F06.1 Органическое кататоническое расстройство

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

F06.3 Органические (аффективные) расстройства

F06.4 Органическое тревожное расстройство

F06.5 Органические диссоциативные расстройства

F06.6 Органические эмоционально лабильные (астенические) расстройства

F06.7 Легкое когнитивное расстройство

F06.8 Другие уточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни

F06.9 Неуточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни

F07 Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга

F07.0 Органическое расстройство личности

F07.1 Постэнцефалитический синдром

F07.2 Посткоммоционный синдром

F07.8 Другие органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга
F07.9 Неуточненные органические расстройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения и дисфункции головного мозга

F09 Неуточненные органические или симптоматические психические расстройства

F1 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ

F10 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя

F11 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов

F12 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов

F13 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных веществ

F14 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина

F15 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин

F16 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления галлюциногенов

F17 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака

F18 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления летучих растворителей

P19 Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ

Четвертый и пятый знаки могут использоваться для уточнения клинического состояния:

- | | |
|--------------|--|
| F1x.0 | Острая интоксикация |
| .00 | неосложненная |
| .01 | с травмой или другим телесным повреждением |
| .02 | с другими медицинскими осложнениями |
| .03 | с делирием |
| .04 | с расстройствами восприятия |

- .05 с комой
- .06 с судорогами
- .07 патологическое опьянение
- F1x.1 Употребление с вредными последствиями
- F1x.2 Синдром зависимости
 - .20 в настоящее время воздержание
 - .21 в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление
 - .22 в настоящее время под клиническим наблюдением на поддерживающей или заместительной терапии (контролируемая зависимость)
 - .23 в настоящее время воздержание, но на лечении вызывающими отвращение или блокирующими лекарствами
 - .24 в настоящее время употребляется психоактивное вещество (активная зависимость)
 - .25 эпизодическое употребление
- F1x.3 Состояние отмены
 - .30 неосложненное
 - .31 с судорогами
- F1x.4 Состояние отмены с делирием
 - .40 без судорог
 - .41 с судорогами
- F1x.5 Психотическое расстройство
 - .50 шизофреноподобное
 - .51 преимущественно бредовое
 - .52 преимущественно галлюцинаторное
 - .53 преимущественно полиморфное
 - .54 преимущественно с депрессивными симптомами
 - .55 преимущественно с маниакальными симптомами
 - .56 смешанные
- F1x.6 Амнестический синдром
- F1x.7 Резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом
 - .70 реминисценции
 - .71 расстройство личности или поведения
 - .72 остаточное аффективное расстройство
 - .73 деменция
 - .74 другое стойкое когнитивное нарушение
 - .75 психотическое расстройство с поздним дебютом
- F1x.8 Другие психические и поведенческие расстройства
- F1x.9 Неуточненное психическое и поведенческое расстройство

F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

F20 Шизофрения

- F20.0 Параноидная шизофрения
- F20.1 Гебефренная шизофрения
- F20.2 Кататоническая шизофрения
- F20.3 Недифференцированная шизофрения
- F20.4 Постшизофреническая депрессия
- F20.5 Резидуальная шизофрения
- F20.6 Простая шизофрения
- F20.8 Другие формы шизофрении
- F20.9 Шизофрения, неуточненная

Типы течения шизофренических расстройств могут быть классифицированы с использованием следующих пятых знаков:

- F20.x0 непрерывный
- F20.x1 эпизодический с нарастающим дефектом
- F20.x2 эпизодический со стабильным дефектом
- F20.x3 эпизодический ремиттирующий
- F20.x4 неполная ремиссия
- F20.x5 полная ремиссия
- F20.x8 другой
- F20.x9 период наблюдения менее года

F21 Шизотипическое расстройство

F22 Хронические бредовые расстройства

- F22.0 Бредовое расстройство
- F22.8 Другие хронические бредовые расстройства
- F22.9 Хроническое бредовое расстройство, неуточненное

F23 Острые и транзиторные психотические расстройства

- F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении
- F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении
- F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство
- F23.3 Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства
- F23.8 Другие острые и транзиторные психотические расстройства
- F23.9 Острые и транзиторные психотические расстройства, неуточненные

Для указания наличия или отсутствия острого ассоциированного стресса может использоваться пятый знак:

- .x0 без ассоциированного острого стресса
- .x1 с ассоциированным острым стрессом

F24 Индуцированное бредовое расстройство

F25 Шизоаффективные расстройства

- F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип
- F25.1 Шизоаффективный психоз
- F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип
- F25.8 Другие шизоаффективные расстройства
- F25.9 Шизоаффективное расстройство, неуточненное

F28 Другие неорганические психотические расстройства

F29 Неуточненный неорганический психоз

F3 Аффективные расстройства настроения

F30 Маниакальный эпизод

- F30.0 Гипомания
- F30.1 Мании без психотических симптомов
- F30.2 Мания с психотическими симптомами
- F30.8 Другие маниакальные эпизоды
- F30.9 Маниакальные эпизоды, неуточненные

F31 Биполярное аффективное расстройство

- F31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод
- F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов
- F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами
- F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии
 - .30 без соматических симптомов
 - .31 с соматическими симптомами
- F31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов
- F31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами
- F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанный
- F31.7 Биполярное аффективное расстройство, состояние ремиссии
- F31.8 Другие биполярные аффективные расстройства
- F31.9 Биполярное аффективное расстройство, неуточненное

F32 Депрессивный эпизод

- F32.0 Легкий депрессивный эпизод
 - .00 без соматических симптомов
 - .01 с соматическими симптомами
- F32.1 Умеренный депрессивный эпизод

- .10 без соматических симптомов
- .11 с соматическими симптомами
- F32.2** Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов
- F32.3** Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами
- F32.8** Другие депрессивные эпизоды
- F32.9** Депрессивные эпизоды, неуточненные

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

- F33.0** Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени
 - .00 без соматических симптомов
 - .01 с соматическими симптомами
- F33.1** Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести
 - .10 без соматических симптомов
 - .11 с соматическими симптомами
- F33.2** Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов
- F33.3** Рекуррентный депрессивный эпизод, текущий эпизод тяжелый с психотическими симптомами
- F33.4** Рекуррентное депрессивное расстройство, состояние ремиссии
- F33.8** Другие рекуррентные депрессивные расстройства
- F33.9** Рекуррентное депрессивное расстройство, неуточненное

F34 Хронические (аффективные) расстройства настроения

- F34.0** Цикломития
- F34.1** Дистимия
- F34.8** Другие хронические аффективные расстройства
- F34.9** Хроническое (аффективное) расстройство настроения, неуточненное

F38 Другие (аффективные) расстройства настроения

- F38.0** Другие единичные (аффективные) расстройства настроения
 - .00 смешанный аффективный эпизод
- F38.1** Другие рекуррентные (аффективные) расстройства настроения
 - .10 рекуррентное кратковременное депрессивное расстройство
- F38.8** Другие уточненные (аффективные) расстройства настроения

F39 Неуточненные (аффективные) расстройства настроения

F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

F40 Тревожно-фобические расстройства

- F40.0** Агорафобия
 - .00 без панического расстройства
 - .01 с паническим расстройством

- F40.1 Социальные фобии
- F40.2 Специфические (изолированные) фобии
- F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства
- F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неуточненное

F41 Другие тревожные расстройства

- F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога)
- F41.1 Генерализованное тревожное расстройство
- F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
- F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства
- F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства
- F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

- F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления (умственная жвачка)
- F42.1 Преимущественно компульсивные действия (обсессивные ритуалы)
- F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия
- F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства
- F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное

F43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации

- F43.0 Острая реакция на стресс
- F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство
- F43.2 Расстройства адаптации
 - .20 кратковременная депрессивная реакция
 - .21 пролонгированная депрессивная реакция
 - .22 смешанная тревожная и депрессивная реакция
 - .23 с преобладанием нарушения других эмоций
 - .24 с преобладанием нарушения поведения
 - .25 смешанное расстройство эмоций и поведения
 - .28 другие специфические преобладающие симптомы
- F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс
- F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

- F44.0 Диссоциативная амнезия
- F44.1 Диссоциативная fuga
- F44.2 Диссоциативный ступор
- F44.3 Трансы и состояния овладения
- F44.4 Диссоциативные расстройства моторики
- F44.5 Диссоциативные судороги
- F44.6 Диссоциативная анестезия и утрата чувственного восприятия
- F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства
- F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства

- .80 синдром Ганзера
- .81 расстройство множественной личности
- .82 транзиторные диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детском и подростковом возрасте
- .88 другие уточненные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточненное

F45 Соматоформные расстройства

- F45.0 Соматизированное расстройство
- F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство
- F45.2 Ипохондрическое расстройство
- F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция
 - .30 сердца и сердечно-сосудистой системы
 - .31 верхней части желудочно-кишечного тракта
 - .32 нижней части желудочно-кишечного тракта
 - .33 дыхательной системы
 - .34 урогенитальной системы
 - .38 другого органа или системы
- F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство
- F45.8 Другие соматоформные расстройства
- F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

F48 Другие невротические расстройства

- F48.0 Неврастения
- F48.1 Синдром деперсонализации – дереализации
- F48.8 Другие специфические невротические расстройства
- F48.9 Невротическое расстройство, неуточненное

F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F50 Расстройства приема пищи

- F50.0 Нервная анорексия
- F50.1 Атипичная нервная анорексия
- F50.2 Нервная булимия
- F50.3 Атипичная нервная булимия
- F50.4 Переедание, сочетающееся с другими психологическими нарушениями
- F50.5 Рвота, сочетающаяся с другими психологическими нарушениями
- F50.8 Другие расстройства приема пищи
- F50.9 Расстройство приема пищи, неуточненное

P51 Расстройства сна неорганической природы

- F51.0 Бессонница неорганической природы
- F51.1 Гиперсомния неорганической природы

- F51.2 Расстройство режима сна – бодрствования неорганической природы
- F51.3 Снохождение (сомнамбулизм)
- F51.4 Ужасы во время сна (ночные ужасы)
- F51.5 Кошмары
- F51.8 Другие расстройства сна неорганической природы
- F51.9 Расстройство сна неорганической природы, неуточненное

F52 Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием

- F52.0 Отсутствие или потеря полового влечения
- F52.1 Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения
 - .10 сексуальное отвращение
 - .11 отсутствие сексуального удовлетворения
- F52.2 Отсутствие генитальной реакции
- F52.3 Оргазмическая дисфункция
- F52.4 Преждевременная эякуляция
- F52.5 Вагинизм неорганической природы
- F52.6 Диспарейния неорганической природы
- F52.7 Повышенное половое влечение
- F52.8 Другая половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием
- F52.9 Неуточненная половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием

F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах

- F53.0 Легкие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах
- F53.1 Тяжелые психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах
- F53.8 Другие психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом и не классифицируемые в других разделах
- F53.9 Послеродовое психическое расстройство, неуточненное

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицированными в других разделах

F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости

- F55.0 Антидепрессанты
- F55.1 Слабительные

- F55.2 Анальгетики
- F55.3 Средства снижения кислотности
- F55.4 Витамины
- F55.5 Стероиды или гормоны
- F55.6 Специфические травы и народные средства
- F55.8 Другие вещества, которые не вызывают зависимости
- F55.9 Неуточненные

F59 Неуточненные поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами

F60 Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

F60 Специфические расстройства личности

- F60.0 Параноидное расстройство личности
- F60.1 Шизоидное расстройство личности
- F60.2 Диссоциальное расстройство личности
- F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности
 - .30 импульсивный тип
 - .31 пограничный тип
- F60.4 Истерическое расстройство личности
- F60.5 Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности
- F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности
- F60.7 Зависимое расстройство личности
- F60.8 Другие специфические расстройства личности
- F60.9 Расстройство личности, неуточненное

F61 Смешанное и другие расстройства личности

- F61.0 Смешанные расстройства личности
- F61.1 Причиняющие беспокойство изменения личности

F62 Хронические изменения личности, не связанные с повреждением или заболеванием мозга

- F62.0 Хроническое изменение личности после переживания катастрофы
- F62.1 Хроническое изменение личности после психической болезни
- F62.8 Другие хронические изменения личности
- F62.9 Хроническое изменение личности, неуточненное

F63 Расстройства привычек и влечений

- F63.0 Патологическая склонность к азартным играм
- F63.1 Патологические поджоги (пиромания)
- F63.2 Патологическое воровство (клептомания)
- F63.3 Трихотиломания
- F63.8 Другие расстройства привычек и влечений
- F63.9 Расстройство привычек и влечений, неуточненное

F64 Расстройства половой индентификации

F64.0 Транссексуализм

F64.1 Трансвестизм двойной роли

F64.2 Расстройство половой идентификации у детей

F64.8 Другие расстройства половой идентификации

F64.9 Расстройство половой идентификации, неуточненное

F65 Расстройства сексуального предпочтения

F65.0 Фетишизм

F65.1 Фетишистский трансвестизм

F65.2 Эксгибиционизм

F65.3 Вуайеризм

F65.4 Педофилия

F65.5 Садо-мазохизм

F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения

F65.9 Расстройство сексуального предпочтения, неуточненное

F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией

F66.0 Расстройство полового созревания

F66.1 Эго-дистоническая сексуальная ориентация

F66.2 Расстройство сексуальных отношений

F66.8 Другие расстройства психосоциального развития

F66.9 Расстройство психосоциального развития, неуточненное

F68 Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

F68.0 Преувеличение физических симптомов по психологическим причинам

F68.1 Преднамеренное вызывание или симуляция симптомов при инвалидизации, физических или психологических (симулятивное расстройство)

F68.8 Другие специфические расстройства зрелой личности и поведения у взрослых

F7 Умственная отсталость

F70 Легкая умственная отсталость

F71 Умеренная умственная отсталость

F72 Тяжелая умственная отсталость

F73 Глубокая умственная отсталость

F78 Другая умственная отсталость

F79 Неуточненная умственная отсталость

F7х.0 минимальные поведенческие нарушения или отсутствие их

F7х.1 значительные поведенческие нарушения, требующие внимания или лечебных мер

- F7х.8 другие поведенческие нарушения
- F7х.9 поведенческие нарушения не определены

F8 Нарушения психологического развития

F80 Специфические расстройства развития речи

- F80.0 Специфические расстройства артикуляции речи
- F80.1 Расстройство экспрессивной речи
- F80.2 Расстройство рецептивной речи
- F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау – Клеффнера)
- F80.8 Другие расстройства развития речи
- F80.9 Расстройства развития речи, неуточненные

F81 Специфические расстройства развития школьных навыков

- F81.0 Специфическое расстройство чтения
- F81.1 Специфическое расстройство spellингования
- F81.2 Специфическое расстройство навыков счета
- F81.3 Смешанное расстройство школьных навыков
- F81.8 Другие расстройства школьных навыков
- F81.9 Расстройство развития школьных навыков, неуточненное

F82 Специфическое расстройство развития двигательных функций

F83 Смешанные специфические расстройства

F84 Общие расстройства развития

- F84.0 Детский аутизм
- F84.1 Атипичный аутизм
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Другие общие расстройства развития
- F84.9 Общее расстройство развития, неуточненное

F88 Другие расстройства психологического развития

F89 Неуточненное расстройство психологического развития

F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F90 Гиперкинетические расстройства

- F90.0 Нарушение активности внимания
- F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения
- F90.8 Другие гиперкинетические расстройства
- F90.9 Гиперкинетическое расстройство, неуточненное

F91 Расстройства поведения

F91.0 Расстройство поведения, ограничивающееся условиями семьи

F91.1 Несоциализированное расстройство поведения

F91.2 Социализированное расстройство поведения

F91.3 Оппозиционно-вызывающее расстройство

F91.8 Другие расстройства поведения

F91.9 Расстройство поведения, неуточненное

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.0 Депрессивное расстройство поведения

F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций, неуточненное

F93 Эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста

F93.0 Тревожное расстройство в связи с разлукой в детском возрасте

F93.1 Фобическое тревожное расстройство детского возраста

F93.2 Социальное тревожное расстройство детского возраста

F93.3 Расстройство сиблингового соперничества

F93.8 Другие эмоциональные расстройства детского возраста

F93.9 Эмоциональное расстройство детского возраста, неуточненное

F94 Расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста

F94.0 Элективный мутизм

F94.1 Реактивное расстройство привязанности детского возраста

F94.2 Расторможенное расстройство привязанности детского возраста

F94.8 Другие расстройства социального функционирования детского возраста

F94.9 Расстройство социального функционирования детского возраста, неуточненное

F95 Тикозные расстройства

F95.0 Транзиторное тикозное расстройство

F95.1 Хроническое двигательное или голосовое тикозное расстройство

F95.2 Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта)

F95.8 Другие тикозные расстройства

F95.9 Тикозное расстройство, неуточненное

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F98.0 Неорганический энурез

F98.1 Неорганический энкопрез

- F98.2 Расстройство питания в младенческом возрасте
- F98.3 Поедание несъедобного (пика) в младенчестве и в детстве
- F98.4 Стереотипные двигательные расстройства
- F98.5 Заикание
- F98.6 Речь взхлеб
- F98.8 Другие специфические поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
- F98.9 Неуточненные поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте

F99 Психическое расстройство, без других указаний

Глава 6. ТЕСТ-ЗАДАНИЯ ПО ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Расстройства восприятия

6.1. Больной алкоголизмом, 37 лет, в течение последних трех дней испытывал беспокойство, тревогу, немотивированный страх. Вечером, придя домой с работы, увидел в прихожей фигуру стоящего человека, однако, включив свет, понял, что это пальто, висящее на вешалке. После того как лег спать, услышал, что на кухне капает вода из крана. В звуках падающих капель появился голос «дай выпить... дай выпить... дай выпить...». Поднялся, закрыл кран, падение капель прекратилось, голос исчез. Среди ночи проснулся и почувствовал, что по нему ползают насекомые в большом количестве, которых начал сбрасывать с себя. Разбудил жену и сказал ей об этом, однако последняя никаких насекомых не увидела. Задремав, услышал за окном голоса двух мужчин, говоривших о нем. Подойдя к окну, убедился, что там никого нет. Во всем теле испытывал неприятные ощущения в виде онемения, покалывания.

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.2. Больной шизофренией, 18 лет, обратился в милицию с заявлением, что его отец является шпионом иностранной разведки. В своем объяснении писал, что, про-

снувшись ночью, услышал на чердаке дома звуки работающей рации «ти-ти-ти... тата». Затем, через некоторое время эти звуки прекратились и раздались шаги в коридоре и в комнате родителей. На следующий день нашел в столе отца лист бумаги, где нарисованы разноцветные линии и знаки, в котором опознал «секретную» шпионскую карту. Через несколько дней ощутил на себе действие радиоволн, вызывающих неприятные, тягостные ощущения в суставах и позвоночнике. Временами в голове появляется незнакомый голос, который говорит: «Убьем... убьем...»

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.3. Девушка, 20 лет, обратилась к косметологу с просьбой сделать пластическую операцию, так как считает, что ее уши, брови и нос расположены несимметрично, форма их неправильная. Была направлена на консультацию к врачу-психиатру, который установил, что ранее обращалась к стоматологу с жалобами на то, что у нее в корнях зубов завелись мелкие черви, движение которых она хорошо ощущает. Неоднократно появлялось чувство, что ее личность раздвоена, существует в виде двух «я». Окружающий мир и люди представлялись измененными по форме, в тусклых тонах. Проходя по улице, слышала, как совершенно незнакомые люди говорили ей: «Жаба... уродина».

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.4. Больной психозом, 43 лет, направлен психоневрологическим диспансером в психиатрическую больницу с жалобами на то, что сослуживцы по работе насмеются над ним, слышит, как в разговорах между собой называют его «импотентом». Жена добавляет в пищу какое-то средство, вызывающее чувство горечи во рту, неприятные ощущения, жжение в гениталиях и половую слабость. Соседи за стеной вслух комментируют его поступки, говорят о нем и жене непристойности. Чувствует, как на мозг действуют аппаратами, в голове слышит голос, обвиняющий его в развратных гомосексуальных действиях.

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.5. Больная старческим слабоумием, 73 лет, была доставлена в психиатрическую больницу в связи с тем, что ушла из дома, заблудилась, не помнила своего адреса. Больничную обстановку воспринимала как домашнюю, хотя в больнице находилась впервые. В лицах некоторых больных и медицинских работников узнавала своих родных, знакомых. Жаловалась, что под кожей у нее ползают черви, насекомые. Слышала голос давно умершего мужа, разговаривала с ним как с реальным человеком. В шуме ветра за окном слышала плач и голос маленьких детей.

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.6. У больного эпилепсией, 47 лет, с детства отмечаются судорожные припадки с потерей сознания. Когда после припадка приходил в сознание, даже у себя дома, не мог понять, где он находится, считал, что впервые попал в это место. Однажды полностью утратил ориентировку в окружающем, показалось, что вокруг него черти, ведьмы. Видел себя находящимся в аду. Слышал треск огня, крики терзаемых людей. Стук жены в дверь воспринял как стук молотка по крышке гроба. Набросился на входившую в квартиру жену, пытался ее задушить. Прикоснувшись к ней, почувствовал под руками грубую шерсть, как на шкуре животного.

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.7. Школьница, 16 лет, ученица 10 класса заболела остро шизофренией. Заболевание началось с появления мыслей о том, что утонувший 8 лет назад брат жив. Убежденность в этом появилась после того, как, рассматривая его посмертную фотографию, увидела, что глаза на фотографии открылись.

После помещения в больницу в одном из больных «узнала» по внешнему виду своего брата. Периодически ощущала, что ее тело разделяется на три части: одна часть остается на земле, вторая – поднимается вверх, а третья остается между ними. При погружении в сон видела стоящего на горе «бога» и мальчика рядом с ним. Слышала голос,

раздающийся из пространства, который говорил: «Иди, ищи брата...»

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.8. Женщина, 47 лет, поступила в приемный покой психиатрической больницы в сопровождении родственников, которые сообщили, что она полгода жалуется на неприятные ощущения в виде зуда, жжения. Последние две недели путается в узнавании лиц родственников, свою дочь называет сестрой, мужа считает чужим человеком. Ощущает неприятный запах жженных перьев, видит перед глазами мелькание разноцветных полос, шаров. Заявляет, что у нее отсутствует половина тела. С подозрением на опухоль головного мозга направлена к врачу-нейрохирургу.

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.9. Ребенок, 6 лет, заболел острым респираторным заболеванием с повышением температуры тела до 38,7°. Стал капризным, раздражительным, не переносил яркого света, прикосновений к себе. С испугом смотрел на стену, оклеенную обоями, при этом без видимой причины начинал плакать. При расспросе удалось выяснить, что в рисунке обоев видит фантастические фигуры животных, искаженные лица людей. В разговоре взрослых слышал упреки в свой адрес.

В процессе засыпания внезапно пробуждался, кричал: «Плохой дядя... уходи!..» На руках матери успокаивался и погружался в сон.

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.10. Больной, 32 лет, длительное время злоупотреблявший курением гашиша, поступил в психиатрическую больницу для лечения. Внешне выглядит значительно старше своих лет, лицо землистого цвета, с грубыми морщинами, отмечается ломкость волос, ногтей, зубов. Рассказал, что после выкуривания сигареты с гашишем окружающий мир приобретает яркие цвета, звуки становятся громкими, гулкими. Возникает ощущение изменения размеров рук, ног, головы, отделения от них тела. Окружаю-

щие предметы изменяют свою форму, контуры их становятся расплывчатыми, нечеткими, причудливо соединяясь между собой, образуют фигуры фантастических животных, уродливых чудовищ. Появляется онемение, омертвление конечностей, чувство ползания мурашек.

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.11. Больной психозом, 43 лет, болен психически в течение 16 лет. Заболевание протекает с периодами обострений психопатологической симптоматики и ремиссиями. Очередное поступление в психиатрическую больницу было связано с тем, что почувствовал действие аппаратов, испускающих лучи, проникающие в тело и вызывающие покалывание, онемение, жжение. В окружающем пространстве слышал голоса незнакомых людей, говоривших, что он заражен венерическим заболеванием. Аппараты действовали на мозг, вызывая в голове гул, шум, неприятные звуки. Находясь в психиатрической больнице, увидел, что некоторые больные представляют из себя специально приставленных людей следить за ним. Ключ, который держал в руке санитар, принял за нож и решил, что тот хочет его убить. Бросился к окну, пытался выбить стекло, чтобы убежать от врагов.

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.12. Учащийся технического училища, 17 лет, в компании сверстников принял неизвестные ему таблетки. Спустя 25–30 мин после приема таблеток возникло общее приятное самочувствие, звуки стали четкими, краски яркими. Затем появилось ощущение, как будто он смотрит на себя со стороны, тело его парит в воздухе. Предметы реального мира утрачивали свои очертания, видоизменялись. Стал слышать звонки, щелчки, отдельные звуки. Постепенно утрачивал связь с окружающим, появились зрительные образы, как будто в кинофильме. Через два часа пришел в сознание, испытывал слабость, разбитость, головную боль, которые продолжались в течение нескольких суток.

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

6.13. Женщина, 52 лет, длительно живущая одиноко, почувствовала общее недомогание, головную боль, появилась бессонница. Начала ощущать запах газа в квартире, вызвала мастера по ремонту газовой аппаратуры, который не нашел неисправностей. Поняла, что соседи травят ее газом, чтобы завладеть квартирой. Ночью слышала какое-то шипение в вентиляционном отверстии, запах газа при этом усиливался... Слышала разговор соседей за стеной, которые говорили: «Старая дура... пора на тот свет...», оскорбляли ее. Утверждает, что цветы, растущие на окне, завяли, пожелтели, приобрели уродливые формы. Испытывала тянущие, выкручивающие, простреливающие боли во всем теле, появление которых объясняет действием со стороны соседей.

Вопрос-задание

Найдите в тексте задачи 5 признаков расстройства восприятия. Дайте им терминологическое определение.

Расстройства мышления

6.14. Земле много миллиардов лет. Следовательно, на Земле есть вещества, приложив которые к глазам можно видеть далеко и через стены. Может это растения или корни растений, а может сок, которым натирают глаза.

Что собой представляет рябина – это гроздь из плодов, похожих на созвездия. Подсолнух – это черное солнце, арбузы – красное солнце. На земле, а это не рай (есть ли вообще рай), есть люди с большими душами. Эти души представляют у одних железо, у других золото, у третьих – серебро. А так как это не рай, то все они мучаются. Магма из недр земли прорывается на поверхность; человек, который и не подозревает, что он магма, – мучается. Когда косят траву, то люди, душа которых представляет собой определенный вид травы, тоже мучаются. Те мучения, которые мы принесли когда-то людям, должны быть возвращены, но теперь уже нам. Когда мы перемучаемся на земле, а боги отвечают за многих людей, то станем хорошими.

Вопрос-задание

Какое расстройство мышления преобладает в клиническом примере?

6.15. Итак, я отчитываюсь инопланетной цивилизации, высшему разуму за прожитые дни. Выходит стран-

ная закономерность, что я посредник – канал. Это значит, что я как биоробот подключен к вам, моими глазами вы смотрите и наблюдаете. Это значит, что я отделился от людей простых, хотя и нахожусь в телесной оболочке. Вспомните вы, когда вы брали мое сознание в путешествие во времени и пространстве, там была такая картина. На краю речки под Москвой стояла большая бочка с антеннами, ваш космический корабль, вас было трое, вы были все в серебристых чешуйчатых одеждах в обтяжку. Волосы у вас были длинные, чуть ниже плеч, с желтоватым оттенком, я стояла рядом с вами, вы меня о чем-то, не помню, спросили, а потом сказали: «Ты – инопланетянин», а смысл ваших слов был такой, мол, чего ты боишься? Так вот, в настоящее время вы сжалились надо мной, сняли с души, с сердца большой, огромный камень, который я носила еще раньше, зная, что я держу с вами связь. Что простые люди, они только набивают животы, удовлетворяют свои животные потребности и живут на воле. Я говорю вам, ваш связник-посредник, вы должны спроецировать мозг врачей в мою сторону желаний, ибо я хочу улететь с вами в назначенный вами же срок и не покидать, а сохранить телесную оболочку.

Вопрос-задание

Проявления какого психопатологического синдрома представлены в данном случае?

6.16. Я в больнице лежу... Мне кал и мочу под кожу загоняют... Я принимаю оптическое лечение. Дают также таблетки, бензин, керосин, гноят органы... Частично умираю... Меня молотком вся больница бьет... Они написали, что бушует...здесь не создали капитала наблюдения за больными.... Все таблетки пью, которые есть на белом свете... Коричневые, рябиновые, бежевые.... От зеленых умираю... мел давать, чтобы развивалась медицинская промышленность.... На мне учатся, вентиляторы здесь гудят... Здоровый мозг утачивают, сокращают, уменьшают в размерах, удавливают мозг... Я здесь чувствую слабость в голове.... В экваторе себя я пустой.... В туалете стоят пункционные машины... Я здоров, по течению жизни сделали уса лазером...Родственники дикие, травят меня... Я очень слабый человек... Меня народ очень обижает... Я в тапках хожу.... У меня сердце сгнило и провалилось... Голова на-

половину моя, наполовину из железа... Железо из течения обстоятельств, из течения жизни... Я ночью в сад хожу.... Примите меня в комсомол.

Вопрос-задание

Установите, какие из указанных расстройств мышления определены в данном клиническом примере.

6.17. Идет спор между философами, что первичное, что вторичное. Материя и сознание произошли одновременно. Сознание – процесс самореорганизации во вселенной. Чтобы изучить космос, необязательно летать в космос, это можно узнать путем познания самой материи на земле и ее различных процессов. Строение атома можно сравнить со строением нашей солнечной системы. Роль ядра играет солнце, а роль электронов играет 8 планет, из этого можно предположить существование макромиров и микромиров. Это доказывается тем, что вселенная бесконечна. Существует два способа существования материи. Сама материя и поле. Можно предположить, что человек – это воплощение самой материи и поля (биополеаура – душа). Инопланетяне сказали, что они знают 69 миллионов цивилизаций, самые наиболее высокоразвитые, в восьми измерениях. А мы, человечество, живем в трех измерениях. Масса, пространство и время: Земля из наиболее лучших планет, есть еще планета «Лорд», одна из наиболее лучших.

Вопрос-задание

Определите, какое из указанных расстройств мышления наиболее выражено в данном случае.

6.18. Люди сами не могут управлять собой и своим поведением. При рождении младенцев им приставлен двойник, только из потустороннего мира. Инопланетяне растят нас как животных, как зверей, ибо у нас есть зубы, звериные повадки, инстинкт самосохранения. Инопланетяне-двойники представляют собой прозрачное создание, которое можно пронзить рукой, но полностью копия того или иного человека. Они нас контролируют и отчитываются за нас высшему инопланетному разуму. Я сам отвечаю за себя, ибо я видел своего двойника в 1987 году. После Нового года. Мне разрешено, можно вести дневник, и все, что мною написано, тоже чистая правда. Моя душа и сознание много летало в пространстве в разных измерениях. И вот еще сообщение. Инопланетяне не хотят брать людей

к себе на корабль на всю планету в телесной физической оболочке. Но могут взять. Твое сознание и биополе, магнитное поле из девяти витков. И здесь, где я нахожусь, — это второй организм после Второй мировой войны перед фашизмом.

Вопрос-задание

Какое расстройство мышления представлено в данном клиническом примере?

6.19. Утром от моего тела, от моей оболочки отделился такой же «я», который после смерти будет жить в другом измерении. Так вот, из меня вышел по пояс другой человек, напротив был мой двойник, моя копия, и мы с ним обнимались несколько секунд, потом я по приказу опустился и лег в свою телесную оболочку. Второй случай был совсем недавно: выхожу я из телесной оболочки и хожу по комнате. В комнате никого не было, мне подкинули маленькие электронные часы, я взял их и ходил с ними, из часов улавливались длинные и короткие сигналы. Потом я не поверил сам себе и решил открыть один глаз и сразу же второй. Я вошел в меня, и я видел только приподнятую руку на высоте, когда моя телесная оболочка полностью лежала. Потом я, убедившись в этом, поверил, и уже лежал с закрытыми глазами.

Так вот, я по вашему приказу, инопланетян, опять вышел из своей оболочки, вы меня заставили одеться, я уже сидел одетый на своей койке, и вы же меня заставили бить себя по коленям ребром руки, т. е. кулаками, говоря мне: «Ну, что, убедился, что ты есть такой же второй». При всем этом я не дышал в другом измерении, а также не дышала моя оболочка, но душа и сознание перешло ко мне во второго человека, а сознание было связано с моим мозгом в телесной оболочке.

Вопрос-задание

Какое расстройство психической деятельности представлено в данном клиническом примере?

6.20. Душа — это энергоинформационное поле, это есть способность пространства накапливать информацию. Мозг человека есть мост между душой человека и телом, контролируется это при помощи нервной системы. Если человек накапливает положительные эмоции, то вокруг него создается положительное энергополе. При помощи

этого энергополя у человека создается хорошее настроение, благодаря этому человек может положительно влиять на других людей, т. е. передавать ту часть положительной энергии, которая, в конечном счете, поможет другому человеку. Надо накапливать больше положительных эмоций в этой жизни, даже если в этой жизни не будешь помнить эту жизнь, то какие-то положительные черты характера, накопленные в прошлом, проявятся в будущем.

Источником, отражением биоинформации на земле служит обыкновенная вода. Как известно, на земле большую часть земного шара занимает вода, значит, информация о людях идет в воду, а из воды – может быть, в открытый космос.

Вопрос-задание

Какое расстройство мышления представлено в данном клиническом случае?

6.21. На земле живут звери и люди. Плохо жить на земле только свиньям и бычкам, они живут по одному году. Всем другим зверям живется хорошо. Корову держат по 15 лет, потом убивают. Убивают потому, что она не может больше жить. Тоже самое касается и лошадей. Рыбы не боятся боли. Если бы рыбе было больно и она задыхалась на льду, то она бы металась и подпрыгивала на льду. Так что рыбе не больно, что ее ловят. И есть ли вообще у рыбы нервная система?

Что касается рака, он тоже не мучается. Если бы он мучался, то он метался бы, когда его варят. А так он лежит спокойно. Вирусы вообще не дышат, когда попадают в кровь человека. Они способны жить при высокой температуре, как и рак.

Вопрос-задание

Какое расстройство мышления представлено в данном клиническом примере?

6.22. Поскольку я считаю членом отдела безопасности коммунизма и пришла весенняя пора проявлять свои способности в нужных направлениях, требующих свободы передвижения, прошу, настаиваю и требую выписки меня из больницы, без пожелания о выписки. Если вы захотите убедиться в существовании отдела безопасности коммунизма, давайте немедленно отправимся поездом в Москву. Во время осенних поездок по нужному мне маршруту, в

том числе и в Москву, я увидел людей иностранного происхождения, весьма и весьма своеобразно обращающихся со мной, правда, в небольшом количестве. Отдел безопасности коммунизма и его идеалов создан Лениным в 1924 году.

Состояние мое не нуждается в воздействии средств психиатрии, диспансерный контроль можно оставить. Прочтите это обращение и поторопитесь отправить меня домой. В отделе безопасности коммунизма я не последний человек.

Вопрос-задание

Что в высказываниях больного указывает на наличие бреда отношения? Какой вид расстройства мышления?

Расстройства памяти

6.23. Больной, 23 лет, студент индустриально-педагогического техникума. Родители живут в г.п. Чашники. Во время летних каникул управлял мотоциклом «Ява», на скользкой дороге не справился с управлением и врезался в околodорожное дерево. В результате получил тяжелую черепно-мозговую травму, перелом правой нижней конечности в области бедра, перелом правой ключицы. Госпитализирован в травматологическое отделение г. Новолукomla. В связи с неадекватным поведением в хирургическом стационаре был вызван на консультацию психиатр из Витебска. Во время осмотра отмечено: больной в эйфорическом состоянии, дезориентирован в месте, времени, ориентирован в собственной личности. Заявляет, что с ним ничего не случилось, что чувствует себя хорошо, не помнит, как совершил ДТП, собирается идти на следующий день на занятия в техникум. Больной не помнит о событиях, предшествовавших ДТП.

Вопросы-задания

- 1. Какие виды психических расстройств в первую очередь наблюдаются у данного больного?*
- 2. Если пациент страдает амнестическими расстройствами, то какой вид амнезии, ретро- или антероградный, наблюдается у него?*
- 3. Какой прогноз данного заболевания?*

6.24. Пациент, 75 лет, госпитализирован в психиатрический стационар родственниками в связи с тем, что он не в состоянии находиться дома, нуждается в постоянном

наблюдении. Собирает по квартире различные вещи, сносит в одну кучу, постоянно перестилает кровать, стремится на улицу. Считает, что ему 18 лет и он участвует в военных действиях с врагами, которые якобы его окружают. Несмотря на то что сейчас летнее время, заявляет, что на улице зима. Уговорам и убеждениям не поддается. Говорит, что хорошо знаком с маршалом Жуковым, воевал вместе с Рокоссовским, награжден многими правительственными наградами.

Вопросы-задания

- 1. Какие расстройства можно предполагать в данном случае?*
- 2. Как расценить (классифицировать) у больного ложные вымыслы о событиях, которые не происходили в жизни больного?*
- 3. Почему события молодых лет вспоминаются больным правильно?*

6.25. Пациент, 40 лет, склонен к злоупотреблению алкоголем. Последнее время появилась бессонница. Во время бессонных ночей читал литературу, журнальные и газетные статьи мистического содержания с описанием потусторонних сил, принимал транквилизаторы, после чего на некоторое время «забывался». Однажды заявил родственникам, что якобы видел ночью сон о том, что он посетил «подземелье», где встретился с двумя великими силами, исходящими от дьявола, которые находятся по левую сторону, и бога, который находится справа. Участвовал с ними в разговоре, они приглашали его на повторное посещение. Несмотря на разубеждение родственников, утверждает, что подобные события с ним происходили.

Вопросы-задания

- 1. У данного больного развилось своеобразное восприятие окружающей действительности, связанное с тем, что события, виденные во сне, приняты им за действительность. Как назвать данное расстройство?*
- 2. При каких состояниях оно развивается?*

6.26. Пациент М., 35 лет, страдает эпилепсией, периодически около 2 раз в месяц проявляются большие судорожные припадки, иногда возникают малые пароксизмы. Во время чтения текста больной вдруг замирает, журнал

или газета выпадают из рук, спустя несколько секунд пациент снова берет в руки газету и читает. Что с ним было, не помнит. Однако, по рассказу очевидцев, объясняет это как результат приступа эпилепсии.

Вопросы-задания

- 1. С чем связано данное расстройство и как оно называется?*
- 2. Влияют ли подобные нарушения на болезненное изменение личности пациента?*

6.27. Пациент Р., страдает хроническим алкоголизмом более 10 лет, неоднократно лечился стационарно, выписывался с улучшением.

Последнее время ремиссии становились все короче, употреблял кроме водки и вина также самогон, одеколон. Синдром отмены протекает тяжело. Очередной раз доставлен в стационар в связи с неадекватным поведением дома.

При осмотре: отмечают параличи верхних и нижних конечностей, не может запомнить текущие события. Не знает, кто лечащий врач и где находится. Не может сказать, завтракал ли, принимал ли какие-то лекарства. События прошлых лет вспоминает правильно.

Вопросы-задания

- 1. Какие виды расстройств наблюдаются у данного пациента?*
- 2. Как называется нарушение памяти у больного?*
- 3. Какие виды терапии наиболее показаны?*
- 4. Каков прогноз в отношении жизни, трудоспособности, выздоровления?*

6.28. Пациент, 42 лет, страдает эпилепсией с редкими припадками, регулярно принимает противоэпилептические препараты. Обычно заболевание обостряется зимой и осенью. Работает грузчиком в продовольственном магазине. Однажды утром пациент вышел из дома и, как обычно, сел в трамвай № 3. Поддерживал беседу с пассажирами. Где-то около 9 часов утра поступил звонок в областной ПНД о том, что в запретной зоне военного аэродрома обнаружен человек, во время беседы с которым возникли сомнения в его психической полноценности. Был доставлен для осмотра к врачу-психиатру.

Во время осмотра заявил, что помнит, как готовился на работу, вышел из дома, сел в трамвай. Что было дальше,

не помнит. Очнулся в машине среди незнакомых людей в военной форме. Начал спрашивать, куда его везут и зачем. При беседе пациент не помнит, как вышел из трамвая, зашел на аэродром, ходил между самолетами, где был задержан часовыми.

Вопросы-задания

- 1. О каком виде расстройства сознания можно думать в данном случае?*
- 2. Какова длительность амнестических расстройств при данной патологии?*
- 3. Какие особенности поведения больного в этом случае?*
- 4. Чем заканчиваются подобные проявления?*

6.29. Женщина, 53 лет, работает в колхозе дояркой. Получила извещение по почте о том, что сын погиб в Афганистане при выполнении интернационального долга. Не плакала, не рыдала. Стала замкнутой, не вышла на работу. На вопросы соседей: «Что случилось?», ответила, что ничего особенного, ждет из армии сына. Начала готовиться к его встрече, заявила, что он получил награды за хорошую службу, привезет ей подарки. Рассказывала об этом всем соседям.

Вопросы-задания

- 1. Какой вид нарушения памяти в данном случае можно предполагать?*
- 2. Как долго длится данное расстройство?*
- 3. Какие методы лечебного воздействия наиболее показаны в данном случае?*

6.30. Пациент Н., 50 лет, страдает хроническим алкоголизмом около 12 лет. Последнее время обнаруживает признаки синдрома отмены, нарушения со стороны паренхиматозных органов, жалуется на потерю памяти. Говорит, что при приеме более чем 0,5 л водки события, происходящие в период опьянения, помнит фрагментарно, «лоскутами», домой приходит «на автопилоте». Как ложится спать — не помнит. На следующий день после протрезвления испытывает тягостные, мучительные ощущения, с трудом по рассказам «собутыльников» и родственников восстанавливает в памяти лишь отдельные события. Переживает о случившемся, однако относится к этому с недостаточной критикой, заявляя с юмором, что данные явления наблюдаются уже в течение 2 лет.

Вопросы-задания

- 1. Как называется данный вид расстройства памяти у больного алкоголизмом?*
- 2. Можно ли устранить данные нарушения?*
- 3. Излечима ли алкогольная зависимость у данного пациента?*

Нарушения двигательного-волевой сферы

6.31. Больной, 42 лет, длительное время находился под наблюдением врачебного персонала в связи с неадекватными действиями пациента. Подолгу застывает в однообразных позах, стоит около кровати и репродуктора по стойке «смирно», приложив правую ладонь к виску. Может подолгу находиться в постели с бессмысленной, застывшей улыбкой, вытянув губы вперед и укрывшись с головой одеялом, при этом видны только губы и нос.

Мышечный тонус повышен, но больному можно придать любое положение, в котором он находится несколько часов подряд. Не реагирует на события, происходящие в палате. Пищу самостоятельно не принимает, иногда приходится кормить больного искусственно, вводя пищу в желудок через зонд. При осмотре указания врача не выполняет, но и активного сопротивления не оказывает. После длительных терапевтических мероприятий состояние улучшилось. Больной поддерживает контакт с врачами, вспоминает некоторые подробности своего болезненного состояния, разговоры больных в палате, направленные в его адрес.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы описаны?*
- 2. К расстройствам какой сферы психической деятельности они относятся?*
- 3. Какой синдром приведен в задаче?*

6.32. Больной, 28 лет, был доставлен в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением дома. Часами неподвижно сидел или лежал в застывшей позе с закрытыми глазами. В отделении состояние больного прежнее, но иногда вскакивал, хватал больных за руки, делал физические упражнения, громко кричал, пел. Временами выходил из палаты, устремив взгляд в дальнее пространство, шел по коридору, обходя «невидимые пре-

пятствия», совершал движения, напоминающие соби-
рание цветов, «нюхал» их. Затем кому-то протягивая мни-
мый букет, смеялся, «брал» кого-то под руку и медленно
шел по отделению, размахивая руками.

После терапевтических мероприятий стал отвечать на
вопросы, был растерян, осматривался по сторонам, спра-
шивал, как он попал в отделение больницы. Был пол-
ностью уверен, что находится в фантастически красивом
месте, где росли цветы и диковинные растения. Типичная
структура психических расстройств у пациента наблюда-
лась около 5 лет тому назад.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы описаны?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятель-
ности они указывают?*
- 3. Какой клинический синдром приведен в задаче?*

6.33. Больная, 40 лет, поступила в стационар в состоя-
нии сильного психомоторного возбуждения. Не удержива-
лась на месте, непрерывно выкрикивала бессмысленные
фразы. Движения больной носили нецеленаправленный
характер: то хватала за руки больных, тут же ложилась в
постель, вскакивала, затем снова ложилась, крутилась в
постели, сбрасывая с себя белье, обнажалась, била себя по
голове, груди, ниже живота, рвала постельное белье. На
вопросы не отвечала или повторяла вопрос врача. Выра-
жение лица было злобное, застывшее, странное. После ку-
пирования острого психомоторного возбуждения болез-
ненное состояние сохранилось. Больная бесцельно пере-
двигалась с одного конца коридора в другой, выкрикивая
при встрече с врачом: «Выпишите меня, выпишите» и, не
обращая внимания на то, что ответит врач, бежала даль-
ше. Подобное обострение – шестое с начала заболевания в
25-летнем возрасте.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы описаны?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятель-
ности они указывают?*

6.34. Больной Д., 75 лет, психически заболел в 16-лет-
нем возрасте, когда появились симптомы отсутствия инте-
реса к окружающему. Временами подолгу застывал в од-
нообразных позах или стоял около кровати, переступая с

одной ноги на другую, нецензурно выражался, выкрикивал слова и отдельные бессвязные фразы, не относящиеся к происходящему вокруг. Последние несколько месяцев его состояние практически не меняется. Длительное время лежит в постели, приподняв голову над подушкой. Взгляд фиксирован в одну точку, выражение лица застывшее, изо рта вытекает слюна. При попытке вступить в контакт больной отворачивает голову в противоположную сторону. Не позволяет изменить позу, опустить его голову на подушку. При кормлении отказывается от приема пищи, отворачивается, сжимает зубы, плюется. Когда же медперсонал убирает тарелку с едой, вырывает ее и начинает набивать рот пищей. При осмотре оказывает активное сопротивление, не выполняя инструкций медперсонала. Неопрятен, испражняется в постель.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы описаны?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какой синдром приведен в задаче?*

6.35. Больной К., 20 лет, находится в психиатрическом отделении в связи с постоянными повторяющимися действиями. На протяжении длительного времени, монотонно раскачиваясь, обеими руками вырывает на боковых поверхностях головы волосы. На голове сохранена узкая полоска волос по сагиттальной линии от лба до затылка. При попытке заговорить повторяет вопросы врача, отдельные выражения, услышанные в палате от медперсонала. Кроме того, копирует движения больных, их выражение лица. Врач хлопает в ладоши – больной делает то же, врач поднимает руку – больной тоже.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы описаны?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какой синдром приведен в задаче?*

6.36. Больной Г., 19 лет, длительное время лежит в кровати. Совершенно неподвижен, колени приведены к животу. Поза эмбриональная. Лицо апатичное, сонное, изо рта выделяется слюна. Больного можно поднять с постели, поднять руки на разный уровень, согнуть в полупо-

клоне. В таком состоянии больной мог находиться длительное время. В разговор не вступает, молчит, на вопросы не отвечает. Длительное время задерживает мочу и кал. Еду принимает только после проведенного растормаживания.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы описаны?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какой синдром приведен в задаче?*

6.37. Больной, 45 лет, находится в доме-интернате длительное время. Является инвалидом I группы. Одежду на себе не держит, ходит в одной рубашке. Периодически возбуждаясь, выкрикивает фразы, без умолку говорит, в свою речь включает бессмысленные не связанные между собой слова и фразы, услышанные от окружающих больных и медперсонала. В палате в определенном месте ходит от стены до стены, в течение многих лет «протоптал» дорожку на деревянном полу. Интересы больного ограничены удовлетворением физиологических потребностей.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы описаны?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какой синдром приведен в задаче?*

6.38. Больная, 21 год, психическим заболеванием страдает около 5 лет. Начало проявилось в виде психомоторного возбуждения: ругалась, дралась, ломала вещи, рвала белье. Периодически застывала в однообразных позах, не разговаривала, не выполняла инструкции, совершала противоположные действия. Поступила в отделение через короткий промежуток времени. Настоящее поступление – третье в этом году. Причиной поступления послужили агрессивные действия по отношению к соседке по дому. Во дворе дома, где живет больная, она внезапно набросилась на женщину из соседнего подъезда, пыталась ее душить. Объяснить свое поведение не может, повторяя одну и ту же фразу: «Что произошло, то произошло». Не отходит от своей постели, постоянно двигаясь вдоль нее то в одну, то в другую сторону. Внезапно, прерывая свое движение, бежит из палаты по коридору, дергает ручку закрытой двери, стучит в нее ногами, выкрикивая услышанные в этот момент обрывки фраз в отделении, и тотчас возвращается в палату.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы описаны?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какой синдром приведен в задаче при последнем поступлении больной?*

Расстройства эмоциональной сферы

6.39. Больная, 54 лет, домохозяйка. Имеет двоих взрослых детей. Муж пенсионер. Последние месяцы начала чувствовать приливы («ощущение жара»), раздражительность, плаксивость. Менструации нерегулярные. Появилось ощущение, что вся ее жизнь прошла неправильно, прожила ее плохо, плохо воспитала детей, была невнимательна к мужу, плохо работала, появилась тревога «надвигающейся грозы». Чувствует, что-то должно «страшное» случиться с ней и ее семьей. Плачет, причитает, просит помощи.

Вопросы-задания

- 1. Какие симптомы эмоциональных расстройств описаны в данном случае?*
- 2. Какой ведущий синдром можно предположить у пациентки?*
- 3. Какой вариант заболевания можно предположить у данной больной?*
- 4. Каков прогноз заболевания?*
- 5. Возможно ли выздоровление данной больной, каков исход заболевания?*

6.40. Больная, 27 лет, с детства страдает эпилепсией с большими судорожными припадками. По характеру злопамятна, скрытна, мстительна. Мышление вязкое, тягучее, многократно возвращается к мелким отдельным деталям в процессе разговора. В целом обнаруживает признаки концентрического слабодушия.

Однажды, находясь на стационарном лечении, больная без всякого повода и причины вдруг возбудилась, стала злобной, агрессивной, неприязненно относилась к медицинскому персоналу и окружающим. После инъекции 4 мл 2,5% раствора аминазина уснула. На следующий день, проснувшись, жаловалась на головную боль, с трудом могла объяснить произошедшее с ней накануне. Со

слов родственников уточнено, что подобные вспышки гнева наблюдались у нее раньше и в домашней обстановке.

Вопросы-задания

- 1. Какой вид расстройства настроения наблюдается у данной больной?*
- 2. Как длительно протекают указанные нарушения?*

6.41. Больной, 78 лет, находится на лечении и наблюдении у терапевта. Состоит на диспансерном учете по поводу гипертонической болезни. Периодически принимает ноотропы, гипотензивные средства, сердечные препараты. В течение нескольких лет отмечается неустойчивость настроения. При просмотре кинофильма по телевидению на первый взгляд незначительное трагическое событие вызывает у него слезливость и даже плач. Рассказы соседей о смерти своих родственников также сопровождаются плачем. Воспоминание о погибших товарищах в Отечественную войну также вызывает повышенную слезливость. Отмеченные расстройства настроения быстро проходят при перемене темы разговора с негативной на более радостную, быстро оживляется, появляется юмор в речи, смех и все прошлое как бы забывается.

Вопросы-задания

- 1. Какой вид эмоционального расстройства мы имеем в данном случае?*
- 2. При каких заболеваниях встречается данное расстройство?*

6.42. Больной К., 35 лет, обратился к психотерапевту с жалобами на ноющие боли в области сердца.

Из анамнеза: родился вторым ребенком в семье, рос и развивался нормально, с детства занимался спортом. Окончил пединститут, ничем серьезным не болел. Состояние ухудшилось после смерти жены, появились тупые, давящие боли в области сердца, ухудшился сон, стало трудно работать. Обследовался амбулаторно и стационарно – патологии не выявлено, принимал сосудорасширяющие препараты – без эффекта. Через 9 месяцев после начала заболевания обратился к психотерапевту.

Психический статус: доступен контакту. Внешне подтянут. Фиксирован на своем состоянии, жалуется на боли в сердце – «что-то давит, жжет в груди», просит помочь. Отмечает, что особенно плохо по утрам, во второй половине

дня становится легче. Фон настроения снижен, память не нарушена. Бреда, галлюцинаций не обнаруживает. После назначения амитриптилина состояние улучшилось на 7-й день.

Вопросы-задания

- 1. Каков ведущий синдром и в чем его особенность?*
- 2. Какова примерно длительность данного заболевания, его исход?*

6.43. Больная Н., 40 лет, поступила в психиатрический стационар после незавершенного суицида (пыталась повеситься).

Из анамнеза: родилась первым ребенком в семье, росла и развивалась нормально. С 17 лет стала замечать беспричинные колебания настроения: «то петь хочется, то свет не мил». В 20 лет была впервые госпитализирована в психиатрическую больницу в тяжелом депрессивном состоянии. После этого неоднократно лечилась в психиатрическом стационаре.

Психический статус: сидит в однообразной позе. Выражение лица печальное, говорит тихим голосом, движения замедленные. Говорит, что она «никчемная женщина, что виновата во всех грехах», что она недостойна находиться в больнице. Ночью не спит, от еды отказывается.

Вопросы-задания

- 1. Каков ведущий синдром в данном случае?*
- 2. Определите диагноз.*

6.44. Больной С., 50 лет, доставлен в психиатрический стационар с жалобами на повышенную активность, разговорчивость, раздает прохожим деньги, приглашает всех в ресторан, уже две ночи не спит.

Из анамнеза: рос и развивался нормально. Мать лечилась в психиатрической больнице, покончила жизнь самоубийством. Впервые был госпитализирован в больницу в 30 лет в тяжелом депрессивном состоянии. Потом неоднократно лечился в психиатрической больнице. Как правило, депрессивная фаза заканчивалась спонтанной ремиссией с последующим возникновением маниакального состояния.

Психический статус: контакту доступен с трудом, крайне отвлекаем. Собеседника не слушает, громко разговаривает, смеется. Заявляет, что он очень известный пси-

хиатр, что может вылечить всех от всех болезней. Декламирует стихи. Обманов восприятия не обнаруживает.

Вопросы-задания

1. Каков ведущий синдром?

2. Каким заболеванием по МКБ-10 страдает больной?

6.45. Больная Н., 22 лет, обратилась к психиатру с жалобами на пониженное настроение, бессонницу, сердцебиение, потливость. Состояние ухудшилось после смерти матери.

Психический статус: контакту доступна, на все вопросы отвечает по существу. Выражение лица печальное. Фиксирована на психотравмирующей ситуации. Винит себя в смерти матери. Говорит: «Без мамы я не могу жить». Эмоционально лабильна. Жалуется, что не спит, а если уснет, то во сне видит мать. Бреда, галлюцинаций не обнаруживает.

Вопросы-задания

1. Каков ведущий синдром?

2. Какую причину можно предположить в возникновении данного состояния?

6.46. Больная С., 60 лет, поступила в психиатрический стационар в состоянии возбуждения.

Из анамнеза: росла и развивалась нормально. Окончила 10 классов и педагогический институт, работала учительницей в школе, 5 лет на пенсии. Со слов дочери, последние 6 месяцев преобладало плохое настроение. Состояние ухудшилось неделю назад. Стала возбужденной, плохо спала.

Психический статус: контакту практически не доступна. При обращении к ней врача замолкает, заламывает руки, повторяет: «Я грешница, мне гореть в аду». Обманов восприятия не обнаруживает.

Вопросы-задания

1. Каков ведущий синдром?

2. Для каких заболеваний характерен данный синдром?

6.47. Испытуемая, 50 лет, машинистка, всегда была нервной и раздражительной. За последние 4 года перенесла много семейных неурядиц: умерла дочь 14 лет, сын 22 лет попал в автомобильную катастрофу. Муж страдает алкоголизмом, неоднократно лечился в психиатрическом стационаре. После выписки ремиссии длились несколько

дней. Однажды, придя домой, обнаружила мужа как всегда в пьяном состоянии. Увидев жену, он потребовал у нее деньги «на 15 капель». Она отказала. После этого муж возбудился, схватил табуретку, замахнулся. Жена в ответ ударила мужа в живот, после этого наносила ножом удары по предметам на кухне, затем легла и уснула. Муж сам вызвал скорую помощь. После приезда врачи обнаружили супругу спящей на полу, на вопросы отвечала невпопад. Спустя некоторое время на расспросы соседей о случившемся отвечала, что ничего не помнит. Сказала лишь, что крайне расстроена. Видела, что держала в руке нож, что было дальше – не помнит. Узнав о случившемся, искренне переживала, плакала, просила оказать мужу помощь.

Вопросы-задания

- 1. Какое психическое состояние можно квалифицировать у данной больной? Каковы его особенности?*
- 2. Как долго длится подобное расстройство?*
- 3. Какова судебно-психиатрическая оценка?*

6.48. Больной К., 45 лет, впервые заболел психически около 10 лет назад, когда после небольшой психотравмирующей ситуации у больного внезапно изменилось настроение, стал разговорчивым, веселым, активным. Появилось обострение памяти. Начал декламировать стихи, которые изучал в школьные годы. Пел песни юношеских лет. Считал себя человеком с выдающимися способностями. Являясь по профессии слесарем, заявил, что может работать руководителем крупного деревообрабатывающего комбината, может сочинять стихи, быть писателем.

Вопросы-задания

- 1. Какой ведущий синдром наблюдается у данного пациента?*
- 2. Каковы симптомы данного заболевания?*
- 3. Каков прогноз заболевания в отношении жизни, трудоспособности, выздоровления?*

6.49. Больной, 38 лет, по специальности тракторист, доставлен в клинику в связи с неадекватным состоянием, развившимся несколько дней назад. В речевой контакт не вступает, лежит на кровати, обездвижен, фон настроения повышен, постоянно улыбается. Подобное расстройство наблюдается уже в третий раз. Как правило, заболевание заканчивается практически выздоровлением.

Вопросы-задания

- 1. Какова особенность данного расстройства у больного?*
- 2. К какому атипичному варианту аффективного расстройства можно отнести данный приступ?*
- 3. Каков тип течения в данном случае?*
- 4. Страдают ли интеллектуальные способности у данного больного?*
- 5. Каков прогноз в отношении профессии, работоспособности?*

6.50. Больная, 42 лет, атлетического телосложения, находится в отделении повторно в течение 2 недель. Принимает нейрорепитивные препараты. Во время беседы маниакальна, активна, говорлива, легко возбуждается при несогласии с ее мнением, аффектируется, ругается нецензурными словами, угрожает персоналу физической расправой.

Вопросы-задания

- 1. Определите вид расстройства у больной. Каковы его особенности?*
- 2. В чем атипичность проявления клинической картины?*
- 3. Каков прогноз заболевания?*
- 4. Какие методы терапии наиболее показаны в данном случае?*

6.51. Больная, 40 лет, заболела повторно с появлением выраженного снижения настроения, обездвиженности, угнетенности интеллектуальных функций. Ранее лечилась неоднократно в стационаре антидепрессантами, выписывалась с улучшением состояния, возвращалась к прежней работе педагога.

Вопросы-задания

- 1. К какому синдрому относится описанная симптоматика?*
- 2. Какие основные симптомы данного синдрома можно выделить в данном случае?*
- 3. Каков прогноз заболевания?*

6.52. Больной в стационаре лечился около месяца, выставлен диагноз: аффективное расстройство, депрессивная фаза, принимал лечение мелипрамином, но безуспешно. Был переведен на лечение амитриптилином в сочетании с ноотропилом, подкожным введением кислорода, физиолечением. Состояние больного начало постепенно

улучшаться. Больной был выписан на амбулаторное лечение с рекомендацией поддерживающей терапии. Однако в связи с отсутствием препарата в аптеках был вынужден сократить прием указанных лекарств. Состояние больного ухудшилось. Появилось угнетенное состояние, нежелание выполнять обыденную работу, отказывался от общения с людьми. Был снова госпитализирован в стационар. Установлен диагноз: аффективное расстройство, депрессивная фаза.

Вопросы-задания

- 1. Каковы особенности течения депрессии у данного больного?*
- 2. Как называется данный тип депрессии?*
- 3. Что необходимо для предотвращения этих состояний?*

6.53. Больной, 38 лет, по специальности инженер, окончил технологический университет. Несколько лет назад после злоупотребления алкоголем почувствовал боли в области сердца, посчитал, что «сердце остановилось», появилось «омирание» в конечностях, сердцебиение. Обращался к терапевтам, кардиологам, инструментальные исследования не установили какой-либо патологии. Принимаемые сердечные средства эффекта не давали, был направлен на консультацию к психотерапевту, который после тщательного обследования больного предположил наличие у него психического расстройства и связанные с ним симптомы со стороны сердца. Назначил лечение амитриптилином до 75 мг в сутки, ноотропил, гальванический воротник с бромом на воротниковую зону. После 2 недель лечения состояние улучшилось, исчезли боли в области сердца, тахикардия, появился интерес к жизни. Больной возвратился к прежней работе.

Вопросы-задания

- 1. Каковы особенности данного вида расстройства у больного?*
- 2. В чем причина безуспешности лечения у терапевта и кардиолога, у других специалистов?*
- 3. Почему назначение антидепрессантов способствовало наступлению глубокой ремиссии?*

6.54. Испытуемая, 40 лет, госпитализирована для стационарной судебно-психиатрической экспертизы. Из материалов дела и анамнеза известно, что дома после распития небольшого количества алкоголя возникла семейная

ссора. Испытуемая начала предъявлять претензии к мужу в его супружеской неверности, на что муж ответил, что он может делать все, что считает нужным, так как они официально разведены и проживают в квартире вместе временно. В то время в квартиру вошла женщина, к которой жена ревновала мужа, и заявила, что хотела бы поговорить с ним наедине. Они зашли на кухню и, по словам испытуемой, «начали шептаться», слышался звон стаканов и посуды. Испытуемая сквозь дверь подслушала, как пришедшая женщина оскорбляла ее, наговаривала мужу различные «небылицы». Испытуемая ворвалась на кухню, схватила кухонный нож и ударила им пришедшую женщину, мужа, порезала мебель. Всего было нанесено 33 удара ножом. После этого ушла в соседнюю комнату и уснула. При беседе с испытуемой установлено, что она проживала последнее время в длительной психотравмирующей ситуации. Помнит, как бежала на кухню, блеснул нож, больше ничего не помнит. Проснулась, когда приехала скорая помощь и милиция. Переживает о содеянном, считает, что не следовало так поступать. Совершение агрессивных действий объясняет возникшей ненавистью к пришедшей женщине и к мужу.

Вопросы-задания

- 1. К какой группе аффективных нарушений следует отнести данный случай?*
- 2. Какова стадийность данного расстройства?*
- 3. Как решается вопрос о вменяемости в данном случае?*

6.55. Больной, 70 лет, страдает многими соматическими заболеваниями. В прошлом персональный пенсионер, живет воспоминаниями о своей молодости. Охотно рассказывает о партизанской борьбе против фашистов. Последние годы начала ухудшаться память на имена, текущие события, в то время как профессиональные навыки сохранены хорошо. Работал учителем математики, прекрасно знает материал по программе средней школы. Родственники стали отмечать особенности в эмоциональной сфере, проявляющиеся в следующем: при просмотре кинофильмов с трагическим сюжетом – плачет, при воспоминании о гибели своих товарищей по оружию также наблюдается слезливость. Чтение газетной статьи, рассказывающей о хулиганстве подростков, вызывает слезливость и, бук-

важно через минуту, радостные слова вызывают у него смех, благодушие, умиление.

Вопросы-задания

- 1. Как назвать данное состояние?*
- 2. При каких состояниях оно развивается?*
- 3. Чем можно лечить подобное расстройство?*
- 4. Каков исход данного расстройства?*

Интеллектуально-мнестические расстройства

6.56. Мужчина, 20 лет, находится в доме инвалидов для психохроников на протяжении нескольких лет. Внешне – диспластичен. Время проводит в стереотипном раскачивании из стороны в сторону. Продуктивному контакту недоступен. При настойчивом обращении произносит нечленораздельные звуки, при раздражении начинает кричать. Одежду не носит. Попытка одеть привела к тому, что через несколько часов все разорвал на мелкие кусочки. Самостоятельно не может принимать пищу, часто тянет в рот все, что попадает под руку, даже несъедобные предметы, в связи с чем год назад была проведена резекция желудка. На приезд отца, матери проявляет тупое равнодушие. Проковырял в полу ногтем дырку. Неопрятен. Акты мочеиспускания и дефекации производит под себя. Подвержен частым соматическим заболеваниям.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.57. Больной, 37 лет, поступил в психиатрическую больницу в связи с агрессивным поведением на фоне плохого настроения. В беседе выявляет конкретно-ситуационный тип мышления, темп речи замедлен, недостаток слов компенсирует жестами, мимикой. Стереотипно возвращается к тем же оборотам речи, словам, употребляет уменьшительные слова. Круг интересов сведен к своей болезни, деталям лечения, отношению к нему персонала, больных. Забывая название предметов и их применение в жизни, долго помнит и мстительно хранит воспоминания

о полученной обиде, стремится отомстить обидчику, в связи с чем является зачинщиком конфликтных сцен в отделении. Эмоции отличаются эксплозивностью, вязкостью, хотя иногда, особенно в отношении к врачу и медперсоналу, проявляются элементы чрезмерной угодливости, лестиности. К порученной несложной работе относится с чрезвычайным усердием, проявляя при этом волевою целеустремленность, особенно когда получает одобрение со стороны медперсонала.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройства какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.58. Больной, 58 лет, находится в геронтологическом отделении психиатрической больницы в связи с тем, что стал вялым и безучастным, не разбирался в окружающей обстановке.

Со слов близких, в последние полгода стал необычно забывчивым, рассеянным, не смог справиться с работой, перестал узнавать знакомых людей. В отделении стал беспокойным, суетливым, неадекватно смеялся, нарастали расстройства памяти на текущие и прошлые события, поражение двигательного и речедвигательного аппарата. Речь стала невнятна, возникли симптомы эхолалии, логоклонии, трудность в произношении слов. Несмотря на проведенное лечение, стал беспомощным, не понимал обращенную к нему речь, потерял дар речи. Только при возбуждении выкрикивает отдельные слоги. Разучился писать слова, ел несъедобные предметы. Реакция Вассермана отрицательна. Неврологически – слабость и ригидность конечностей, рентгенологически – интенсивные атрофические процессы в головном мозге.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройства какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.59. Больная, 57 лет, находится в доме инвалидов для психохроников на протяжении 3 лет. Заболевание началось около 5 лет назад. Климактерический период прошел спокойно. Больная без причины оставила работу, без критики отнеслась к родственникам, которые пытались ее уговорить не делать этого. Уходила из дома. Небрежно выполняла домашнюю работу, периодически вела себя как ребенок, на замечания не реагировала. Стала равнодушна к детям, родственникам, иногда не узнавала их. Пропал интерес к любимым занятиям – вязанию и вышивке. Отмечались афазические расстройства, стереотипные повторения одних и тех же фраз, действий, движений. Периодически испытывала физическую слабость. В последнее время не могла ходить и есть без помощи других. Речь стала маловыразительна, словарный запас обеднел. Ни в чем не проявляет инициативы, ничем не интересуется. В поведении благодушна, однообразна, настроение резко меняется. Текущие события не запоминает, функция обобщения отсутствует.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройства какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.60. Мужчина, 72 лет, доставлен в психиатрическую больницу в связи с бессонницей, сопровождающейся беспокойством с постоянными высказываниями о том, что их могут ограбить. Проверяет запоры на окнах, на дверях. Коррекции не поддается. По словам родственников, в последние 2–3 года изменился как личность, стал недоверчивым, подозрительным, эгоистичным, рассеянным, забывчивым. Постоянно говорит, что собирается жениться на 25-летней девушке, безрассудно тратит деньги на ненужные вещи. В отделении эмоционально неустойчив: то впадает в тоску, то становится безгранично веселым, что сопровождается резким двигательным беспокойством. Неряшливо одевается, неопрятен. В беседе выявляет неспособность разобраться в окружающем, дезориентирован в месте пребывания, не может назвать год своего рожде-

ния, имена жены и детей, число, год, месяц. В то же время помнит и хорошо рассказывает о детстве и юности, цитирует классиков.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройства какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.61. Ребенок, 10 лет, учащийся 2-го класса спецшколы. Беременность и роды у матери протекали с осложнениями. Первые слова стал произносить к 1,5 годам. Фразовая речь – к 4 годам. Рос физически ослабленным ребенком. В дошкольном периоде наблюдались признаки ослабления сообразительности. Понимал все конкретно. Испытывал трудность установления логической связи между отдельными явлениями. Не мог отличить главного от второстепенного, не удерживал в памяти приобретенных знаний. Учиться в обычной школе не смог, в связи с чем медико-педагогической комиссией был переведен в спецшколу. С программой спецшколы справлялся с трудом, оставлен во 2-м классе для повторного усвоения программы. Механически легко заучивает отрывки произведений, стихотворения, но мало понимает внутренний их смысл, также как и пословиц, поговорок. С трудом ориентируется в текущих в стране событиях, кругозор узок. Поведение носит подражательный характер, подчиняется случайным влияниям. Эмоционально неустойчив, реакции не всегда адекватны силе раздражителя.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройства какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.62. Подросток, 17 лет, находится в доме-интернате. Не проживал с родителями с 5-летнего возраста. Запас слов резко ограничен (до 300), отмечается плохая артикуляция, косноязычие. Знает в основном названия предме-

тов или слов повседневного обихода, мышление конкретное. Наряду с этим механическая память достаточно развита. Попытка обучения в спецшколе к положительному результату не привела. В интернате, где имеется подсобное хозяйство, помогает ухаживать за свиньями, однако пришлось в последнее время отстранить от подобного занятия в связи с возникшей сексуальной перверзией, не поддающейся коррекции, — скотоложством. По характеру угрюм, злобен, способен к агрессии, что не позволяет удерживаться в домашней обстановке. Легко поддается чужому влиянию.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройства какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

Расстройства сознания

6.63. Мужчина, 20 лет, был избит на улице хулиганами, получил черепно-мозговую травму. Доставлен в нейрохирургическое отделение на обследование. Не ориентировался в окружающей обстановке, не мог назвать свою фамилию, имя, отчество, не понимал смысла задаваемых вопросов. Лежа в постели, совершал однообразные движения руками, перебирая край одеяла, неловкими и незавершенными движениями пытался снять с себя рубашу. Периодически с выражением удивления и недоумения на лице вглядывался в окружающее, не осмысливая происходящее. Речь бессвязная, состоящая из отдельных фраз, слов или слогов: «Займи..., возьми меня..., по-по-по..., вперед...». Брал в руку пуговицу на рубаше, долго рассматривал ее, при этом на лице сохранялось выражение удивления, растерянности. Временами становился неподвижным, безучастным, лежал с закрытыми глазами с отрешенным видом. В течение недели проводилось лечение ноотропилом, витаминами, общеукрепляющими и дегидратирующими препаратами. Состояние стало улучшаться. Вспомнил свое имя, фамилию, отчество. Понял, что нахо-

дится в больнице, однако причину пребывания в больнице вспомнить не мог.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.64. Мужчина, 38 лет, художник по профессии, во время работы над пейзажем почувствовал присутствие «летающей тарелки», а затем увидел летательный аппарат больших размеров, серебристого цвета, который неподвижно висел над поляной. Услышал, как к нему мысленно обращаются инопланетяне и приглашают посетить их космический корабль. Произошло мгновенное перемещение его тела, и он оказался в корабле, который в «подпространстве» совершил полет на планету хозяев «летающей тарелки». Там он прожил несколько месяцев, встречался с жителями этой планеты, получал от них особые, ранее не известные на Земле знания о природе, технике, смысле жизни и другие откровения. Имели место встречи с давно забытыми друзьями, умершими родственниками, с которыми вспоминал события прошлой жизни, получил от них дар перевоплощения. Вспоминал, что в прошлом он прожил несколько жизней в различных телесных и духовных воплощениях, был монахом, полководцем, женщиной. Затем был вновь доставлен инопланетянами на прежнее место. Когда посмотрел на часы, то оказалось, что весь этот эпизод продолжался не более чем 1,5–2 ч. В памяти сохранилось почти все содержание пережитого.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.65. Мужчина, 38 лет, колхозник, после работы пришел домой и занялся домашним хозяйством. В какой-то момент времени взял топор с целью нарубить дров, однако

пошел не в сарай, а в дом, где находились жена и двое несовершеннолетних детей. Окружающую обстановку воспринимал как совершенно незнакомую, испытывал чувство надвигающейся опасности, был тревожно злобен. Во встретившейся в доме жене узнал своего давнего врага, с которым был в длительном конфликте, и молча, ни слова не говоря, стал наносить ей удары топором. Нанес множество рубленых ран на различных частях тела упавшей на пол жене, совершая при этом однообразные стереотипные движения. Затем вытащил по одному спрятавшихся под кровать детей и также автоматизированно, безотчетно порубил топором их тела на отдельные части. Такие действия совершил в течение 15–20 мин. Затем заснул тут же на полу, а проснувшись, увидел трупы жены и детей и не мог понять, что произошло. Побежал к соседям и рассказал им об увиденном, при этом был сильно расстроен, плакал, просил о помощи. Соседи вызвали милицию, которая по подозрению в убийстве задержала его. Когда в ходе следствия было установлено, что он убил родственников, никак не мог понять, почему это сделал.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.66. Мужчина, 49 лет, доставлен в психиатрическую больницу бригадой скорой психиатрической помощи в связи с остро возникшими расстройствами психической деятельности. Перестал ориентироваться в окружающей обстановке, текущем времени и собственной личности. Людей называл своими слугами, а себя Великим Повелителем, считал, что находится в гареме. За короткое время пребывания в отделении больницы вообще перестал реагировать на окружающую обстановку. Лежит в постели с закрытыми глазами, в однообразной позе, мышцы тела напряжены. Иногда выкрикивал приказания, насвистывал. Через два дня вышел из этого состояния и частично вспомнил и рассказал о болезненных переживаниях. Считал себя всемогущим повелителем восточного княжества, владыкой большого количества подданных, обладающим

огромными богатствами, замками и гаремами. Представлял себя находящимся на отдыхе на Гавайских островах, лежащим в шезлонге в окружении слуг, незамедлительно выполняющих любые его распоряжения. Мог летать по воздуху, изменять свою физическую оболочку, становиться прозрачно-голубым, призрачным.

Вопросы-задания

1. *Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
2. *На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
3. *Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.67. Женщина, 27 лет, работающая бухгалтером на предприятии, поступила на лечение в психиатрическую больницу в связи с периодически совершаемыми немотивированными поступками. Внезапно перестает ориентироваться в месте нахождения и в текущем времени, автоматически безотчетно совершает какие-либо действия. С окружающими разговаривает кратко, часто повторяет одни и те же слова, фразы, иногда говорит невпопад. Все, что происходит с ней в это время, что она делает и говорит, в последующем не помнит. Так, при написании годового отчета потеряла контроль за своими действиями. В отчете автоматически писала бессвязный набор цифр и предложений, смысл и содержание которых затем не могла понять. Однажды пришла в парикмахерскую и, имея длинные волосы, попросила сделать ей короткую прическу, затем не понимала, зачем это сделала. Сидя на производственном совещании, ничего не объясняя, молча поднялась с места и с отрешенным выражением лица медленно вышла из кабинета. Пришла домой, приготовила обед, разделась и легла спать, а, проснувшись, помнила лишь то, что пришла на совещание в кабинет директора.

Вопросы-задания

1. *Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
2. *На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
3. *Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.68. Девочка, 12 лет, во время зимних каникул после конфликта с родителями дважды в течение дня с целью самоубийства принимала какие-то таблетки из домашней аптечки. Вечером у нее развилось состояние двигательного возбуждения с тревогой и беспокойством. Не узнавала родителей, считала, что она находится в лесу, где собирает чернику, совершала движения, имитирующие собирание ягод. Чувствовала, что на руках у нее надеты черные перчатки, которые постоянно пыталась снять. Обеспокоенные ее поведением родители повезли девочку в психиатрическую больницу. Во время езды в автомобиле слышала гул летящих самолетов, видела на полу множество золотых сережек, которые пыталась собирать руками.

При поступлении в больницу отзывалась на свое имя и фамилию, однако не понимала, где она находится. Считала, что она у себя дома. Видела на полу разлитое варенье, как будто тряпкой вытирала пол. Вместо облицовочных плиток на стене видела ярко окрашенную бумагу. Подходила к стене и внимательно ее разглядывала. После внутривенного капельного введения дезинтоксикационного раствора с седуксеном постепенно успокоилась и заснула. Наутро после сна ничего не помнила, что происходило с ней, жаловалась на общую слабость и головную боль.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.69. Мужчина, 42 лет, находившийся в соматическом стационаре по поводу гипертонической болезни, почувствовал тревогу, ощутил надвигающуюся опасность. Увидел, что стены палаты начинают медленно сдвигаться, а потолок постепенно опускается вниз на него. Выбежав в коридор, обнаружил в полу отверстия, которые были сделаны преднамеренно, по его мнению, чтобы он упал в них. В окружающих людях видел врагов и преследователей, пытался убежать, спрятаться. В возбужденном состоянии был транспортирован в психиатрическую больницу. В это время стал считать, что его везут на расправу бандиты.

В больнице в связи с выраженным двигательным возбуждением был фиксирован в постели, что воспринял как действия банды. Видел пламя горящего костра, слышал треск горящих дров и шум воды. Считает, что его схватили и связали бандиты, привезли в горы, на берег реки, в огне нагревают орудия пыток с целью добиться у него выдачи крупной суммы денег и драгоценностей. Попытался освободиться от фиксирующей повязки, просил: «Помогите, развяжите меня, я все отдам, только не убивайте». После инъекции 2,5% раствора аминазина постепенно успокоился, заснул. Наутро ничего не помнил о случившемся, не понимал, каким образом оказался в психиатрической больнице.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.70. Мужчина, 42 лет, отправился в магазин за покупками. Однако, выйдя из дома, пошел не в магазин, а на автобусную остановку и сел в автобус, следовавший на железнодорожный вокзал. На вокзале купил билет до Москвы. Несколько часов провел на вокзале в молчаливом одиночестве, иногда невпопад отвечал на вопросы обращавшихся к нему людей. По прибытии поезда, объявленном по вокзальному радио, сел в вагон на указанное в билете место. Во время поездки был молчаливым, заторможенным, сидел с отрешенным видом. На обращения соседей по купе отвечал односложно, движения его были автоматизированными, стереотипными, резкими и напряженными. В течение всей ночи не спал, а утром по прибытии поезда в Москву вместе со всеми вышел из вагона и направился на вокзал. На вокзале начал постепенно понимать, что находится в незнакомом для него месте. А когда узнал от окружающих, что это Белорусский вокзал Москвы, никак не мог сообразить, почему здесь оказался. Из всех предшествующих событий помнил только то, что собирался из дома идти в магазин за продуктами.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

6.71. Мужчина, 58 лет, длительное время злоупотребляющий алкоголем, вечером увидел, как на улице напротив его дома остановились машины. Из них вышло много людей, которые начали строить сцену для съемки кинофильма. Сюжет снимаемого фильма был непристойным, порнографическим, с реалистическими картинками половых актов. Несколько человек из этой группы, решив пригласить и его принять участие в съемках, направились к его дому. Стремясь избежать этого, закрыл все двери на замок и спрятался, но было слышно, как они начали ломать двери и окна. Вооружившись топором, забрался на чердак и там увидел, как через крышу начинают проникать, как призраки, эти люди. Спрыгнув с чердака, бросился убежать. Был задержан милицией и доставлен в психиатрическую больницу. Находясь в приемном покое, считал, что это школа, где он работает. Видел на стенах и потолке какие-то уродливые фигуры людей, которые постепенно просачиваются в помещение, окружают его. Ощущал болезненные прикосновения к своему телу липких пальцев-щупалец, которые впиваются в кожу, отмахивался от них, отрывал от тела. Двигательно возбужден, испытывал чувство страха. В отделении больницы после внутривенного введения 8,0 мл 0,5% раствора реланиума постепенно успокоился, заснул. После сна ничего из пережитого не помнит.

Вопросы-задания

- 1. Какие психопатологические симптомы являются основными в данном описании?*
- 2. На расстройство какой сферы психической деятельности они указывают?*
- 3. Какие клинические особенности психического расстройства имеются в приведенной задаче?*

РАЗДЕЛ 3

ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Глава 7. ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения (от гр. *schizo* – расщепляю, раскалываю, *phren* — душа, ум, рассудок) – психическое заболевание, протекающее хронически в виде приступов или непрерывно и приводящее к характерным изменениям личности. Болезнь возникает у людей преимущественно молодого возраста, в 18—35 лет. Имеет большое социальное значение, поскольку ею болеет в основном работоспособная часть населения. Вот почему необходимы глубокое изучение патологических механизмов шизофрении, ее этиологии, а также разработка и создание соответствующих терапевтических мероприятий. Важную роль играет и создание больным шизофренией в состоянии ремиссии таких социальных и бытовых условий, которые бы способствовали наилучшей адаптации их к окружающей обстановке.

История изучения. Начало исследованию шизофрении было положено работами немецких психиатров Кальбаума и Геккера в 70-х годах XIX столетия. Описанные ими заболевания Кальбаум назвал кататония (от гр. *kata* – вдоль, *tonos* – напряжение), а Геккер – гебефрения (от гр. *heberphrenia* – юношеская душа). Клиническая картина этих заболеваний характерна соответственно для кататонической и гебефренической форм шизофрении.

В.Х. Кандинский в 1887 г. описал заболевание под названием идеофрения, а С.С. Корсаков в 1891 г. – под названием дизнойя. Уже в то время в клинической картине больных они отмечали симптомы, которые в настоящее время можно отнести к главным признакам шизофрении: бессвязность речи, эмоциональные и волевые нарушения личности.

В 1896 г. немецкий психиатр Крепелин описал группу психических болезней под названием раннее слабоумие (лат. *dementia praecox*). К этой группе он отнес наиболее злокачественные формы психических заболеваний.



В.Х. Кандинский (1849–1899)



С.С. Корсаков (1854–1900)

По мнению Крепелина, для раннего слабоумия характерно, что оно начинается в юношеском возрасте и сопровождается быстрым развитием глубокого дефекта личности (о чем и говорит само название), а также органическими изменениями в головном мозге. Термином, предложенным Крепелином, широко пользовались многие психиатры до тех пор, пока в 1911 г. швейцарский психиатр Е. Блейлер не описал группу психозов под названием шизофрении. В отличие от Крепелина он считал, что шизофрении не обязательно возникают в молодые годы; они могут развиваться и в зрелом возрасте. Он также считал, что при шизофрении могут наблюдаться стойкие улучшения психического состояния больных. Для этих болезней, по мнению Е. Блейлера, не характерны органические изменения головного мозга и развитие слабоумия. Если Крепелин чрезвычайно сузил рамки шизофрении, описав лишь наиболее яркие, злокачественные, «ядерные» ее формы, то Блейлер, наоборот, чрезмерно расширил границы шизофренического процесса, поскольку включил в него такие болезненные состояния, как предстарческий бред ущерба, хронический алкогольный галлюциноз, атипичные формы маниакально-депрессивного психоза и даже ряд невротических синдромов.

Необходимо отметить, что среди психиатров различных стран до сих пор существует множество взглядов на шизофренический процесс, начиная от строгого следования

крепелиновской точке зрения и до полного отрицания сущности этого патологического процесса. Следует также отметить, что работы Крепелина положили начало изучению нозологии психозов, а название этого заболевания, предложенное Е. Блейлером, сохранилось до настоящего времени.

Симптоматика. Клинические проявления психозов весьма разнообразны. При этом заболевании могут наблюдаться почти все существующие психопатологические симптомы и синдромы. Но как бы ни была сложна и полиморфна симптоматика психозов, в ее клинической картине можно выделить типичные признаки.

Главными симптомами психозов являются: расщепление психической деятельности, эмоционально-волевое оскудение личности, прогрессивность течения.

Расщепление психической деятельности, по Е. Блейлеру, является основным признаком данного заболевания. У больных постепенно развивается утрата контакта с реальной действительностью. Появляется отгороженность от внешнего мира, уход в себя, в мир собственных болезненных переживаний. Это состояние носит название *аутизма*. Аутизм проявляется в виде склонности к уединению, замкнутости, недоступности контакту. Мышление больного при этом основывается на извращенном отражении в сознании окружающей действительности.

По мере течения процесса больной утрачивает единство психической деятельности. Наступает ее внутренняя разлаженность. Ярким примером может служить глубокая разорванность мышления в виде «словесной крошки», *шизофазии*. Признаки расщепления психических функций, неадекватности эмоциональных реакций при длительном течении заболевания преобразуются в стойкое эмоциональное опустошение, эмоциональную тупость, безволие.

Характерно также *символическое мышление* (символика), когда больной отдельные предметы, явления объясняет по-своему, в только для него значимом смысле. Например, буква «в» в кавычках означает для него весь мир; рисунок в виде кольца с головой человека он воспринимает как символ своей безопасности; косточку от вишни рассценивает как свое одиночество; непогашенный окурок — как догорающую жизнь.

В связи с нарушением внутреннего (дифференцированного) торможения у больного возникает *агглютинация (склеивание) понятий*. Он теряет способность разграничивать, дифференцировать одно понятие, представление от другого. В результате в его речи появляются новые понятия и слова — неологизмы, например понятие «гардестол» объединяет слова *гардероб* и *стол*; «ракосвязка» — *рак* и *связка*, «трампар» — *трамвай* и *паровоз* и т. д.

Во время беседы, при анализе писем, сочинений больных шизофренией можно в ряде случаев выявить у них склонность к резонерствующим рассуждениям. *Резонерство* — пустое мудрствование встречается довольно часто в клинической картине шизофрении. Например, бесплодные рассуждения больного о конструкции кабинетного стола, о целесообразности четырех ножек у стульев и пр.

Эмоционально-волевое оскудение развивается через определенное время после начала процесса и бывает четко выражено при манифестации болезненных симптомов. Этот признак характеризуется эмоциональной тупостью, аффективным безразличием ко всему окружающему и особенно эмоциональной холодностью к близким, родственникам. Он проявляется вначале в виде *диссоциации чувственной сферы* больного. Например, больной может смеяться при печальных событиях и плакать при радостных или равнодушно рассказывать, как во время похорон хотел облить керосином свою мать и сжечь. Другой больной проявлял злобность, агрессивность по отношению к больному отцу и сестре, в то же время сломанная ветка, замерзшая птица вызывали у него эмоциональную реакцию сочувствия.

Эмоционально-волевое оскудение сопровождается безволием — *абулией*. Больных ничто не волнует, не интересует, у них отсутствуют реальные планы на будущее или же они говорят о них крайне неохотно, односложно, без стремления осуществить их. События окружающей действительности почти не привлекают их внимания. Они целыми днями безучастно лежат в постели, ничем не занимаясь (рис. 3).



Рис. 3. Внешний вид больной с аутистическими переживаниями



Рис. 4. Внешний вид больной при проявлении апатоабулического синдрома

Эмоциональные и волевые нарушения обычно взаимосвязаны в клинической картине психозов и сопутствуют друг другу. Кроме них, при психозе довольно часто встречаются два сходных симптома — амбивалентность и амбигуальность (рис. 4), а также негативизм.

Амбивалентность — двойственность представлений, чувств, существующих одновременно и противоположно направленных.

Амбигуальность — аналогичное расстройство, проявляющееся в двойственности стремлений, побуждений, действий, тенденций больного. Например, боль-

ной заявляет, что он одновременно любит и ненавидит, считает себя больным и здоровым, что он бог и черт, царь и революционер и т. д.

Больная З., 30 лет; страдает психозом, параноидной формой. Развитие в раннем детстве без особенностей. Болела пневмонией, простудными заболеваниями. В школу пошла с 7 лет, окончила ее с серебряной медалью. Среди сверстников была застенчивой, робкой, исполнительской, тихой, ни с кем не ссорилась. По окончании школы две недели работала на радиозаводе, а потом лаборанткой в медицинском институте. Успешно сдала вступительные экзамены в медицинский институт, закончила его и стала врачом. Вышла замуж, имеет четырехлетнего сына. Взаимоотношения с мужем не сложились с самого начала. Он постоянно выпивал, не отдавал деньги, часто скандалил, выгонял из дома. Трижды подавала на развод, но затем мирилась. Перенесла операцию по поводу эндометриоза яичников, аппендэктомии. До этого переболела псориазом. После операций самочувствие оставалось плохим, подозревала у себя рак, иногда говорила о предстоящей смерти. Начала слышать голоса, требующие «убить его». Однажды после очередного скандала с мужем, когда он спал, ударила его топором по голове. При госпитализации ее в стационар было установлено, что у больной сохранена ориентировка в окружающем, во времени, в собственной личности. Она легко вступает в речевой контакт, подробно описывает покушение на жизнь мужа, оправдывает свои действия желанием отомстить ему за искаченную жизнь, заявляет, что испытывает «противоречивость мыслей, чувств, двойственность их», что к мужу одновременно питает и при-

вязанность и злобу. Нерешительность всех своих поступков, действий оправдывает «постоянным чувством раздвоения». В процессе обследования ни разу не вспомнила о ребенке, не интересуется его судьбой. В целом критическая оценка сложившейся ситуации отсутствует. Больная постоянно улыбается, настроение у нее несколько приподнято, не выслушав до конца вопрос, кивает головой, опережает собеседника, заявляет, что находится под воздействием гипноза, что окружающие читают ее мысли и она сама способна угадывать мысли собеседника. В оценке своего психического состояния непоследовательна, не возражает против лечения в психиатрической больнице, допуская у себя наличие психического заболевания, и тут же со смехом заявляет, что она здорова.

Из этого примера видно, что заболевание у описываемой больной развивалось постепенно начиная с невротоподобных расстройств. В последующем проявились такие симптомы, как эмоциональная тупость (безразличие к ребенку), амбивалентность (чувства привязанности и ненависти к мужу, двойственное отношение к себе – больна и здорова), а также элементы синдрома Кандинского – Клерамбо (открытость мыслей, чувство овладения), слуховые галлюцинации.

Негативизм – стремление больного совершать действие, противоположное предлагаемому. Например, когда больному протягивают руку для рукопожатия, он прячет ее и, наоборот, если руку убирает подающий, то больной протягивает свою. В основе негативизма лежат механизмы ультрапарадоксальной фазы, возникающие в различных сферах психической деятельности больного.

Примером может служить следующая характеристика на военнослужащего.

За время службы рядовой показал себя как недисциплинированный солдат. Только за один год имеет шесть взысканий за нарушение дисциплины. Программные вопросы усваивает слабо. Физически развит хорошо. Умственно развит слабо. Очень груб и невыдержан со старшими. Совершает иногда поступки, на которые не способен здравомыслящий человек. Например, командир спрашивает: «Где Ваш шанцевый инструмент?» – «Не взял». – «Пойдите возьмите». – «Не пойду». – «Тогда становитесь на свое место в строй». – «Не встану». – «Хорошо, тогда стойте на месте». – «Нет, не буду стоять, лягу и буду лежать». – «Пожалуйста, ложитесь, только не мешайте проводить занятия». – «Нет, не лягу». Это один из многих примеров странного поведения рядового. Среди солдат считается каким-то шутком. Когда над ним смеются, унижают его, он считает, что так и должно быть. На все меры воспитания, принятые к нему, совершенно не реагирует.

Прогрессиентность течения шизофрении характеризуется постепенным усложнением симптоматики заболевания, развивающегося непрерывно или приступообразно. Постепенно нарастают негативные признаки болезни и позитивная симптоматика. Последняя проявляется в виде различных синдромов, клиническая характеристика которых зависит от формы и стадии развития процесса.

Синдромология. Для шизофрении характерен ряд синдромов, отражающих степень прогрессиентности и этапы развития процесса.

Все варианты шизофрении начинаются с **астенического симптомокомплекса**, проявляющегося в виде гипотили гиперестезии. Этот симптомокомплекс особенно долго длится при медленном, вялом течении заболевания. Больные жалуются на повышенную утомляемость, раздражительность, головные боли, расстройство сна, рассеянность.

Вслед за астеническими нарушениями развиваются **аффективные синдромы**. Они включают в себя гипоманиакальные и субдепрессивные проявления, которые могут быть с бредовыми идеями или без них. Больные становятся тоскливыми, заторможенными, высказывают идеи самообвинения или, наоборот, обнаруживают немотивированно повышенное настроение.

Далее присоединяется **неврозоподобный синдром**. Он проявляется навязчивыми состояниями (навязчивые страхи, мысли, влечения), сенестопатиями и ипохондрическими высказываниями больного.

По мере прогрессиентности процесса обнаруживаются следующие бредовые синдромы.

Паранойальный синдром включает систематизированные бредовые идеи преследования, отравления, ревности и др.

Галлюциноз — наплыв слуховых вербальных галлюцинаций. Галлюциноз свидетельствует о более тяжелом течении процесса. Он может быть истинным и ложным. В первом случае больной воспринимает голоса из окружающей среды, внешнего мира. При псевдогаллюцинозе голоса слышатся внутри головы или собственного тела.

Параноидный синдром состоит из несистематизированных бредовых идей, слуховых, вкусовых и обонятельных галлюцинаций (рис. 5), деперсонализационных расстройств, часто включает синдром Кандинского — Клерамбо.



Рис. 5. Вкусовые и обонятельные галлюцинации у больной шизофренией

Парафренный синдром представляет собой сочетание симптоматики предыдущих синдромов, однако в данном случае на первый план выступает нелепый бред величия, конфабуляторный бред.

Кататонический синдром – один из наиболее тяжелых симптомокомплексов, встречающихся при шизофрении. Он проявляется в виде кататонического ступора, или возбуждения с негативизмом, стереотипией движений, симптомами «эхо» и др. Особенно резистентна к терапии так называемая вторичная кататония, развивающаяся обычно в конце болезненного процесса.

В случае неблагоприятного течения шизофрении обнаруживается **терминальное (конечное) состояние** больных. При этом вся симптоматика вышеназванных синдромов нивелируется, теряет свою актуализацию и на первый план выступает шизофреническое слабоумие с глубокой интеллектуальной деградацией и эмоционально-волевым оскудением личности. Необходимо отметить, что синдромы, систематизированные по приведенной выше «шкале тяжести», не сменяют друг друга, а видоизменяются: симптомы предыдущего синдрома не исчезают, а включаются в клиническую картину последующего.

Формы. Различают пять основных «классических» форм шизофрении: простую, гебефреническую, параноидную, кататоническую и циркулярную.

Простая шизофрения обычно развивается медленно, в юношеском возрасте. В этом случае на первый план выступают негативные расстройства. Появляется эмоциональное обеднение, апатия, трудность усвоения вновь поступающей информации. Больные утрачивают интерес к занятиям, работе, стремятся к уединению, длительно не встают с постели, к родным и близким эмоционально холодны, жалуются на потерю мыслей, на «пустоту в голове». Критическое отношение к своему состоянию у больных отсутствует.

Бредовые идеи и галлюцинации не характерны для простой формы шизофрении; если они и появляются, то лишь эпизодически и в рудиментарной форме (нестойкие идеи отношения, преследования, слуховые галлюцинации в виде окликов по имени и др.).

Простая форма шизофрении протекает обычно злокачественно; в отдельных случаях наблюдается течение с медленным развитием изменений личности по шизофреническому типу.

Больной З., 28 лет; болен шизофренией, простой формой. В детстве развивался нормально. Старшая сестра психически больна. Успешно окончил 10 классов. В школе нравились занятия по математике, географии. Особых увлечений не имел. Два года служил в Советской Армии. Затем в течение шести лет работал слесарем на заводе. Добросовестно относился к своим обязанностям. По характеру был медлительным. В течение последних двух лет появились странности в поведении: начал объясняться с товарищами в письменной форме, уединяться; часто не выходил на работу и все время проводил в постели; не умывался, мало ел, плохо спал, стал неряшлив. В стационаре во время беседы был пассивен, безынициативен, говорил монотонно. На вопросы отвечал формально. Заявил, что «переоценил всю свою жизнь, все понял и прозрел; ни в какой помощи не нуждается». К родственникам был безразличен. Событиями окружающей действительности не интересовался. Подолгу лежал в постели. С больными по палате не разговаривал. Ничего не читал, не увлекался играми. Пребыванием в больнице не тяготился.

Гебефреническая шизофрения по своему развитию похожа на простую. Она также характерна для юношеского возраста и начинается с эмоционально-волевого уплощения личности, появления интеллектуальных нарушений. Однако при данной форме заболевания наряду с негатив-

ными расстройствами выступает гебефренический синдром, которому присуща дурашливость, вычурность поведения, суетливость, стереотипность движений на фоне необоснованно повышенного настроения. Больные кувыркаются, прыгают, хлопают в ладони, гримасничают. Речь их обычно носит разорванный характер. Кроме того, наблюдаются резко отрывочные бредовые идеи и галлюцинации с явлениями психического автоматизма.



Рис. 6. Подозрительность параноидного больного

Эта форма шизофрении имеет крайне неблагоприятный прогноз, отличается злокачественностью течения и быстрым развитием глубокого слабоумия.

Параноидная шизофрения развивается обычно в зрелом возрасте, чаще в 30–40 лет. Ведущим здесь является параноидный синдром с наличием бредовых идей отношения, преследования, отравления, физического воздействия. Бредовые высказывания сопровождаются галлюцинаторными расстройствами. Поведение больных отражает бредовые и галлюцинаторные переживания (рис. 6).

При параноидной форме шизофрении часто встречаются синдром Кандинского – Клерамбо, а также деперсонализационные нарушения. Все виды бреда и галлюцинаций с течением заболевания постепенно тускнеют, теряют свою актуальность, и на первый план выступают симптомы апатического слабоумия.

Больной А., 28 лет; страдает шизофренией, параноидной формой. В психиатрическую больницу поступил в связи с неадекватным поведением: перестал разговаривать с родными, высказывал опасения, что за ним следят, что мир «раздвоился». Из анамнеза выяснилось, что наследственность больного не отягощена. Раннее развитие без особенностей. С шестилетнего возраста воспитывался тетей, так как мать умерла, а отец злоупотреблял алкогольными напитками. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо. Имел много друзей, любил рисовать, участвовал в художественной самодеятельности. Окончил 10 классов и поступил в пединститут на художественно-графический факультет. Проживает в общежитии с сокурсниками. Алкогольные напитки употребляет умеренно. Со слов больного выяснилось, что он заболел во время сессии – «нашло безумие»; поехал в со-

седнюю область к девушке, чтобы лучше сессию сдать. По пути попался на глаза «черной банде», которая стала преследовать его. Вынужден был вернуться домой. Понял, что после поездки стал связан с другой планетой, другим миром, что планета начала управлять им, его мыслями и думами, его движениями и поступками. «Стало плохо с головой». Не мог понять, что с ним происходит. В беседе с врачом подозрителен, растерян. С опаской смотрит на окружающих людей. Контакт доступен с трудом. Свои переживания раскрывает отрывочно. Уши закрыты кусочками ваты, «чтобы скрежет и писк не доходил до меня». Считает, что «мир расщеплен и его надо спасать». Говорит, что он «нейтральный, не относится ни к какой группе», однако остается «борцом за светлый мир людской». Рассказал, что почувствовал себя другим человеком несколько дней тому назад после того, как ему показали истинный мир: «Специально для меня были устроены танцы, я видел мир в четырех красках – синих, красных, зеленых, черных. Надо мною все смеялись, но я был счастлив и одновременно несчастен. Затем появились гордые темные люди, которые своим приходом действовали на голову, мысли. Появилась дрожь во всем теле. Я был приземлен к жизни, оторван от мира. В больнице стало легче, меньше темных сильных людей. Я – великий человек, от меня зависит весь мир». Считает, что станет самим собой, когда увидит любимую девушку.

При *кататонической шизофрении* превалирует симптоматика кататонического синдрома с симптомами «капюшона», «восковой гибкости», «воздушной подушки» Дюпре, гипертонией мышц (рис. 7). Помимо этого наблюдаются бредовые идеи, галлюцинаторные расстройства, а также эмоционально-волевое изменение личности по шизофреническому типу. Возникает кататоническая форма шизофрении в 22–30 лет, реже – в пубертатном возрасте. Больные сутками, иногда месяцами лежат на койке, ни с кем не общаясь, не разговаривая. Крайне негативистичны, манерны; выражение лица застывшее (рис. 8). Известны случаи, когда больные кататонической формой шизофрении, годами лежавшие обездвиженно, при появлении опасности (пожар, наводнение) быстро вскакивали и спасались бегством. Это указывает на то, что обездвиженность больного носит функциональный характер.

Циркулярная шизофрения (по МКБ-10 отнесена к шизотипическому расстройству) чаще развивается у людей среднего возраста. Клиническая картина ее состоит из периодически возникающих то маниакальных, то депрессивных фаз с включением галлюцинаторных и галлюци-



Рис. 7. Вид больного
при проявлении симптома
«капюшон»



Рис. 8. Манерность больной
шизофренией

наторно-бредовых расстройств, а также синдрома Кандинского – Клерамбо. Отмечается недостаточная эмоциональная насыщенность маниакальных и депрессивных приступов. Заболевание протекает относительно благоприятно.

Типы течения. Классические формы шизофрении, как уже указывалось, впервые описал Крепелин. Он обосновал нозологическую самостоятельность шизофрении. И это был значительный шаг вперед в изучении одного из сложных психических заболеваний. Но как только началось исследование стереотипа развития шизофрении, ее течения, оказалось, что выделения пяти классических форм заболевания недостаточно. Дело в том, что клиническая картина шизофрении характеризуется не только двумя-тремя синдромами, но и различными видами их сочетаний – кататонического с гебефреническим, неврозоподобного с психопатоподобными и т. д. Таким образом, можно выделить столько форм шизофрении, сколько существует синдромов и смежных с ними вариантов. Следует сказать, что и сам принцип ведущего синдрома при выделении формы заболевания не всегда в достаточной степени отражает его клиническую картину, поскольку симптоматика шизофрении постоянно изменяется. Однообразная картина может наблюдаться лишь при стабилизации процесса. Вот почему без определения типов тече-

ния шизофрении мы не можем правильно поставить диагноз, определить прогноз заболевания и решить вопросы реабилитационных и риадаптационных мероприятий.

Еще в 30-х годах XX в. Г.Е. Сухарева и Д.Е. Мелехов предложили выделять две формы шизофрении: ремиттирующую, текущую приступообразно, и непрерывную. В настоящее время А.В. Снежневский и Р.А. Наджаров (1968–1970) выделили три типа течения шизофрении: непрерывнотекущую, приступообразно-прогредиентную (шубообразная; от нем. *schub* – сдвиг, приступ) и периодически.

Непрерывнотекущая шизофрения характеризуется отсутствием аутохтонных, спонтанных ремиссий. Болезнь обнаруживает большой полиморфизм симптоматики. Этот тип течения является центральным звеном шизофрении, по одну сторону которого находятся трудные в диагностическом отношении вялотекущие формы, по другую – ядерная, юношеская шизофрения (злокачественное слабоумие). Шизофрения, занимающая промежуточное положение между этими двумя формами, по своему течению имеет среднюю прогредиентность (параноидная шизофрения).

Вялотекущая шизофрения возникает обычно в 16–18 лет, иногда даже в детском возрасте. Чем позже начинается процесс, тем мягче он протекает. Симптоматика при вялотекущей шизофрении обычно ограничивается кругом малых синдромов: *неврозоподобных, истероформных, психопатоподобных, паранойяльных* со сверхценными образованиями и бредовыми идеями отношения. Течение этого варианта различное, однако чаще всего неравномерное. Вначале происходит быстрое развитие симптоматики, а затем медленное течение процесса с подъемами и спадами психических расстройств. Начальные стадии вялотекущей шизофрении малозаметны, поэтому больные оказываются под наблюдением врача лишь при манифестации процесса. Течение вялотекущих форм, хотя и медленное, но все-таки неблагоприятное, так как симптоматика их малообратима.

Вялотекущая шизофрения почти постоянно сопровождается медленным падением психической продуктивности, эмоциональными изменениями (лабильность, парадоксальность, огрубение), повышенным интересом больных к отвлеченным, абстрактным проблемам. Интере-

сующие их занятия приобретают характер сверхценности. Они часами могут «по-своему» исписывать массу бумаги, чертить. Вносят разнообразные конструкторские предложения, изучают множество литературы, нередко философского характера (философическая интоксикация). Больные уверены, что обладают особым познанием жизни. Внешний облик их своеобразен: они лохматы, небриты, неряшливы, подражают лицам с асоциальным поведением. Родные и близкие для них не авторитетны, к ним они относятся холодно и даже жестоко.

Параноидная шизофрения начинается обычно вяло, с неврозоподобных расстройств, в возрасте 20–40 лет. Иногда наблюдается более раннее развитие в юношеском возрасте. Протекает параноидная шизофрения в этом случае более злокачественно.

Уже в самом начале болезни появляются черты личности, которые бросаются в глаза окружающим: замкнутость, эмоциональная неадекватность, ограничение круга интересов. Эпизодически отмечаются тревога, беспокойство, чувство неудовлетворенности.

В дальнейшем развивается *паранойяльный синдром*, и с этого момента в манифестации болезни преобладают бредовые идеи (преследования, физического воздействия, ревности и др.).

В случае неблагоприятного течения паранойяльный синдром переходит в *параноидный*. При этом наблюдается расширение бредовых идей, их десистематизация, появление злобно-напряженного аффекта, слуховых и обонятельных галлюцинаций. Выражены также псевдогаллюцинации и явления психического автоматизма, парадоксальность эмоций, деперсонализация. Болезненные расстройства отрицательно влияют на поведение больного, в связи с чем становится невозможной их профессиональная деятельность. По мере развития заболевания возникает *парафренный синдром* с фантастическими бредовыми идеями преследования, воздействия, величия. Речь становится разорванной, с неологизмами и признаками автоматизма.

Прогрессирование болезни сопровождается присоединением кататонических расстройств (*вторичная кататония*) в виде ступора, негативизма, симптомов «эха». Больные не заботятся о себе, крайне неряшливы, прожорливы, с глубоким эмоциональным опустошением.

Больной Б., 39 лет; 14 лет страдает шизофренией, параноидной формой (парафренный этап). Родился в семье крестьянина. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В детстве болел пневмонией, в 8-летнем возрасте – болезнью Боткина. В школу пошел в возрасте 9 лет – в 1944 г. после освобождения Белоруссии. Учился удовлетворительно, по характеру был замкнутым, необщительным, склонным к самоанализу. Служил в рядах Советской Армии, затем работал рабочим на льнокомбинате. С женой развелся, детей не было. Заболевание началось с повышенной утомляемости, слабости, раздражительности, бессонницы. Начал утверждать, что он сотрудник секретной организации, что за ним следят. Девять раз длительно лечился стационарно, выписывался с нестойкими улучшениями. Во время обострений заболевания испытывал страх, беспокойство, слышал голоса извне и внутри головы. Заявлял, что мысли его известны окружающим, что ему подсыпают в пищу отраву, хотят его повесить. Во время последнего поступления в стационар вошел в кабинет врача, гордо расправив плечи. На обращение к нему по имени и отчеству не ответил. Заявил: «Я – маг, при расшифровке получается маршал авиации, генералиссимус, прошу обращаться ко мне именно так». Утверждал, что является ядром единого мирового центра управления, что от него «тянутся нити во все концы вселенной» и он передает им задания. Отмечает, что «будущее мира связано с авиацией», именно поэтому ему «присвоили звание мага». Требуется, чтобы все прислушивались к шуму моторов машин и самолетов, так как в них можно различить слова: «разрешите обратиться». Уверен, что все его «недруги» будут уничтожены и «будет восстановлена справедливость».

Злокачественная (юношеская) пизофрения возникает в юношеском, реже в детском возрасте; значительно чаще у юношей, чем у девушек.

Заболевание начинается с *негативных расстройств*: утрачивается живость интересов, оскудевает эмоциональная сфера, проявляется замкнутость. Больные обнаруживают немотивированные, вычурные увлечения философией, религией.

С развитием заболевания появляется *полиморфная продуктивная симптоматика*: резко отрывочные бредовые идеи различного содержания, кататонические и гебефренные расстройства, явления синдрома Кандинского – Клерамбо, нарушение схемы тела и т. д.

Через 2–5 лет развивается *глубокий дефект личности, эмоциональная тупость, абулия*.

Симптоматика при злокачественной пизофрении отличается очень высокой резистентностью к терапии.

Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения протекает в виде приступов с последующими ремиссиями. Но обратное развитие приступа не оканчивается полным восстановлением психического здоровья; остаются навязчивые, ипохондрические и паранойальные расстройства. От приступа к приступу у больного все больше обнаруживается уплощение эмоционально-волевой сферы. Приступы болезни непродолжительны, бредовые идеи не систематизированы.

Шубообразная шизофрения характеризуется возникновением *острого параноидного синдрома*, который в дальнейшем переходит в массивный, тотальный *синдром Кандинского – Клерамбо*. Интенсивность последнего нарастает по мере увеличения числа приступов. Могут также наблюдаться приступы *депрессий с ипохондрией, бредом преследования и стойким истинным галлюцинозом и люцидной кататонией*.

На ранних этапах развития приступообразно-прогредиентной шизофрении у больных полностью восстанавливается критика к перенесенным болезненным переживаниям, наступают глубокие ремиссии.

При длительном прогрессирующем течении приступы все более удлиняются, затягиваются, ремиссии становятся неполными, без критической оценки больными своего состояния. В ряде случаев шубообразная шизофрения может принимать непрерывное течение.

Больной В., 23 лет; страдает шизофренией, параноидной формой (шубообразный тип течения). Родился от первой беременности. Роды протекали без патологии. В раннем возрасте перенес детские инфекции. По характеру был необщительным, замкнутым, робким. В школу пошел с 7 лет, учился посредственно. Окончил 10 классов, затем профессионально-техническое училище. Работал 1,5 месяца столяром, а потом плотником в колхозе. С работой справлялся. Затем был призван в ряды Советской Армии. По службе характеризовался положительно. В последние месяцы сослуживцы стали замечать странности в его поведении: беспричинно смеялся и плакал, заявлял, что в «рукаве зашито золото», предлагал «идти в кабак». Обратился в медпункт части с жалобами неопределенного характера. Был возбужден, забирался на тумбочку и кровать, обнажался. Утверждал, что его «гипнотизируют, преследуют, отравляют, берут в плен фашисты». Речь стала разорванной: выкрикивал одни и те же слова «убивают... гипноз... действуют...» и т. д. Слышал голоса внутри головы, в основном мужские, которые приказывали «лежать или

бежать домой». Считал, что «мозг открыт», что «врачи и шпионы узнают мысли, заставляют смеяться». Критика к своему состоянию отсутствовала. В психиатрическую больницу был доставлен врачами скорой помощи. При поступлении настроение было слегка повышенным. Жалоб на состояние здоровья не предъявлял. Правильно называл число, месяц, год. Был активен в беседе с врачом. Охотно отвечал на все вопросы. Речь была ускоренной по темпу. Рассказывал, что на стройке его продуло ветром, от этого появилась возможность самому «читать мысли других». Утверждал, что «по взгляду» может поставить диагноз, «узнать, болен человек или притворяется». Считал, что его положили в больницу из-за людей, которые «взглядом убивают»; «они занимаются капитуляцией, шпионажем», «все они секулянты, т. е. секут за мной». «Заболел оттого, что возили в поезде; с этого все и началось. Теперь, если кто закурит, то у меня сразу слюна течет». Считал себя «великим человеком», хорошо владеющим карате. Говорил, что является «знаменитым гипнотизером» и «знает все методы и приемы гипноза, может читать мысли других». Больным себя не считал. Во время беседы неадекватно смеялся, постоянно улыбался, часто вскакивал со стула, демонстративно расхаживал по кабинету, активно жестикулируя. Просил врача «подробно записать его методы гипноза». В стационаре получил курс инсулиношоковой терапии в сочетании с нейролептиками: галоперидолом, трифтазином, аминазином. Спустя 2,5 месяца галлюцинозно-бредовые переживания у больного постепенно исчезли, появилась частичная критическая оценка психотических расстройств. Однако он оставался вялым, монотонным, без реальных планов на будущее. Был выписан и направлен на амбулаторное лечение под наблюдением участкового психиатра. Ремиссия длилась около четырех месяцев; в это время больной чувствовал себя хорошо, работал в колхозе столяром, посещал кино, танцы. Вторично поступил в стационар после перенесенного простудного заболевания. Начал высказывать бредовые идеи преследования, воздействия. Ощущал на себе «влияние северного сияния», был настороженным, подозрительным. Была проведена терапия нейролептическими средствами.

При *шизоаффективном расстройстве* особенно четко выявляется аутохтонная тенденция к фазному течению. Ремиссии всегда глубокие, сопровождаются почти полным обратным развитием продуктивной психотической симптоматики. Даже после большого числа приступов в период ремиссии у больного наблюдается полное критическое отношение к своим прежним болезненным переживаниям. Заслуживает внимания контраст между бурной клинической картиной приступа и глубокой ре-

миссией. Сам приступ периодической психоза почти никогда не бывает первым проявлением болезни. Развитие его обычно предшествуют эмоциональные колебания с раздражительностью, повышение или понижение активности в течение нескольких лет. В этот период больные очень чувствительны к экзогенным факторам: инфекционным и тяжелым соматическим заболеваниям, психотравмирующим ситуациям.

Психопатологическая симптоматика приступов разнообразна, но всегда с выраженным аффективным компонентом. Характерна *онейроидно-кататоническая* картина с расстройством сознания по онейроидному типу, фантастическим бредом и кататоническим возбуждением.

Встречается также *циркулярный вариант* периодической психоза с чередующимися фазами депрессии или маниакальных состояний, на высоте развития которых включаются бредовые идеи преследования, воздействия, отравления с признаками психического автоматизма.

Кроме того, наблюдается *депрессивно-параноидный вариант*, характеризующийся выраженным депрессивным состоянием с бредовым восприятием окружающего (бред физического воздействия, преследования, самоуничтожения). При этом отмечаются также отдельные кататонические расстройства, галлюцинации, явления автоматизма. В тяжелых случаях развивается синдром Котара, деперсонализация.

Сравнительно редко встречается *фебрильная (гипертоксическая) кататония*. Приступ сопровождается повышением температуры, аментивным расстройством сознания, нарушением обмена веществ, ломкостью сосудов. Нередко развивается тяжелый отек и набухание мозга. При этом возможен летальный исход. В случае выздоровления наблюдается глубокая ремиссия.

Помимо вышеприведенных вариантов периодической психоза, протекающих с выраженной развернутой симптоматикой, можно наблюдать более легкое течение ее с кратковременными преходящими расстройствами. Клиническая картина их также включает аффективные нарушения с нестойкими бредовыми идеями, онейроидно-кататоническую симптоматику, но длятся эти приступы всего несколько дней.

Качество ремиссий при периодической психозности зависит от частоты приступов и возраста больных. После повторных манифестаций в период ремиссии можно заметить появление в характере больных черт, которые раньше не обнаруживались: снижение активности, интересов, повышенная ранимость, чувствительность, ослабление контактов с окружающим. Эта симптоматика вкладывается в понятие «психическая слабость», относящееся к широкому кругу астенических изменений личности. Например, взрослая дочь на прием к врачу приходит с матерью, не проявляет большого интереса к кино, театру, к новым знакомствам и т. д. У таких больных появляется хрупкость психики, подчиняемость. После перенесенных приступов они становятся зависимыми, эмоционально нивелированными при сохранности интеллектуально-мнестических функций.

Больная К., 40 лет; страдает психозом, циркулярной формой (периодическое течение). Родилась в семье военнослужащего. В детстве болела простудными и инфекционными заболеваниями. Закончила школу, затем медицинский институт. В школе училась хорошо, была активной, занималась общественной работой. В институте также была общественной, занималась в кружках самодеятельности, спортивных секциях. Вышла замуж, вскоре развелась. Детей нет. Психически заболела, будучи студенткой V курса. Без видимой причины стала ко всему безразличной, часто плакала, высказывала идеи самообвинения — считала себя недостойной жить, утверждала, что «грешна и готова ответить за все». Лечилась в течение 8 месяцев, выписалась в хорошем состоянии. Окончила институт, работала врачом. Следующие обострения были, спустя 7 и 11 лет. Одно из них носило признаки маниакального состояния. После выписки из стационара продолжала работать врачом. Последнее поступление в больницу вызвано ухудшением состояния за две недели до госпитализации. Расстроился сон, стала многоречивой, все время порывалась куда-то бежать. При осмотре находилась в речедвигательном возбуждении, отличалась легкой отвлекаемостью, свободно вступала в разговор с медперсоналом, не соблюдая чувства дистанции. Вмешивалась во все дела, давала советы в области стоматологии, авторитетно говорила по поводу счетных машин с явной переоценкой своих способностей и возможностей. Беспочвенно смеялась, строила нереальные планы на будущее. Заявляла, что знает, о чем думают окружающие. Утверждала, что «ощущает воздействие посылающей поток лучемыслей аппаратуры», расположенной в «специальных центрах». Доверительно сообщала, что эти «излучения можно блокировать воздействием северного сияния». Спустя полтора месяца после проведенного лечения нейролептиками у больной снова наступила ремиссия с критической оценкой своего прежнего болезненного состояния.

Следует сказать, что между описанными вариантами течения шизофрении существует множество переходных форм и для правильного определения типа течения необходимо крайне внимательный, детальный подход к изучению особенностей процесса у каждого больного.

Этиология и патогенез. Как известно, еще И.П. Павлов дал стройную научно обоснованную гипотезу патогенеза шизофрении. Он считал, что для шизофренического процесса характерна слабость нервных клеток коры больших полушарий, которая может быть как приобретенной, так и наследственной, врожденной. Для ослабленных патологическим процессом нейронов поступающие из окружающей среды раздражители оказываются сверхсильными, и в результате в коре больших полушарий развивается запредельное охранительное торможение, названное И.П. Павловым *хроническим гипнотическим состоянием*. Оно проявляется в различных фазах довольно длительное время. И.П. Павлов выделял четыре основные фазы торможения: *уравнительную* (самая неглубокая фаза, при которой и слабые и сильные раздражители вызывают одинаковую ответную реакцию); *парадоксальную* (сильные раздражители вызывают незначительную или вовсе нулевую реакцию, а слабые – дают больший эффект по сравнению с нормой); *ультрапарадоксальную* (в основе лежат явления запредельного торможения и извращенных индукционных отношений, при которых все тормозные раздражители вызывают положительный эффект, а положительные сигналы становятся тормозными); *наркотическую* (эффект снижен как на сильные, так и на слабые раздражители).

Чаще проявляются парадоксальная и ультрапарадоксальная фазы. С их помощью картина заболевания может быть объяснена психопатологически. Например, больной, находящийся в кататоническом ступоре, в тишине, без посторонних раздражителей, отвечает на вопросы, заданные шепотной речью, и молчит, если спрашивать его громким голосом; больной проявляет бурную эмоциональную реакцию, когда ему запрещают курить в палате, и остается равнодушным при сообщении о смерти близкого родственника.

Многие психопатологические симптомы можно объяснить и с точки зрения развития ультрапарадоксальной фа-

зы. Так, в основе негативизма, амбивалентности, амби-тендентности лежат механизмы ультрапарадоксальной фазы. Они свойственны и безусловно-рефлекторной деятельности больных шизофренией. Например, холод вызывает у них расширение сосудов, а тепло – сужение; сладости вместо приятного ощущения – отрицательную реакцию; хинин же, наоборот, не вызывает обычную реакцию отвращения. Аналогичные явления наблюдаются также при раздражении рецепторов обоняния. Извращенно реагируют больные и на болевые раздражители.

И.П. Павлов считал, что существующее при шизофрении хроническое гипнотическое состояние играет охранительную, целебную роль и его следует усиливать с помощью различных терапевтических приемов для быстрого выздоровления больного.

Однако в начале 60-х годов XX в. Н.В. Виноградов, Н.П. Татаренко и другие ученые, развивая учение И.П. Павлова, пришли к заключению, что охранительное торможение выполняет целебную роль лишь в первые годы заболевания. В дальнейшем же по мере развития процесса наступает инертность, застойность торможения и роль его становится скорее патологической, чем защитной. Значит, устранение застойного торможения у длительно страдающих шизофренией должно способствовать улучшению их состояния. Действительно, применение электросудорожной терапии, снимающей застойное торможение, а также психотропных средств, обладающих как антипсихотическим, так и активирующим эффектом, улучшает психическое состояние больных хронической шизофренией.

Существенное значение для понимания патогенеза шизофренического процесса имеет гипотеза А.М. Иваницкого (1976) о нарушении информационных процессов головного мозга.

Согласно современным представлениям поступающую информацию мозг человека воспринимает в основном двумя путями – *специфическим* и *неспецифическим*. Установлено, что специфическая система отражает информацию о физических параметрах поступающих сигналов (вес, цвет, величина, форма и т. д.). Деятельность же неспецифической системы преимущественно связана с биологическим, личностным значением для организма того или иного сигнала.

У больных психозами в первую очередь угнетена работа неспецифической системы, в связи с чем у них теряется возможность оценки биологической значимости поступающих раздражений.

На ранних этапах развития психоза специфическая система преобладает над неспецифической и больные относительно облегченно воспринимают сигналы о физических параметрах окружающей действительности. По мере утяжеления процесса наступает блокада обоих каналов связи и деятельность специфической и неспецифической систем угнетается.

Гипотеза о нарушении информационных процессов у больных психозами находит свое подтверждение в клинической картине этого заболевания, а также при проведении психологических исследований. У больных психозами в процессе развития эмоционального опустошения возникает диссоциация между сферой мышления и аффективными реакциями. У них отсутствует эмоциональный фон мыслительных процессов, что может быть связано с блокадой поступления информации по неспецифической системе. Преобладание специфической информации и угнетение неспецифической проявляется у больных психозами в болезненной оценке поступающей информации. Так, при демонстрации больному мишени он говорит: «Вижу большой круг, внутри несколько меньших, посреди точка». А вот высказывание другого больного: «Когда я читаю, то читаю не только слова, читаю все — даже точки и запятые». Рассматривая картины, больные психозами объясняют их конкретным образом, не понимая основного смысла.

Разорванность мышления (шизофазия) у больных психозами — не что иное, как набор физических знаков (слов, букв) с потерей их логической значимости.

Этиология психозического процесса окончательно не выяснена. Существует несколько ее гипотез. В частности, предполагается, что многие случаи заболевания психозами имеют генетическую обусловленность. Установлено, что в семьях больных психозами психопатологические расстройства встречаются значительно чаще и чем ближе родственная связь, тем больше вероятность заболеть психозом. Наиболее высок риск заболеваемости для детей, родители которых больны психозом,

несколько меньше он для братьев и сестер больных. Однако статистические данные показывают, что двоюродные братья и сестры больных все же заболевают чаще, чем люди, не связанные с ними родственными узами.

Показательны результаты и так называемого близнецового метода. Если в семье один из двуйцевых близнецов заболел пизофренией, то вероятность возникновения ее у второго составляет 17%. У однойцевых же близнецов в случае заболевания одного из них вероятность развития процесса у второго достигает 85–90% (табл. 2).

Предполагается, что пизофрения может передаваться по наследству непосредственно через генетический аппарат в «готовом» виде.

Большие возможности для понимания этиопатогенеза пизофрении открывает экспериментальная психология. В настоящее время обнаружены вещества, способные при введении их в организм человека и животных вызывать различные психические нарушения, клиническая картина которых в определенной степени подобна пизофрении. Эти вещества называют галлюциногенами, психотомиметиками, психодизлептиками и т. д. К ним относятся в первую очередь производные лизергиновой кислоты, а также бульбокапнин, псилоцибин, сернил, тараксеин. После введения этих веществ у испытуемых (добровольцев) появляются галлюцинации, отрывочные бредовые идеи, кататонические расстройства, негативизм, эмоцио-

Таблица 2. Эмпирический риск заболевания пизофренией для родственников больного пизофренией – пробанда (по данным ВОЗ)

Степень родства	Риск заболевания, %
Родители	5
Братья-сестры (сисбы):	11
при одном больном родителе	15
при обоих больных родителях	40
Дети больного	15
Дяди-тети	3
Племянницы-племянники	3
Внуки	4
Двоюродные сисбы	4
Общая популяция	0,85–1

нальные нарушения. Через несколько часов испытуемые приходят в себя, смутно вспоминают, что с ними происходило. В отдельных случаях могут быть и затяжные психозы (например, от диэтиламида лизергиновой кислоты). Клиническая картина искусственного нарушения психических процессов не имеет достаточного сходства с таковой при шизофрении, и результаты экспериментов можно отнести к простому отравлению. Тем не менее исследования в этом направлении способствуют более глубокому пониманию сущности шизофренического процесса.

Ряд исследователей указывают на развитие при шизофрении аутоинтоксикации в результате ослабления защитной функции ретикулоэндотелиальной системы. В связи с этим развивается аутоаминотоксикоз как следствие нарушения обменных процессов и иммунных свойств организма. Высказывались также утверждения, что шизофрения является результатом хронического (в миндалинах, зубах, кишечнике, в придатках матки и др.), вызывающего усиление гнилостного брожения, изменение проницаемости стенок кишечника, обуславливающее всасывание продуктов неполного расщепления белков и развитие азотистого токсикоза.

Существует также и вирусная теория происхождения шизофрении.

Дифференциальный диагноз. Диагностика шизофрении довольно сложна, так как ее следует разграничивать со многими психическими заболеваниями. В частности, шизофрению необходимо дифференцировать от связанных со стрессом *реактивных психозов*. Реактивный психоз развивается, как правило, после психогенной травмирующей ситуации, и содержание психопатологической симптоматики при этом психозе отражает особенности перенесенной психотравмы. В отличие от шизофрении реактивный психоз не приводит к эмоционально-волевому оскудению личности и обычно успешно излечивается.

Аффективные (эмоциональные) расстройства от шизофрении отличаются строгой периодичностью течения и сменяемостью фаз (депрессии, маниакальных состояний). При маниакально-депрессивном психозе никогда не наблюдается деградации личности, а приступы в период развития не содержат психопатологической симптоматики, присущей шизофрении (истинные и ложные галлюцинации, синдром Кандинского – Клерамбо и др.).

Клиническая картина шизофрении может иметь сходство с таковой *эпилептических психозов*. Однако наличие при последних судорожных припадков в анамнезе, пароксизмальность развития, напряженность аффекта и изменения личности по эпилептическому типу позволяют разграничить эти два заболевания.

Психические расстройства пожилого возраста в отличие от шизофрении возникают в предстарческом возрасте (45–60 лет) и отличаются преобладанием тревожно-депрессивного настроения и бредовых идей малого размаха (бред материального ущерба, обнищания и т. д.). При инволюционных психозах патологические изменения личности не столь выражены, как при шизофрении.

Ремиссии по М.Я. Серейскому. В настоящее время благодаря наличию множества антипсихотических средств ремиссии при шизофреническом процессе довольно часты. Обычно выделяются спонтанные ремиссии, особенно характерные для шубообразного и периодического типов течения, и лекарственные ремиссии, возникающие под влиянием различных терапевтических мероприятий. Установление типа ремиссии крайне необходимо при решении вопроса реадaptации больного. Различают следующие типы ремиссий.

Тип А – практически полное выздоровление больного без выраженных изменений личности. Профессиональные навыки остаются на прежнем уровне.

Тип В – почти полное обратное развитие психопатологической симптоматики с остаточными невыраженными негативными изменениями и неврозоподобными расстройствами. Больные в состоянии такой ремиссии способны продолжать работу на прежнем месте.

Тип С – улучшение психического состояния с наличием остаточных психопатологических симптомов. Критика к перенесенным расстройствам неполная или отсутствует. Трудоспособность снижена. Больной не в состоянии заниматься квалифицированным трудом, но может выполнять домашнюю работу под наблюдением родственников.

Тип D – внутриклиническое улучшение. Больной под влиянием лечения становится спокойнее, вовлекается в стационаре в трудовые процессы, может выполнять работу в трудовых мастерских при больнице.

Тип 0 – состояние больного остается без изменений.

Патологическая анатомия. Специфических патолого-анатомических данных при шизофрении не установлено. Обнаруживаются изменения со стороны внутренних органов: капельное сердце, узость аорты, атрофия печени, почек, туберкулезное поражение легких. Признаков воспаления мозга нет. При его микроскопическом исследовании выявляются патологические изменения во II, III и V слоях коры больших полушарий, в зрительном бугре и др. Отмечается зернистость нервных клеток, двудерность нейронов, запустевание отдельных участков мозга.

Лечение. В последние десятилетия в лечении шизофрении достигнуты значительные успехи. Существует множество самых разнообразных терапевтических приемов, позволяющих подчас у больных с тяжелой психопатологической картиной шизофрении добиться значительного улучшения.

Все виды медикаментозного лечения шизофрении должны постоянно сочетаться с психотерапевтическими воздействиями, вовлечением больных в трудовые процессы, правильной организацией режима во время лечения в стационаре и в домашних условиях.

В настоящее время широко применяются психотропные средства, а также шоковые методы лечения (инсулиновая, атропинокоматозная, электросудорожная терапия).

Назначение тех или иных методов лечения проводится в зависимости от формы, типа течения и длительности заболевания. Оценивается также структура ведущего синдрома. При наличии в клинической картине острого галлюцинаторно-бредового синдрома назначаются нейролептики с преимущественно тормозным эффектом действия в быстро нарастающих дозировках (*аминазин* – 250–400 мг, *тизерцин* – 250–400 мг в сутки и др.). Параллельно назначаются нейролептики с антипсихотическим действием (*галоперидол* – 15–20 мг, *триседил* – 2–5 мг, *трифтазин* – 40–60 мг в сутки и др.). При кататонической форме шизофрении показан *мажептил* (до 150 мг в сутки), *триседил* (2–5 мг в сутки), при простой шизофрении – *френолон* (до 80–120 мг в сутки). Наличие в клинической картине депрессивной симптоматики требует дополнительного назначения антидепрессантов (*мелипрамина* – до 75–150 мг, *амитриптилина* – до 100–150 мг, *пиразидола* – до 75–150 мг в сутки в постепенно возрастающих дозиро-

ках). Показаны также и другие психотропные средства, в том числе и препараты пролонгированного действия. Не следует забывать о назначениях корректоров: *циклодола, артана, паркопана, ромпаркина, динезина, норакина* и др.

Нередко в процессе длительного лечения у больных шизофренией обнаруживается резистентность патологического процесса к проводимой терапии. Болезнь принимает длительное хроническое течение без тенденции к ремиттированию. Для преодоления терапевтической резистентности показано:

- 1) внутривенное или внутримышечное введение *мелипрамина* до временного обострения симптоматики;

- 2) введение *маннитола, мочевины, лидазы, гемодеза, нативной плазмы* реконвалесцентов, прием диуретических средств (*фуросемида, верошпирона* и др.);

- 3) введение иммунодепрессантов (*циклофосфамида*);

- 4) применение метода быстрого изменения дозировок нейролептиков («зигзаг», одномоментная отмена препарата);

- 5) применение электросудорожной терапии и инсулинокоматозного лечения в периоды полной отмены нейролептиков;

- 6) введение препаратов из группы ноотропов (*аминлон, ноотропил, пантогам, энцефабол*).

После достижения терапевтического эффекта больные шизофренией должны получать противорецидивное лечение психотропными средствами (лучше препаратами пролонгированного действия – *модитен-депо, флушпирилен*). Одновременно должны осуществляться реабилитационные мероприятия по социально-трудовому устройству больных с применением психотерапевтических воздействий, по оздоровлению микросоциального окружения.

В процессе проведения судебно-психиатрической экспертизы больные шизофренией в большинстве случаев признаются невменяемыми.

Симптомы шизофрении, являющиеся наиболее важными для диагностики этого заболевания с позиции МКБ-10

Считается, что четких патогномоничных симптомов для шизофрении нет, поэтому для практических целей рекомендуются следующие признаки заболевания.

1. Эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей.
2. Бредовые идеи воздействия, влияния, относящиеся к мыслям человека, его действиям, ощущениям, движениям тела или конечностей.
3. Комментирующие галлюцинации, обсуждающие поведение больного. Сюда относятся и галлюцинаторные голоса, исходящие из какой-либо части тела.
4. Стойкие бредовые идеи больных о своих сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами).
5. Постоянные галлюцинации любой сферы, сопровождающиеся бредовыми идеями, или же постоянные стойкие сверхценные идеи, которые проявляются в течение нескольких недель и даже месяцев.
6. Разорванность мыслительного процесса различной степени выраженности с неологизмами, амбивалентностью и амбигуэнтностью.
7. Кататонический ступор и возбуждение.
8. Негативные симптомы, проявляющиеся в выраженной апатии, эмоциональном уплощении или неадекватности эмоциональных реакций, бедности речи, что приводит к снижению социальной продуктивности. В данном случае врачам рекомендуется определить, что указанные симптомы не являются результатом депрессии или нейролептической терапии.
9. Качественные изменения поведения, сопровождающиеся утратой интересов, бездеятельностью, социальной аутизацией.

Характерные диагностические критерии шизофрении в соответствии с американской диагностической классификацией DSM-IV

А. Симптомы шизофрении, которые должны наблюдаться в течение одного месяца активной фазы заболевания и не менее двух из ниже упомянутых признаков:

- 1) бред;
- 2) галлюцинации;
- 3) дезорганизованная речь (разорванное мышление);
- 4) крайне дезорганизованное или кататоническое поведение;
- 5) негативные симптомы, т. е. обеднение эмоций, абulia и др.

Б. Социально-трудовая дезадаптация. В результате начала болезни появляется снижение функционирования в наиболее важных сферах жизнедеятельности человека, таких как работа, учеба, взаимоотношения с людьми, самообслуживание. Указанные нарушения могут наступить до появления выраженных симптомов заболевания.

В. Продолжительность симптомов болезни не менее 6 месяцев. В этот период происходит активная фаза, во время которой наблюдаются симптомы социально-трудовой дезадаптации.

Г. Шизоаффективные расстройства и расстройства настроения с психотической симптоматикой исключены, так как ни выраженное депрессивное, ни маниакальное, ни смешанное состояние не возникло одновременно с симптомами активной фазы.

Д. Заболевание не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, употребление наркотиком или лекарственным средством) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием.

Е. При аутистическом или другом глубоком расстройстве психики в анамнезе диагноз шизофрении ставится только в том случае, если на протяжении не менее одного месяца (или меньше при успешном лечении) имеются выраженные бредовые или галлюцинаторные расстройства.

Типы шизофрении по МКБ-10 и DSM-IV

Выделяемые типы течения шизофрении, хотя и не имеют принципиальных отличий от форм заболевания, принятых в отечественной психиатрии, требуют уточнения.

Различают следующие формы шизофрении.

1. Параноидная шизофрения. При этом варианте наиболее часто встречаются следующие параноидные симптомы:

а) бред преследования, систематизированный или отрывочный; бредовые идеи отношения и значения, высокого происхождения, телесных изменений, ревности, сопровождающиеся частыми слуховыми галлюцинациями, связанными одной темой;

б) обонятельные и вкусовые галлюцинации. Могут возникать зрительные галлюцинации, но они не являются основным симптомом;

в) при этой форме шизофрении отсутствует разорванность мышления, непоследовательность ассоциаций,

обеднение или значительная неадекватность эмоций, кататонические признаки.

2. Дезорганизованная психозения. По описанию данная форма соответствует более распространенному понятию – гебефрения – психозения (МКБ-10 F20.1).

3. Кататоническая психозения. Симптоматика данной формы приведена нами ранее (F20.2).

4. Недифференцированная психозения (F20.3). Клиническая картина не укладывается ни в одну из ранее описанных типов заболевания. Состояние больного не отвечает критериям параноидного, кататонического или дезорганизованного (гебефренного) типа. Может применяться понятие «атипичная психозения».

5. Резидуальная психозения (F20.5). Диагностика этого варианта заболевания основывается на отчетливом переходе от ранней стадии (состоящей из одного или более психотических эпизодов) к последующей с длительными, часто необратимыми негативными симптомами. При этой форме заболевания отсутствуют выраженные бредовые и галлюцинаторные состояния, инкогерентность мышления и крайне дезорганизованное поведение. О болезни свидетельствуют не менее двух резидуальных симптомов, относящихся к негативным психозеническим проявлениям (снижение активности, эмоциональная сглаженность, отсутствие инициативы, бедность речи).

6. Простая психозения (F20.6). Клиническая картина в целом соответствует описанной ранее.

7. Постпсихозеническая депрессия (F20.4). При этом заболевании депрессивный эпизод может быть продолжительным и является результатом психозении. Однако в клинической картине психозенические симптомы не доминируют, на первый план выступают депрессивные симптомы. Иногда возникают трудности при дифференциации депрессивных проявлений от уплощенного аффекта при психозении или нейролептической депрессии.

Такие депрессивные состояния связаны с повышенным суицидальным риском. Характерен симптом дефенестрации – склонность больных с целью самоубийства выбрасываться из окна верхних этажей зданий.

8. В соответствии с классификацией DSM-IV выделяется психозения типа I, типа II и парафрения. Психозения типа I и типа II подразделяется с учетом наличия или от-

сутствия у больных позитивных (продуктивных) или негативных симптомов. К позитивным симптомам в данном случае относят разорванность мышления, галлюцинации, странное поведение и повышение речевой активности. К негативным симптомам относят притупление эмоций, бедность содержания речи, неопрятность, социальная отчужденность, когнитивные (познавательные) нарушения, расстройства внимания и ангедония (утрата чувства радости, наслаждения). При шизофрении I типа наблюдаются преимущественно позитивные симптомы, а у больных шизофренией II типа – негативные.

Парафрения по клинической картине стоит близко к параноидной шизофрении. Иногда используется как синоним параноидной шизофрении. Отличается от шизофрении длительно сохраняющейся живостью эмоциональной сферы и относительной психической сохранностью. Выделяют три типа парафрении:

1) систематическая парафрения, которая характеризуется систематизированным бредом. Психика долгое время остается сравнительно сохранной. Вне параноидной системы больной выглядит практически здоровым;

2) конфабуляторная парафрения. На первый план выступают фантастические бредовые идеи величия и преследования с участием ложных воспоминаний;

3) экспансивная парафрения, при которой на фоне повышенного настроения и гипоманиакального возбуждения наблюдаются идеи величия. Течение хроническое, слабоумие развивается медленно.

До настоящего времени неоднозначное толкование понятия парафрении ставит вопрос о возможности диагностики этого заболевания в крайне редких случаях.

В отечественной психиатрии принято сходное деление шизофрении в зависимости от характера течения болезни. Выделены следующие типы течения: непрерывное, приступообразно-прогредиентное (шубообразное), интермиттирующее (рекуррентное, периодическое) и малопрогредиентное (вялотекущая шизофрения). Указанные типы течения, их клиническая картина и синдромологические особенности приведены нами ранее. Что же касается рассматриваемой классификации, то периодическая шизофрения по МКБ-10 и DSM-IV отнесена к шизоаффективным расстройствам, малопрогредиентная шизофрения

как шизотипическое расстройство отнесена по МКБ-10 в раздел F21 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», а по DSM-IV – в раздел «Расстройства личности».

В настоящее время выдвинута полигенная теория наследования и теория наследования с вовлечением одного гена. На основании многочисленных клинических наблюдений достаточные научные подтверждения получила полигенная теория. Признаки, обусловленные полигенным наследованием, следующие:

1) у больных с тяжелой формой шизофрении больше родственников, больных шизофренией;

2) риск развития заболевания снижается с уменьшением числа общих генов;

3) возникшее заболевание может иметь различную тяжесть;

4) возникновение болезни возможно при наличии больных родственников как со стороны матери, так и со стороны отца;

5) риск заболевания зависит от биологического родителя, а не от приемного;

6) монозиготные близнецы, воспитанные раздельно, имеют такой же показатель конкордантности, как и близнецы, воспитанные вместе. Шизофрения – расстройство, не сцепленное с полом, степень риска не зависит от того, кто из родителей болен.

Приводим результаты распространенности шизофрении среди родственников больных. Данные представлены в руководстве И. Седок и М.Д. Каплан.

Распространенность больных среди населения в целом составляет 1–1,5%. Родственники первой степени родства (отец, мать, братья, сестры) – 10–12%. Родственники второй степени родства (дед, бабушка, тети, дяди, двоюродные братья и сестры) – 5–6%. Дети, родившиеся у обоих больных шизофренией родителей, – 4%. Дизиготные близнецы – 12–15%. Монозиготные близнецы – 45–50%.

Зарубежные ученые (Броун и др.) пришли к заключению, что после выписки из больницы у больных шизофренией, возвращающихся к своим семьям, прогноз обычно хуже, чем у тех, кто поступает в специальные общежития для психически больных. Рецидивы наиболее часты в тех семьях, где родственники делают критические замеча-

ния, проявляют враждебность и демонстрируют признаки повышенного эмоционального переживания по отношению к больным. Приводим факторы, прогнозирующие различный исход шизофрении.

Хороший прогноз.

1. Внезапное начало.
2. Краткий эпизод.
3. Отсутствие психических расстройств ранее.
4. Выраженные аффективные симптомы.
5. Позднее начало.
6. Пациент состоит в браке.
7. Хорошая психосексуальная адаптация.
8. Хороший послужной список.
9. Хорошие социальные взаимоотношения.
10. Нормальная личность до заболевания.
11. Больной соблюдает режим, план лечения и выполняет рекомендации медперсонала.

Плохой прогноз.

1. Постепенное начало.
2. Длительный эпизод.
3. Наличие психических расстройств в анамнезе.
4. Негативные симптомы.
5. Раннее начало.
6. Больной одинок; проживает отдельно с супругой; вдовец; разведенный.
7. Плохая психосексуальная адаптация.
8. Патологическая личность до заболевания.
9. Плохой послужной список.
10. Социальная изоляция.
11. Больной нарушает режим и план лечения, не выполняет рекомендации медперсонала.

К числу профилактических мероприятий следует отнести необходимость соблюдения больным правильности гигиенического режима труда и быта, ведения здорового образа жизни. Физическое и умственное переутомление всякого рода, психогенные травмы и, особенно, состояние длительного вынужденного напряжения могут провоцировать рецидив. Обострению процесса могут способствовать различные интоксикации, а также инфекции.

При многих формах шизофрении широко обнаруживается нарушение поведения и повышенная патологическая активность. Однако серьезное проявление физического

насилия по отношению к другим лицам, и тем более убийство, встречается редко. При наличии в симптоматике большого бредовых идей преследования, воздействия наряду со слуховыми галлюцинациями (особенно императивными) возможно членовредительство и суицидальные попытки. Примерно один из десяти больных шизофренией погибает в результате самоубийства.

При судебно-психиатрической оценке больных шизофренией испытуемые как правило признаются невменяемыми. В тех случаях, когда диагностируется шизотипическое расстройство или вялопрогредиентный процесс, вопрос решается индивидуально.

Глава 8. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Особенности классификации аффективных расстройств в МКБ-10 (F30–F39). Одним из основных признаков аффективных расстройств является нарушение настроения. Для человека вполне естественно ощущать подавленность и грусть в периоды, когда на него обрушиваются какие-либо беды и несчастья. Депрессивное настроение является компонентом многих психопатологических состояний. В их основе – характерные признаки, описанные в данной главе.

В противоположность депрессивному состоянию встречается приподнятое настроение. Патологически повышенное настроение является симптомом также нескольких психопатологических синдромов. Маниакальный синдром, или «мания», как и депрессивный синдром, или «депрессия», с разнообразными их клиническими проявлениями невозможно описать в данном разделе. Поэтому мы и остановились на наиболее часто встречающихся и специфических признаках указанных расстройств.

Между разделами аффективных расстройств, включенных в МКБ-10 и DSM-IV, существует много сходства и есть некоторые различия. Сходства заключаются в том, что в обоих случаях содержатся категории как для единичных приступов аффективных расстройств, так и для рекуррентных форм. Кроме того, в обеих системах признается существование слабовыраженных, нестойких на-

рушений настроения с периодами чередования соответствующих фаз (циклотимия).

Главное различие между двумя классификациями заключается в том, что в МКБ-10 содержится две дополнительные категории, из которых одна предназначена для других аффективных расстройств (F32.8; F38.0; F38.10). Вторая дополнительная категория в МКБ-10 «шизоаффективные расстройства» отнесена к разделу F2 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», в то время как в рубрике DSM IV они классифицируются как дистимическое расстройство (по МКБ-10 – F34.1). Это менее тяжелое депрессивное состояние, склонное к хроническому течению. Наблюдается обычно у людей, испытывавших длительный стресс или внезапную утрату. Дистимическое расстройство нередко существует с личностным и обсессивно-компульсивным расстройствами. Возраст начала заболевания – 20–40 лет, чаще встречается у женщин. Состояние ухудшается к вечеру.

Отсутствует однозначный ответ на вопрос, является ли дистимическое расстройство только аффективной патологией или оно относится к патологии личности.

Из группы биполярных аффективных расстройств по МКБ-10 и DSM-IV исключено циклотимическое расстройство, описанное нами ранее. Оно характеризуется субдепрессивными эпизодами, не достигающими рамок большой депрессии, с периодически флюктуирующим течением гипоманиакальных состояний. В классификации МКБ-10 циклотимия относится к группе хронических аффективных расстройств (F34.0).

Маниакально-депрессивный психоз (циклофрения) характеризуется периодическим возникновением и сменяемостью депрессивных и маниакальных состояний, между которыми наблюдаются различной длительности светлые промежутки. Впервые описан Крепелином в 1896 г.

Заболевание возникает обычно в зрелом возрасте (30–60 лет). Отличается относительно благоприятным течением, не сопровождается развитием слабоумия и изменениями личности. В промежутках между приступами наступает практическое выздоровление.

Болезнь встречается редко, в два раза чаще у женщин, чем у мужчин. В последние годы отмечается некоторый рост заболеваемости маниакально-депрессивным психо-

зом, что может быть связано с увеличением среди населения людей пожилого возраста.

Типы течения. Клиническая картина маниакально-депрессивного психоза характеризуется периодическим возникновением маниакальных или депрессивных фаз. Значительно чаще наблюдаются депрессивные состояния. Длительность отдельных приступов, светлых промежутков между ними и частота обострений значительно варьируют. Отдельные фазы могут продолжаться несколько дней или принимать затяжное течение – до нескольких месяцев и даже лет. Различают в основном три варианта течения.

В тех случаях, когда за маниакальной или депрессивной фазой следует светлый промежуток, сменяющийся приступом (фаза), противоположным первоначальному, говорят об *альтернирующем* типе течения. Например, заболевание, возникнув с депрессивного состояния, после интермиссии проявляется в виде маниакальной фазы, затем наступает светлый промежуток и снова – депрессия и т. д.

Наблюдается и *двухфазное* (биполярное) течение: одна из фаз непосредственно переходит в другую, противоположную, и лишь затем следует интермиссия.

Чередование лишь одной фазы, чаще всего депрессивной, характеризуется периодическим течением. Однако при этом возможность возникновения противоположной фазы сохраняется.

Маниакально-депрессивный психоз возникает, как правило, без воздействия внешних факторов – автохтонно. В некоторых случаях болезнь могут провоцировать перенесенные инфекции, соматические заболевания, психотравмирующие ситуации. Приступ начинается постепенно (чаще весной или осенью) с появления бессонницы, эмоциональных колебаний, душевного дискомфорта.

Депрессивная фаза. Депрессивная фаза маниакально-депрессивного психоза имеет классическую клиническую картину. При депрессии наблюдается характерная триада симптомов: *угнетенное, тоскливое настроение, заторможенность мыслительных процессов, скованность двигательной сферы*. Больные печальны, угрюмы, движения их замедленны, однообразны. Выражение лица страдальческое (рис. 9). Мысли у них текут медленно, речь монотонна и бедна ассоциациями. Они с трудом переключаются с одной темы на другую, болезненно оценивают свои поступки, высказывают идеи самообвинения, самоуничтожения.



Рис. 9. Внешний вид больной при проявлении депрессивного синдрома

Будущее больным видится мрачным, непоправимым, безысходным. На фоне чувства собственной неполноценности в памяти всплывают «ошибки» прошлых лет. У больных создается впечатление, что окружающие с презрением, осуждающе относятся к ним, что все знают, насколько они ничтожны и совершенно непригодны к жизни. Особенно гнетущая тоска отмечается в утренние часы. К вечеру самочувствие больных несколько улучшается. Однако никакая внешняя причина не может отвлечь их от тоски, самобичевания, чувства неполноценности. Подавленное настроение сопровождается и ощущением соматического неблагополучия: общей слабостью, снижением работоспособности, неприятным чувством в груди, во всем теле.

Характерным для депрессивного состояния является и так называемое *скорбное бесчувствие* – психическая анестезия. Больные жалуются, что не могут выполнять семейных обязанностей, стали бесчувственными, безразличными, холодными к детям, родным, близким. При этом, как правило, наблюдается критическая оценка своего состояния. Однако, понимая происшедшие с ними изменения, они ничего не могут поделать с собой и от этого тяжело страдают. Этот признак маниакально-депрессивного психоза может служить его дифференциально-диагностическим критерием в отличие от эмоциональной опустошенности при шизофрении. В последнем случае у больных также наблюдается «отсутствие чувств», но они не переживают из-за этого и не проявляют критической самооценки.

При депрессивных состояниях мучительное чувство гнетущей тоски часто приводит к суицидальным попыткам. Особенно внимательное наблюдение за больными должно быть в период возникновения прилива неистовства, взрыва отчаяния, *меланхолического раптуса* (гр. *raptus melancholicus*), во время которого проявляется повышенная склонность к самоистязанию.

Часто депрессия сопровождается тягостным, мучительным ощущением в области сердца — *предсердечная тоска*.

Характерны также продольные складки кожи на переносице, искривление кожной складки верхнего века в средней трети ближе к носу (*симптом Верагута*), придающей выражению лица скорбь.

Кроме того, часто наблюдается своеобразный симптомокомплекс, характеризующийся преобладанием тонуса симпатической нервной системы. Он проявляется тахикардией, повышением артериального давления, расширением зрачков, спастическими запорами, аменореей (*синдром В.П. Протопопова*).

Клиническая картина маниакально-депрессивного психоза не всегда протекает в рамках приведенных классических триад симптомов. Нередко отдельные компоненты триады выражены слабо либо вовсе отсутствуют. В этих случаях наблюдаются атипичные состояния. Они крайне разнообразны.

Для депрессивных состояний характерно несколько атипичных вариантов. В частности, наблюдается депрессивная фаза, при которой мышление не заторможено, а, наоборот, ускорено, в то время как остальные симптомы сохранены. Это *продуктивная меланхолия*.

Иногда заторможенность двигательной сферы при депрессии сменяется двигательным возбуждением, беспокойством, ажитацией — *ажитированная депрессия*. Больные мечутся, причитают, не находят себе места, просят помощи. Этот вариант депрессии характерен при развитии маниакально-депрессивного психоза в инволюционном периоде.

Обычно при депрессивных состояниях, несмотря на гнетущую тоску, больные не плачут. Появление слезливости говорит о скором окончании депрессивной фазы и наступлении светлого промежутка.

В некоторых случаях повышенная слезливость наблюдается на протяжении всего приступа меланхолии. В связи с этим выделяют еще один атипичный вариант – *слезливую депрессию*.

Под влиянием антидепрессивных средств симптоматика депрессивной фазы нивелируется, настроение больных улучшается, они становятся активнее, целеустремленнее, и создается впечатление, что наступила интермиссия. Однако на самом деле приступ не закончился, он лишь «защторен» лекарственными препаратами, и при переводе больных на поддерживающую терапию более низкими дозами может возникнуть рецидив заболевания. Это «*защторенная*» депрессия.

Бывают случаи, когда после проведенного курса лечения и выписки из стационара больные, возвращаясь домой, меняют по различным причинам местожительство, в связи с чем у них снова возникает депрессия. Ее иногда называют *квартирной депрессией*. В психиатрической практике также встречаются *скрытые (маскированные, ларвированные) депрессии*. Клиническая картина их отличается неспецифичностью и большой полиморфностью различных соматических расстройств. При этой форме на фоне маловыраженных депрессивных симптомов может имитироваться клиническая картина любого соматического заболевания органического или функционального генеза.

Депрессивные расстройства не всегда отличаются выраженной угнетенностью, тоской; встречаются и стертые меланхолические состояния, субдепрессии. Такие рудиментарно выраженные случаи маниакально-депрессивного психоза называют *циклотимией*. Кратковременные приступы не требуют стационарного лечения и, как правило, легко переносятся больными амбулаторно. Однако встречаются приступы, которые длятся в течение нескольких месяцев и даже лет. В таких случаях необходима госпитализация больных и активное лечение с последующим переводом их на амбулаторную поддерживающую терапию.

Маниакальная фаза. Маниакальная фаза, как и депрессивная, характеризуется классической триадой симптомов: *повышенным настроением, ускорением мыслительного процесса, психомоторным возбуждением*. У маниакальных больных отмечается повышенное чувство прилива физической силы, полного благополучия, отлич-



Рис. 10. Больная в маниакальном состоянии

ного здоровья. Все окружающее кажется им прекрасным и радостным. Повышенное настроение отражается на поведении больных, их мимике, жестах. Они громко смеются, поют песни, сочиняют стихи, танцуют (рис. 10). Речь их многословна и сопровождается двигательной активностью, жестикуляцией. Темп мышления настолько ускорен (*скачка идей*), что больные не успевают до конца высказывать свои мысли, в связи с чем речь их внешне кажется бессвязной. Внимательное же собеседование с больным показывает, что на самом деле ассоциативная связь у него существует.

При маниакальной фазе наблюдается также симптом *повышенной отвлекаемости*. Любые события, слова, поведение окружающих, новая обстановка вызывают у больных реакцию; при этом они делают образные сопоставления, сравнения воспринимаемых факторов, что свидетельствует о их высокой наблюдательности.

Маниакальные состояния часто сопровождаются обострением памяти (*гипермнезия*). Больные читают стихи, которые в обычном состоянии не помнят и заучивали их много лет назад. Голос у них хриплый в связи с постоянным речевым возбуждением. Повышенное настроение, расторможенность инстинктов накладывают отпечаток на тематику разговоров, в частности больные много говорят на эротические темы, легко завязывают знакомства с совершенно чужими людьми, проявляют грубую сексуальность по отношению к персоналу больницы, циничны, нецензурно бранятся. Сон у них кратковременный, но очень

глубокий. Appetит повышен, однако вес больных резко падает. Внешне они выглядят моложавыми, мимика у них очень живая, на лице часто блуждает улыбка, движения выразительны, театральны. В каждом случае маниакального состояния больные высказывают *идеи переоценки собственной личности*. Считая себя способными, талантливыми людьми, они утверждают, что могли бы занимать ответственные посты, руководить крупными воинскими подразделениями, совершать научные открытия.

По особенностям клинической симптоматики атипично могут протекать и маниакальные фазы циклофрении. Отсутствие у больных характерного стремления к деятельности и ускоренного течения мыслительных процессов при сохранности эйфоричного настроения позволяет выделить атипичный вариант маниакальной фазы, называемый *непродуктивной манией*.

Иногда может наблюдаться маниакальное состояние в сочетании с чувством гнева, озлобленностью, раздражительностью — *гневливая мания*.

Значительно реже маниакальное состояние сопровождается обездвиженностью — *маниакальный ступор*.

Атипичные варианты маниакального психоза встречаются с различной частотой. В одних случаях болезнь протекает атипично с самого начала, в других — атипичные симптомы включаются в психопатологическую симптоматику на разных этапах развития той или иной фазы.

Больная С., 48 лет; страдает маниакально-депрессивным психозом, депрессивной фазой. Из анамнеза известно, что у матери больной наблюдались колебания настроения. Отец злоупотреблял алкоголем. Росла общительной, веселой, деятельной, но была крайне впечатлительна, легко ранима. Успешно окончила среднюю школу и политехнический институт. В 20 лет без внешнего повода у нее появилось повышенное настроение. Она стала многоречивой, чрезмерно возбужденной, подала заявки на несколько «изобретений». Спустя 2,5 месяца состояние нормализовалось без лечения. Второй приступ возник в 26 лет, так же как и первый, без внешнего повода. Он сопровождался выраженной тоской, бессонницей, идеями самоуничтожения, суицидальными мыслями. Находилась на стационарном лечении 3 месяца. В последующие годы маниакальное состояние наблюдалось в возрасте 32 лет, а депрессивное — в 36 лет. Оба приступа заканчивались глубокими интермиссиями. Во время последнего лечения в клинике была тревожна, ажитирована. Обвиняла себя в том, что вся ее «жизнь состоит из сплошных ошибок и прожита

напрасно», что «сына довела до болезни», что из-за нее «возникли конфликты на производстве, испортились отношения в семье». Требовала, чтобы ее судили. Считала, что «должна погибнуть, пока не причинила еще большего вреда». Речь больной монотонна, мимика страдальческая. Она с трудом вставала с постели. Ухудшение состояния было обычно по утрам. К вечеру больная становилась более оживленной. Во время свидания с родными просила наказать ее, жаловалась на чувство тяжести в груди, сердцебиение.

Этиология и патогенез. Еще со времен Крепелина считается, что маниакально-депрессивный психоз имеет эндогенное происхождение. Можно полагать, что наследственные факторы играют важную роль в этиологии и патогенезе маниакально-депрессивного психоза. Подтверждением этого является наличие огромного риска возникновения данного заболевания среди монозиготных близнецов, а также накопление подобных больных в семьях, где родители страдают маниакально-депрессивным психозом.

Высказываются мнения о важной роли эндокринных нарушений при циклофрении. Доказательством является возникновение заболевания чаще всего у женщин в связи с родами, климаксом, нарушением менструального цикла. В.П. Протопопов большое значение в патогенезе маниакально-депрессивного психоза придавал нарушению функции гипоталамического отдела мозга. Его точка зрения подтверждается возникновением аффективных нарушений при применении психотропных средств. Как известно, при длительном лечении нейролептическими средствами, воздействующими преимущественно на неспецифические системы мозга, возникает нейролептическая депрессия, клиническая картина которой очень похожа на таковую депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза. Применение же антидепрессантов в некоторых случаях может вызывать маниакальные состояния.

И.П. Павлов высказал мысль, что в основе смены фаз при маниакально-депрессивном психозе лежит нарушение взаимодействия основных нервных процессов. В экспериментальных условиях при перенапряжении возбуждения или торможения он наблюдал патологическую аperiodичность, волнообразность колебаний условно-рефлекторной деятельности.

Лечение. Терапия маниакально-депрессивного психоза проводится с учетом особенностей приступов. При этом

необходим правильный уход за больными, находящимися в маниакальном и особенно в депрессивном состоянии. Маниакальным больным присуще психомоторное возбуждение и неадекватное поведение, депрессивным – суицидальные тенденции. В последнем случае требуется особенно строгий надзор. Депрессивный больной постоянно должен находиться в поле зрения персонала. При этом необходимо изъять незаметно для больного принадлежности, которые он может использовать для суицидальных попыток. Больной не должен лежать на кровати, укрывшись одеялом с головой, так как при этом может использовать для самоубийства простыни, наволочки, собственные волосы. С целью самоубийства больные могут накапливать и медикаменты. Поэтому медсестра должна убедиться, что больной принял таблетки, а не спрятал их во рту. Обращение при этом с больным должно быть внимательным и мягким.

Основой современного лечения маниакально-депрессивного психоза является медикаментозная терапия. При депрессии назначают психоаналептические антидепрессивные препараты. Наиболее часто при типичных, «классических», депрессиях применяют *мелипрамин*, начиная с 25–50 мг и постепенно увеличивая дозу до 300–350 мг в сутки. Мелипрамин можно сочетать с нейролептическими средствами, в частности с *тизерцином* или *аминазином*. Назначение нейролептических препаратов способствует успокоению больных, улучшает сон и предупреждает обострение бредовых идей, которое возможно при лечении лишь одними антидепрессантами. Мелипрамин назначается в первую половину дня в связи с его стимулирующим действием, а нейролептики – на ночь. Можно назначать также *амитриптилин* (*триптизол*). Начальная доза его 25–50 мг, высшая терапевтическая – 250–300 мг в сутки. Препарат сочетает в себе антидепрессивное, седативное и незначительное стимулирующее действие. Показан при депрессиях, сопровождающихся тревогой.

С большой осторожностью следует применять антидепрессанты из группы ингибиторов моноаминоксидазы – *ипразид*, *трансамин*, *нуредаль*. Эти препараты нельзя сочетать с трициклическими антидепрессантами. Назначение их возможно спустя 2 недели после отмены трициклических антидепрессантов. Из диеты больных должны быть

исключены продукты, содержащие тирамин (сыр, кофе, пиво, шоколад). Одновременное назначение мелипрамина и ингибиторов моноаминооксидазы сопровождается психомоторным возбуждением, рвотой, потливостью, одышкой. В тяжелых случаях присоединяется резко выраженная тахикардия, коллапс с возможным летальным исходом. В этот момент необходимо срочное промывание желудка, очистительная клизма, внутривенное введение 40 мл 40% раствора глюкозы, подкожное капельное введение физиологического раствора (500–1000 мл), введение средств, стимулирующих сердечно-сосудистую и дыхательную системы, вдыхание кислорода.

Помимо вышеназванных способов лечения можно применять также один из старейших методов – назначение *настойки опия* начиная с 3–5 капель до 25–30 капель на прием. Целесообразно и подкожное введение *кислорода* (500–1000 см³), а также назначение гипогликемических доз *инсулина, витаминов*.

При безуспешном проведении указанного выше лечения депрессивным больным может быть рекомендована электросудорожная терапия.

При маниакальных состояниях назначают нейролептические средства, которые оказывают тормозное влияние на функцию нервной системы. Применяют *аминазин* – 25–50 мг на прием ежедневно, увеличивая дозу до 300–600 мг в сутки. Для быстрого успокоения больных при состоянии острого маниакального возбуждения, как и при ажитированной депрессии, препарат можно вводить внутримышечно (3–5 мл 2,5% раствора на новокаине) или внутривенно (1–2 мл 2,5% раствор в 20 мл 40% раствора глюкозы, медленно). Применяется также *галоперидол* в постепенно возрастающих дозах: от 2–5 до 30–40 мг в сутки. Хороший терапевтический эффект оказывает и *тизерцин*.

В последние годы для лечения маниакальных состояний применяют *соли лития*. Они могут быть использованы и для купирования приступов циклофрении. Начинают терапию с введения минимальных суточных доз (300–400 мг углекислого лития), постепенно увеличивая их до 600–800 мг. При этом необходим контроль концентрации лития в плазме крови. Лечение литием можно сочетать с назначением нейролептиков (*аминазин, галоперидол*).

На высоте приступа маниакально-депрессивного психоза больные нетрудоспособны, нуждаются в стационарном или амбулаторном лечении. В период интермиссии трудоспособность восстанавливается, поэтому спешить с переводом больных на группу инвалидности не следует.

Больные, совершившие преступления на высоте развития фаз циклофрении, признаются невменяемыми, в период интермиссии – вменяемыми.

Глава 9. ЭПИЛЕПСИЯ. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

Проблемы, с которыми сталкивается психиатр при оценке epileptической болезни, достаточно разнообразны. К ним можно отнести острые и подострые психотические расстройства, атипичные приступы и нарушения сна, epileptическое изменение личности, epileptическое слабоумие, судебно-психиатрическую оценку психического состояния больного, лечение психических и социальных осложнений заболевания.

Психические нарушения при epilepsии. Психические нарушения, связанные с расстройством сознания (сумеречное расстройство сознания, epileptический делирий, онейроид, особое состояние, трансамбулаторный автоматизм), классифицируются по МКБ-10 в рубрике F05.0.

Для достоверного диагноза должны присутствовать легкие или тяжелые симптомы каждой из следующих групп:

а) измененное сознание и внимание (от оглушения до комы: сниженная способность направлять, фокусировать, поддерживать и переключать внимание);

б) глобальное расстройство сознания (искажения восприятия, иллюзии и галлюцинации, в основном зрительные; нарушения абстрактного мышления и понимания с преходящим бредом или без него, но обычно с некоторой степенью инкогерентности; нарушение непосредственного воспроизведения и памяти на недавние события с относительной сохранностью памяти на отдаленные события; дезориентировка во времени, а в более тяжелых случаях – в месте и собственной личности);

в) психомоторные расстройства (гипо- или гиперактивность и непредсказуемость перехода от одного состояния к другому; увеличение времени; повышенный или сниженный поток речи; усиленный рефлекс четверохолмия);

г) расстройства ритма сон – бодрствование (бессонница, а в тяжелых случаях – тотальная потеря сна или инверсия ритма сон – бодрствование: сонливость днем, ухудшение симптомов в ночное время; беспокойные сны или кошмары, которые при пробуждении могут продолжаться как галлюцинации);

д) эмоциональные расстройства, как, например, депрессия, тревога или страхи, раздражительность, эйфория, апатия или недоуменная растерянность. Начало обычно быстрое, состояние в течение дня колеблющееся, а общая продолжительность – до 6 месяцев. Вышеописанная клиническая картина настолько характерна, что относительно достоверный диагноз делирия может быть поставлен, даже если не установлена его причина. В дополнение к анамнестическим указаниям на мозговую или соматическую патологию, лежащую в основе делирия, необходимы также подтверждения церебральной дисфункции (например, патологическая ЭЭГ, обычно, но не всегда обнаруживающая замедление фоновой активности), если диагноз вызывает сомнения. Острые и подострые состояния в виде галлюциноза, параноида, кататонического расстройства и аффективного состояния относятся к разделам F06.02; F06.12; F06.22; F06.3x2; изменение личности при эпилепсии (F07.02); эпилептическое слабоумие (F02.8).

Эпилепсия (гр. *epilepsia* от *epilambano* – схватываю, нападаю) – хроническое прогрессирующее заболевание, выражающееся в судорожных припадках и психических нарушениях. До XI в., когда Авиценна впервые употребил термин «эпилепсия», болезнь называлась падучей (так как в момент приступа больные теряли сознание и падали), «священной» (из-за частых патологических проявлений религиозного содержания), «лунной» (в связи с наблюдающимися у больных снохождением, лунатизмом).

Различают эпилепсию *собственную* (идиопатическую, генуинную) – как самостоятельное заболевание с типичной клинической картиной и *симптоматическую*, при которой на фоне основного заболевания возникают эпилептические припадки. В последнем случае эпилепсия

как бы является симптомом основного патологического процесса – опухолей мозга, травматической болезни, хронической алкогольной интоксикации и др.

Клиническая картина эпилептических припадков. Припадки могут быть большими и малыми.

Большой эпилептический припадок имеет характерную стадийность (фазность) развития. Обычно за несколько часов, иногда суток, до припадка появляется ряд симптомов – предвестников. При этом наблюдаются повышенное беспокойство, раздражительность, ощущения подергивания отдельных мышц лица и тела. Возможны также вазомоторные расстройства в виде сердцебиений, чувства тяжести в голове, светобоязни, ухудшения слуха, нарушения обоняния и вкуса.

Первой стадией большого судорожного припадка является *аура*; обозначает «дуновение» и исторически связывается с описанием в древности клинической картины большого эпилепсии, который перед припадком ощущал прохладное дуновение. Аура не всегда наблюдается в начале припадка, примерно у половины больных она отсутствует. Различают несколько вариантов ауры.

Наиболее часто встречается *сенсорная аура*, которая характеризуется неожиданным возникновением различных ощущений в органах чувств. При *зрительной ауре* больные видят вспышки света, окружающие предметы в ярких красках; *слуховая аура* у них сопровождается восприятием несуществующих звуков музыки, голосов, треска, шума. При *обонятельной ауре* больные ощущают странные, неопределенные запахи – дыма, ароматических веществ, разлагающихся отходов. *Висцеральная аура* начинается с неприятного ощущения в подложечной области, тошноты, рвоты, сердцебиения. *Двигательная аура* характеризуется стереотипными движениями (неожиданный импульсивный бег, вращение на месте). *Психическая аура* представляет собой переживания чего-то жуткого, страшного, угрожающего.

Обычно у одного и того же больного аура по содержанию повторяется с последующей критической оценкой и сохранением в памяти пережитого. Длится аура всего несколько секунд, однако в это время больные иногда, в очень редких случаях, с помощью сильного произвольного напряжения мускулатуры тела, резких движений,

сильных болевых раздражений, глубокого вдоха с задержкой дыхания способны подавить дальнейшее развитие припадка.

Припадок редко ограничивается аурой. После нее обычно развивается следующая стадия — *фаза тонических судорог*. Последняя может начаться и без ауры — внезапно наступает полная потеря сознания, сопровождающаяся резким тоническим напряжением всей мускулатуры. Иногда раздается характерный крик больного эпилепсией, возникающий в связи с выталкиванием воздуха через судорожно суженную голосовую щель. Больной обычно падает лицом вперед, при этом возможны переломы костей, вывихи суставов, ушибы. Во время приступа больные на свет не реагируют, зрачки у них расширены, дыхание останавливается, появляется синюшность (цианоз) кожных покровов (отсюда и название болезни «черная немочь»), непроизвольное испускание мочи, реже — кала.

Тоническая фаза продолжается около 30 с и сменяется *фазой клонических судорог*, которая проявляется поочередными сокращениями сгибательной и разгибательной мускулатуры конечностей, туловища, следующими друг за другом, т. е. попеременно чередуются резкие сгибательные и разгибательные движения. Появляется хриплое, kloкочущее дыхание, глаза закатываются, цианоз постепенно проходит. В связи с тем что в тонические и клонические судороги вовлекается и жевательная мускулатура, наблюдаются прикусы языка, слизистой ротовой полости. На губах появляется кровавая пена.

Клонические судороги через 1–2 мин слабеют, а затем прекращаются вовсе. Наступает *постприпадочная стадия*, длящаяся от нескольких минут до 1–2 ч. Сознание в это время у больного остается помраченным, речь бессвязная, взгляд блуждающий. Некоторые больные после окончания судорог сразу встают и продолжают работу, но чаще наступает глубокий сон. Проснувшись, они чувствуют себя разбитыми, ослабленными, неспособными к труду.

В случаях, когда большие судорожные припадки следуют один за другим и в промежутках между ними больной не приходит в сознание, развивается состояние, называемое *эпилептическим статусом*.

Малые припадки характеризуются кратковременной, всего на несколько секунд, потерей сознания с небольшими судорожными компонентами. Больной при этом не падает, и окружающие часто не замечают у него приступа расстройства сознания. Малый припадок, как и большой, сопровождается полной амнезией.

Малые припадки при эпилепсии могут проявляться в виде абсансов (от фр. *absence* – отсутствие). Больной вдруг замолкает или начинает невнятно бормотать, а спустя несколько секунд продолжает прерванный разговор. Выполняя какую-либо работу, внезапно прекращает ее, а через мгновение, придя в себя и ничего не помня о случившемся, продолжает занятие. Большим разнообразием малые припадки отличаются у детей.

Клиническая картина психических нарушений при эпилепсии. Клиническая картина эпилептической болезни не ограничивается симптоматикой больших и малых припадков. Почти всегда это заболевание сопровождается психическими нарушениями. Одни из них как бы представляют собой замену припадков и возникают остро, пароксизмально, без какой-либо внешней причины. Их называют психическими эквивалентами. Другие же развиваются постепенно, из года в год, прогрессируя по мере увеличения тяжести и длительности заболевания. Это хронические изменения психической деятельности при эпилепсии, отражающие изменение личности больного, его характера, интеллекта.

Эпилептические эквиваленты весьма разнообразны. Клиническая картина их сводится к следующим психопатологическим формам.

Дисфория – тоскливо-злое настроение, развивающееся без видимого повода. Больной мрачен, всем недоволен, придирчив, раздражителен, иногда агрессивен (рис. 11). Подобное расстройство длится несколько часов или дней, не сопровождается амнезией и заканчивается



Рис. 11. Больная в состоянии дисфории

также внезапно, чаще после сна. У некоторых больных во время приступов дисфории появляется неудержимое влечение к алкоголю, развиваются запои (дипсомания), ухудшающие состояние здоровья. Иногда обнаруживается стремление к бродяжничеству (дромомания), к перемене места жительства. Дисфория, как и судорожный припадок, может развиваться с различной частотой, по несколько раз в сутки или же один раз в несколько месяцев.

Сумеречное расстройство сознания встречается у больных эпилепсией довольно часто. При этом нарушается ориентировка в месте, времени, обстановке. Окружающая действительность воспринимается в искаженном фрагментарном виде. Появляются страх, злоба, агрессивность, бессмысленное стремление куда-то бежать. Отмечаются иллюзии, галлюцинации, бред. Движимые чувством страха, ярости, при наличии галлюцинаторно-бредовых переживаний больные склонны к самым тяжелым преступлениям, вплоть до убийства или самоубийства. После приступа наблюдается полная амнезия на период расстроенного сознания.

Необходимо отметить, что клиническая картина сумеречного расстройства сознания при эпилепсии полиморфна, но все же можно выделить несколько разновидностей его, между которыми наблюдается множество смешанных форм.

Эпилептический делирий – наплыв ярко окрашенных зрительных галлюцинаций, сопровождающихся напряженностью аффекта, страхом, переживанием ужаса, отрывочными бредовыми идеями преследования. Больные видят окрашенные в яркие тона кровь, трупы, огонь, раскаленные лучи солнца. Их «преследуют» люди, угрожающие убийством, насилием, поджогом. Больные крайне возбуждены, кричат, спасаются бегством или нападают на мнимых преследователей. Приступы заканчиваются внезапно. После них остается полная или частичная амнезия пережитого.

Часто встречаются также религиозно-экстатические видения, которые сопровождаются психомоторным возбуждением, нередко с агрессивными тенденциями, отрывочными бредовыми идеями религиозного содержания.

Эпилептический параноид отличается тем, что на фоне сумеречного расстройства сознания и дисфоричного изме-

нения настроения на первый план выступают бредовые идеи, носящие обычно яркие чувственные переживания. У больных наблюдается бред воздействия, преследования, величия, религиозный бред. Часто имеет место сочетание указанных бредовых расстройств. Например, идеи преследования сочетаются с бредом величия, религиозный бред проявляется совместно с идеями воздействия.

Эпилептический параноид, так же как и остальные эквиваленты эпилепсии, развивается пароксизмально. Приступы обычно сопровождаются расстройствами восприятия, появлением зрительных, обонятельных, реже слуховых галлюцинаций. Включение обманов чувств усложняет клиническую картину эпилептического параноида. Последний в свою очередь может чередоваться с большими судорожными припадками или же появляться при полном их отсутствии.

Эпилептический онейроид – довольно редкое явление в клинической картине эпилепсии. Характеризуется внезапным наплывом фантастических галлюцинаторных переживаний. Окружающее воспринимается больными с иллюзорно-фантастическими оттенками. Больные растеряны, не узнают близких, совершают немотивированные поступки. Болезненные переживания их нередко носят религиозное содержание. Часто больные считают себя непосредственными участниками кажущихся событий, где они выступают в роли могущественных персонажей из религиозной литературы – представляют себя богами, считают, что общаются с выдающимися личностями древности. На лице больного при этом отмечается выражение восторга, экстаза, реже – гнева и ужаса.

Амнезия на период перенесенного онейроида обычно отсутствует.

Эпилептический ступор – симптоматика этого состояния не столь выражена, как при шизофрении. Однако наблюдаются явления мутизма, отсутствие выраженной реакции на окружающее, некоторая скованность движений. На фоне этого субступорозного состояния можно установить наличие бредовых и галлюцинаторных переживаний.

Особое состояние – по клинической картине подобно сумеречному расстройству сознания. В то же время у больного при этом состоянии глубокого нарушения сознания не наблюдается, амнестические расстройства отсутству-

ют. Особое состояние сопровождается растерянностью, неясностью восприятия окружающего, отсутствием критики к болезненным нарушениям. При особых состояниях довольно часты расстройства восприятия пространства, времени, деперсонализация, дереализация окружающего.

Трансамбулаторный автоматизм — сопровождается сумеречным расстройством сознания. При поверхностном наблюдении у больных не всегда обнаруживается нарушение психической деятельности, тем более что поведение их носит упорядоченный характер и внешне не отличается от обычного. Больной может выйти на улицу, купить на вокзале билет, сесть в поезд, поддерживать в вагоне беседу, приехать в другой город и там, внезапно очнувшись, не понимать, как он сюда попал.

Сомнамбулизм (снохождение) — чаще возникает у детей и подростков. Больные без внешней необходимости встают ночью, передвигаются по комнате, выходят на улицу, взбираются на балконы, карнизы, крыши домов и через несколько минут, иногда часов, возвращаются обратно в постель или же засыпают на полу, на улице и т. д. В данном случае сумеречное расстройство сознания у больных наступает в ночное время. При этом восприятие окружающего носит извращенный характер. Проснувшись, больной амнезирует события, пережитые ночью.

Хронические изменения психической деятельности при эпилепсии развиваются в результате длительного течения патологического процесса. Они, как правило, сопровождаются изменением личностных свойств больного и проявляются в виде изменений характера, нарушений мыслительного процесса и развития слабоумия.

Лица, которые в преморбидном состоянии были эмоционально доступны, контактны, общительны, при прогрессивном течении эпилептического процесса постепенно обнаруживают *изменения характера*. В прошлом, до болезни, вполне гармоничная личность медленно, как бы исподволь, становится эгоцентричной, властолюбивой, мстительной. Повышенная впечатлительность сочетается с раздражительностью, сварливостью. Появляются агрессивность, жестокость, упрямство. Внешне больные нередко выглядят приторно учтивыми, слащавыми, однако в ситуациях, затрагивающих их личные интересы, прояв-

ляют необузданную импульсивность, эксплозивность, доходящую до развития «огненного гнева», сопровождающегося огромной яростью. Таким образом, под влиянием патологического процесса как бы формируется ядро новой личности, и больной эпилепсией по своим характерологическим чертам резко отличается от здоровых людей.

Хронические нарушения психической деятельности у больных эпилепсией могут проявляться также повышенной гиперсоциальностью. В данном случае в отличие от больных с асоциальными изменениями личности, склонных к постоянным конфликтам, нарушениям правил общежития, хулиганским действиям, к агрессивности, обнаруживаются добросовестность, детская привязанность, угодливость, стремление оказать услуги окружающим. Эпилептические характеры красочно описаны Достоевским в «Идиоте» и в «Преступлении и наказании», где в образе князя Мышкина четко выступает гиперсоциальность, а в образе Раскольникова дана характеристика личности с асоциальным поведением.

Мышление больного эпилепсией также претерпевает характерные изменения. На первый план выступает крайняя вязкость, обстоятельность мыслительного процесса, трудность переключения с одной темы на другую. Речь больного изобилует уменьшительно-ласкательными словами, темп ее медленный, монотонный с застреванием на ненужных подробностях. Проявляется также постоянная склонность к уходу от главной темы с рассуждением о случайных, попутно возникших обстоятельствах. Чрезмерная детализация, скрупулезность больных выражается и в их деятельности, рисунках, вышивании. Текст, написанный рукой больного, обычно характеризуется помимо детальности изложения точно выведенными очертаниями каждой буквы, расстановкой, насколько позволяет интеллект, знаков препинания. Обязательно бывает указана дата, часто время и место описываемого события.

Эпилептическое слабоумие складывается из прогрессирующего ослабления свойств памяти и неумения отличать главное от второстепенного. Больной постепенно теряет приобретенные в процессе жизни навыки, становится неспособным к обобщению событий, у него возрастает узость суждений. Интересы его сводятся к удовлетворению личных, нередко физиологических потребностей. Речь становится крайне малословной (олигофазия), за-

медленной с повышенной жестикulyацией. Больной в состоянии лишь употреблять очень небольшое количество слов в виде стандартных выражений, насыщенных уменьшительно-ласкательными словами: «кроваточка», «домик», «коровка», «одеяльце», «докторочек» и др. Считается, что эпилептическое слабоумие особенно выражено при наличии в клинической картине заболевания частых больших судорожных припадков, а формирование эпилептического характера и мышления наиболее связано с психотическими расстройствами (эквивалентами).

Больная Б., 58 лет; страдает эпилепсией с большими судорожными припадками и выраженными характерологическими изменениями личности. Раннее развитие без особенностей. Закончила 4 класса, работала на разных работах. Была замужем, один сын умер в трехлетнем возрасте, второй утонул. Травмы головы отрицает. Страдает эпилептическими припадками на протяжении 3 лет. Начало заболевания связывает с испугом. Часто лечится стационарно. Настоящее поступление вызвано учащением припадков до 5–8 раз в день, внезапной потерей сознания и судорожными пароксизмами. За последние годы у больной стали заметны значительные изменения мышления и характерологических черт. Стала педантичной, назойливой, славовой, злопамятной. Во время пребывания в клинике велла себя конфликтно, требовала повышенного внимания. Ничтожно-го повода было достаточно, чтобы разыгрался скандал. Например, обнаружила, что ее книга оказалась не на том месте, где была положена. Из-за этого дело дошло до драки. Чувство злобы, недовольства переполняло больную на протяжении всего следующего дня. Больная внешне всегда выглядела подчеркнуто опрятно. Кровать заправляла особенно тщательно. Темп мышления и речи у нее замедленный с длительным застреванием на мелочах. Описывая, как она шла из мастерских в отделение, говорит: «Выхожу на улицу, думаю, сейчас пойду. Вдруг шнурок развязался – ну зачем было вдевать в эти туфли коричневые шнурки? Кто это придумал? Они ведь скользкие и все время развязываются...» В беседе с врачом лстива, угодлива, всегда встречает его словами: «Доктор, милая, как Вы себя чувствуете, какая Вы сегодня красивая, какие у Вас туфли...»

Этиология и патогенез. Этиопатогенез эпилепсии может быть вызван влиянием на организм разнообразных вредных факторов как во время внутриутробного развития, так и в постнатальный период. Это прежде всего тяжелые инфекции, травмы головного мозга, хронические интоксикации. Последние обуславливают развитие симптоматической эпилепсии.

Выявление причин и механизмов возникновения генуинной эпилепсии представляет значительные трудности. Генуинная эпилепсия развивается без внешних причин, и в связи с этим многие исследователи считают, что в основе ее лежат наследственные факторы. Действительно, для развития эпилепсии необходима судорожная предрасположенность организма, связанная, видимо, с наследственно обусловленными особенностями обмена веществ. При этом нейроны головного мозга способны накапливать возбуждение, чтобы в дальнейшем, прорвав образовавшееся вокруг него индукционное торможение, распространиться на всю кору больших полушарий, захватывая двигательный анализатор и вызывая судороги. Эпилептогенный очаг может локализоваться в подкорковой области и в коре полушарий. И.П. Павлов относил больных эпилепсией к людям с сильным типом высшей нервной деятельности и указывал, что для них характерна чрезвычайная взрывчатость, инертность и периодичность раздражительного процесса.

Подтверждением судорожной предрасположенности больных эпилепсией может служить механизм возникновения рефлекторной эпилепсии. Особенностью ее является то, что под влиянием различных провоцирующих факторов возникает развернутый эпилептический припадок. Провоцирующими факторами могут быть механические, сенсорные химические и другие раздражения. Так, у одного больного возник припадок после образования ожогового рубца на предплечье. Описываются случаи появления приступа после минутного сосредоточенного чтения или внимательного прослушивания определенной мелодии, в порыве бурной радости или гнева и др.

В зависимости от характера раздражителя рефлекторная эпилепсия может быть фотогенной, музыкогенной и т. д.

Фотогенная эпилепсия возникает рефлекторно при длительной ритмической стимуляции вспышкой света. Например, при внимательном рассматривании сверкающего снега, при быстрой езде через освещенный солнцем лиственный лес или пристальном взгляде на металлические спицы колес велосипеда может возникать повышенная судорожная готовность с появлением отдельных подергиваний мышц или с развитием больших судорог. В литературе имеются указания, что в древней работор-

говле браковались рабы, у которых начиналось головокружение, когда их заставляли смотреть на солнце через спицы вращающегося колеса.

Музыкагенная эпилепсия чаще встречается при симптоматических судорожных синдромах. Припадки возникают при прослушивании какой-либо мелодии или даже воспоминании о ней и т. д.

Н.В. Краинский установил, что во время припадка в организме больных эпилепсией отмечается высокое содержание токсических веществ (карбаминокислого аммония). Он высказал мысль, что это является защитным актом, и пришел к заключению, что эпилептический припадок способствует освобождению организма от накапливающихся токсических веществ. И.Ф. Случевский обнаружил накопление в крови больных эпилепсией азотистых соединений. Выявлены также сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза, повышение активности холинэстеразы и увеличение количества свободного ацетилхолина. Пожалуй, следует считать, что описанные многочисленные факты нарушения обмена веществ больных эпилепсией являются отдельными звеньями процесса восстановления гомеостаза. Данные биохимических исследований подтверждаются при анализе биоэлектрических реакций мозга. При записи биотоков мозга у больных эпилепсией выявляется изменение электроэнцефалограммы в виде характерных «пиковых» волн на фоне искаженных или нормальных медленных колебаний. Эти «острые», «пиковые» волны обнаруживаются у больных эпилепсией в постприпадочный период. При ритмических раздражениях вспышками света (фотостимуляция) и повышенной гипервентиляцией легких (произвольное учащение дыхания в течение нескольких минут) они становятся более выраженными. Электроэнцефалография помогает более правильно провести дифференциальную диагностику между эпилептическими припадками и функциональными пароксизмами (например, истерическими), а также способствует установлению локализации эпилептогенного очага.

В целом можно считать, что эпилепсия относится к группе мультифакторных заболеваний. В большинстве случаев для ее возникновения необходимо наряду с наследственной предрасположенностью воздействие различных вредных факторов, реализующих эту предрасположенность.

Дифференциальный диагноз. Генуинную эпилепсию в первую очередь необходимо дифференцировать от симптоматической эпилепсии и истерических припадков. Наличие заболеваний (травмы, опухоли головного мозга, интоксикации), на фоне которого возникает эпилептиформный синдром, при отсутствии характерных изменений личности и мышления, специфических для генуинной эпилепсии, говорит о том, что обнаруживаемый судорожный синдром является лишь одним из признаков основного процесса. Генуинная эпилепсия чаще всего начинается в молодом возрасте. Признаки очагового поражения мозга при ней часто незначительны или вовсе отсутствуют.

Эпилептический припадок необходимо отличать от истерического. Последний возникает в результате психогенной травмирующей ситуации без всяких предвестников. Судороги в истерическом припадке хаотичны, длятся долго (несколько минут и даже часов). Эпилептический припадок заканчивается коматозным состоянием с развитием амнезии, а после истерического приступа сознание остается ясным, память сохраняется. Реакция зрачков на свет во время припадков у больных истерией также сохранена, а при эпилепсии — отсутствует. Истерический припадок можно купировать окриком, болевыми или другими раздражителями.

Лечение. Терапевтическое воздействие на больных эпилепсией должно быть комплексным. Наряду с назначением медикаментозных средств, рекомендуется строгое соблюдение диеты, режима труда и отдыха.

Для лечения больших судорожных припадков до настоящего времени широко применяется традиционное средство *люминал* (0,05–0,1 г в сутки), являющийся действенным антиконвульсивным препаратом. Повышенная сонливость, возникающая в процессе терапии люминалом, не служит признаком токсического действия препарата, а лишь говорит о некотором превышении индивидуальной суточной дозы. Сонливость устраняется назначением небольших доз кофеина. Люминал следует принимать непрерывно в строго индивидуальных дозировках, так как прекращение лечения на 1–2 дня возобновляет припадки (при малых припадках и психических эквивалентах действие препарата слабо выражено).

Высокоэффективным средством является *тегретол* (*финлепсин*). Лечение начинают с назначения 0,1–0,2 г с последующим медленным повышением суточной дозы до 0,4–0,6 г. При этом могут наблюдаться побочные действия препарата в виде головокружений, атаксии, нарушений аккомодации, значительно реже – в виде лейкопении, агранулоцитоза, гепатита. Снижение дозы тегретола или полная отмена его устраняет указанные осложнения через несколько дней.

Для лечения эпилепсии широко применяется *бензонал*. Лечение начинают с 0,1 г препарата и постепенно повышают дозу до 0,9 г в сутки. Побочные действия бензонала незначительны и крайне редки.

Гексамидин показан при больших судорожных припадках. Начальная доза 0,1 г, суточная – до 2,0 г. Повышение дозировки должно быть постепенным в течение 3–4 недель. Препарат малотоксичен, однако он противопоказан при заболеваниях печени, почек и кроветворной системы.

В некоторых случаях хороший терапевтический эффект оказывает *дилантин* (син. *дифенин*) по 0,05 г 2–3 раза в сутки, *диакарб* (син. *фонуриг*) по 0,1–0,2 г 2–3 раза в сутки.

Часто назначают сочетания различных препаратов. Например, широко применяются смеси таких лекарств, которые усиливают действие друг друга или уменьшают их побочный эффект (*люминал*, *бромурал*, *кофеин*, *папаверин*, *кальция глюконат* – смесь *Серейского*).

Назначают также *витамины В₁, В₆, глютаминовую кислоту*.

При наличии у больных эпилепсией малых припадков широко применяют *триметин* в дозах по 0,2–0,3 г в сутки. Препарат может давать побочные действия в виде головной боли, поражения кроветворных органов, светобоязни, кожных сыпей, сонливости. Противопоказания такие же, как и при назначении гексамидина.

При психических нарушениях у больных эпилепсией назначают также помимо выше приведенных противосудорожных средств нейролептические препараты. При развитии у больных эпилепсией психических эквивалентов, а также тяжелых характерологических изменений со склонностью к злобным реакциям можно назначать *аминазин* и *тизерцин*. Аффективные расстройства устраняются применением *седуксена*, *элениума*, *мепробамата* и других транквилизаторов.

Немедленной медицинской помощи требует развитие *эпилептического статуса*. В этих случаях назначается *хлоргидрат* в клизме (3,0 г) или *фенобарбитал* (0,5 г), внутривенно вводятся *40% раствор глюкозы*, *25% раствор магния сульфата*. Показана спинно-мозговая пункция и, если припадки не прекращаются, можно ввести внутримышечно или очень медленно внутривенно 1,0 г *гексена-ла*, растворенного в 10 мл дистиллированной воды или в изотоническом растворе натрия хлорида. В тяжелых случаях рекомендуется введение внутривенно 5–10 мл *5% раствора тиопентала натрия*. Кроме того, при падении сердечной и дыхательной деятельности назначают сердечные средства (*кордиамин*, *кофеин* и др.), а также средства, стимулирующие дыхательный центр (*цититон*, *лобелин*). Камфора противопоказана, так как она усиливает судорожную готовность. Не следует злоупотреблять назначением аминазина, поскольку он снижает порог возникновения припадка.

В целом лечение больных эпилепсией должно быть длительным (месяцы, годы) и непрерывным. Начинать терапию необходимо с небольших доз противоэпилептических средств (чтобы найти оптимальную для данного больного дозировку) и после проведения дегидратационных и общеукрепляющих мероприятий. Перевод больного с одного вида лечения на другое также нужно осуществлять осторожно, постепенно.

Диета на протяжении всего курса лечения должна быть молочно-растительной, бессолевой, с ограничением жидкости. Абсолютно противопоказан алкоголь.

Больной с относительно редкими судорожными припадками и незначительными изменениями личности может выполнять свою обычную работу. Однако ему противопоказаны трудовые процессы, связанные с вождением транспорта, обслуживанием движущихся механизмов, с пребыванием на высоте, у воды, огня. В тяжелых случаях больным создают необходимые условия для работы или их рекомендуют для трудоустройства в специальные мастерские.

При совершении правонарушений в состоянии психоза или при наличии выраженных изменений личности больные эпилепсией признаются невменяемыми. При доброкачественном течении процесса и сохранности интеллекта лица, совершившие преступления, в межприступный период считаются вменяемыми.

Глава 10. ОРГАНИЧЕСКИЕ, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

В соответствии с классификацией МКБ-10 в этот раздел включена группа психических расстройств, имеющих общую этиологию, связанную с церебральным заболеванием, мозговыми травмами, сосудистой патологией, соматическими и инфекционными заболеваниями. В этом разделе описан большой спектр психопатологических расстройств, которые состоят из двух основных групп. В первую группу входит симптоматика, которая проявляется поражением познавательных функций, таких как память, интеллект, способность к обучению и в меньшей степени – расстройства сознания. Вторая группа включает расстройства восприятия (галлюцинации), мышления (бредовые идеи), настроения и эмоций, личностные изменения.

В названии этого раздела используется термин «органический», однако это не значит, что применение термина «неорганический» или «симптоматический» не имеет под собой церебрального субстрата. Под этой терминологией понимают органические психические расстройства, при которых центральная заинтересованность является вторичной по отношению к экстрацеребральным заболеваниям.

По данным классификации DSM-IV, делирий, деменция, амнестические и другие когнитивные расстройства также относят к группе органических психических расстройств. Термин «органический» определяет дисфункцию головного мозга.

В отечественной психиатрии в основе приводимых расстройств лежит концепция психоорганического синдрома, описанного нами в главе «синдромы». Психоорганический синдром представляет собой совокупность психических нарушений, возникающих в результате органического поражения головного мозга. К сожалению, в МКБ-10 основой психоорганического синдрома является деменция как единственный патологический признак, свойственный органическим поражениям центральной нервной системы. Деменция определяется как признак, обусловленный заболеванием мозга хронического или прогрессирующего характера, при котором нарушаются

высшие психические функции, такие как память, мышление, способность к обучению и др. Синдром деменции наблюдается при цереброваскулярной патологии, болезни Альцгеймера и других состояниях, оказывающих прямое или косвенное воздействие на мозг.

Мы переходим к постепенному изложению органических расстройств по МКБ-10 (F07.2) и DSM-IV.

Психические нарушения при черепно-мозговых травмах классифицируются по МКБ-10 в виде посткоммоционного синдрома, а по DSM-IV — травмы головы.

Посткоммоционный синдром возникает вслед за травмой головы, как правило, сопровождается потерей сознания. Кроме того, коммоционный синдром, как и контузионный, включает симптоматику, описанную нами в следующем разделе. При постановке достоверного диагноза необходимо наличие не менее трех описанных симптомов. Включается также посткоммоционный синдром (энцефалопатия), посттравматический мозговой синдром. Указанные синдромы входят в исходное состояние известного психоорганического синдрома.

В DSM-IV приведена большая информация по описанию травмы головы. В частности, говорится о широком спектре острых и хронических клинических проявлений. Продолжительность периода дезориентировки, т.е. периода нарушения сознания рассматривается как фактор, определяющий прогноз заболевания. Характерны острые проявления: амнестические расстройства, ажитация, аутизм, делирий и др. Имеют место также хронические проявления в виде расстройства настроения, изменения личности и деменции. Быстрота и степень выздоровления зависят от преморбидных особенностей личности, локализации и степени повреждения мозга. На ход заболевания могут влиять адаптационные возможности пациента.

Отдельно обращается внимание на состояние боксеров в зависимости от травмы головы. Основными признаками энцефалопатии является то, что после неоднократных относительно легких травм головы на ринге наступает состояние, напоминающее легкое опьянение, «пуншное опьянение», появляется дизартрия, замедленность движений. В последующем развиваются снижение интеллекта и изменения личности, проявляющиеся в эксплозивности, патологической ревности, паркинсонические и эпилептиформные расстройства.

Психические расстройства при черепно-мозговых травмах

При травматическом поражении головного мозга развивается посткоммоционный синдром (МКБ-10 F07.2). Этот синдром возникает вслед за травмой головы (обычно достаточно тяжелой, чтобы привести к потере сознания) и включает ряд различных симптомов, таких как головная боль, головокружение (не имеющих обычно черт истинного вертиго), утомляемость, раздражительность, трудность в сосредоточении и выполнении умственных задач, нарушение памяти, бессонница, сниженная толерантность к стрессу, эмоциональным нагрузкам или алкоголю. Эти симптомы могут сопровождаться депрессией или тревогой из-за утраты чувства собственного достоинства и боязни постоянного повреждения мозга. Такие чувства усиливают основные симптомы, в результате чего появляется порочный круг. Некоторые больные становятся ипохондричными, нацеливаются на поиск диагноза и излечения и могут играть роль постоянного больного.

Диагностические указания: по меньшей мере три из выше обозначенных признаков должны присутствовать для постановки достоверного диагноза. Тщательная оценка лабораторных данных (ЭЭГ, вызванные потенциалы с области мозгового ствола, нейроинтроскопия, окулонистагмография) позволяет получить объективные сведения в поддержку симптомов, но часто эти данные отрицательные. Жалобы не обязательно связаны с рентными мотивами.

Включаются: посткоммоционный синдром (энцефалопатия); посттравматический мозговой синдром, непсихотический.

Травматические повреждения головного мозга часто сопровождаются развитием психических нарушений. Кратковременные психические расстройства встречаются в остром периоде травматического повреждения мозга и развиваются непосредственно после травмы или в течение ближайших шести месяцев. В дальнейшем формируются отдаленные нарушения психической сферы, которые проявляются спустя несколько лет. Механическое повреждение черепа может вызывать сотрясение (коммоцию) или ушиб (контузию) мозга. Вполне понятно, что подобное

разграничение условно, так как коммоции и контузии часто наблюдаются одновременно.

При травме головного мозга, как правило, происходит потеря сознания. Это объясняется тем, что травма черепа сопровождается непосредственным механическим повреждением нервных клеток, в связи с чем возможно кровоизлияние в мозг или его анемия, а также повышение внутричерепного давления с последующим посттравматическим отеком мозговой ткани. Нарушение ликвородинамики сопровождается расширением желудочков мозга и повышением давления жидкости на важнейшие вегетативные центры.

Психические нарушения, связанные с травматическим поражением головного мозга в виде нарушенного сознания (амения, сумеречное, онейроидное, делириозное расстройства сознания, синдром оглушенности) по МКБ-10 соответствуют рубрике F05.0. Тогда как острые и подострые состояния в виде органических психосиндромов второго ранга относятся к разделам F06.00 (галлюциноз), F06.2 (паранойд), F06.10 (кататонические расстройства), F06.3х.0 (аффективные нарушения), F06.6 (астеноневротические расстройства). Корсаковскому амнестическому синдрому соответствует код F04.0, а травматическому слабоумию — F02.8.

Психические расстройства в остром периоде. Травма головного мозга приводит к нарушению сознания в виде оглушения, сопора или комы. Глубина расстройства сознания зависит от степени повреждения. Чаще всего нарушение сознания длится от нескольких минут до нескольких часов.

Психопатологические нарушения при черепно-мозговых травмах в остром периоде могут сохраняться от нескольких недель до шести месяцев. В это время возникает ряд расстройств психической деятельности.

Среди них прежде всего следует назвать *травматический делирий*. Он характеризуется острым психомоторным возбуждением, наплывом зрительных галлюцинаций. Больные видят различных людей, движущийся транспорт, иногда животных. У них появляется тревога, страх, стремление куда-то бежать. Периодически возникают светлые промежутки, во время которых больной

приходит в сознание, вступает в контакт с врачом, ориентируется в окружающей обстановке. В тяжелых случаях развивается резко выраженное психомоторное возбуждение с острым делириозным состоянием, переходящим в аментивное расстройство сознания. В последнем случае возможен летальный исход.

Довольно часто встречается *сумеречное расстройство сознания*, при котором помимо психомоторного возбуждения, амбулаторных автоматизмов с аффективной напряженностью и агрессией наблюдается инкогерентность мышления с отрывочными бредовыми идеями и галлюцинациями. Может также развиваться состояние сонливости и обездвиженность больного.

В редких случаях встречается *пуэрилизм* (поведение больного внешне похоже на поступки детей).

Иногда происходит *онейроидное расстройство сознания*, при котором появляется чувство замедленного или, наоборот, резко ускоренного течения времени, нарушение восприятия схемы собственного тела, легкая сонливость, обездвиженность. В сознании больного проносятся последовательно сменяющие друг друга фантастические картины.

Делириозное, аментивное и онейроидное расстройства сознания наибольшей своей глубины достигают в вечернее и ночное время.

После периодов расстроенного сознания обычно возникает *корсаковский амнестический синдром*. Он относится к наиболее стойким психопатологическим синдромам. При нем наблюдаются амнестические расстройства, сочетающиеся с псевдореминисценциями и конфабуляциями. Характерны фиксационная, ретро- и антероградные амнезии. Настроение больных может быть повышенным или депрессивным с ипохондрическими опасениями.

Вне рамок нарушенного сознания иногда наблюдаются расстройства аффективной сферы. В частности, характерны *мориоидные расстройства* с тенденцией больных к эйфории, эротичности, шуткам, назойливости, высказыванию идей величия. Внешне поведение больного выглядит беспорядочным. Возможен также депрессивный фон настроения в сочетании с астеническим симптомокомплексом (рис. 12).



Рис. 12. Большой травматической энцефалопатией с морионными расстройствами

Обычно же клиническая картина психических расстройств смешанная и сопровождается появлением тревожного состояния, отдельных признаков расстроенного сознания, нарушением памяти, внимания, быстрой утомляемостью, дисфоричностью. В этот период у больных часто наблюдается *раздражительная слабость* — быстрая и усиленная ответная реакция в форме эмоционально-вегетативной лабильности на внешние воздействия при незамедлительном истощении аффекта.

Характерен также *окулостатический феномен* — при движении глаз вслед быстро двигающимся предметам (просмотр кинофильма, поездка в поезде, трамвае) появляется головокружение, нарушение статики, тошнота.

К острым расстройствам психической деятельности следует отнести и *сурдомутизм* (глухонемота), встречающийся в военное время. Он чаще возникает при баротравме (например, в момент сильного взрыва). В этом случае черепно-мозговая травма вызывается воздействием удара воздушной волны, сильного звука, колебаниями атмосферного давления (баротравмы), эмоциональным стрессом (испуг).

Психические нарушения в отдаленном периоде. Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы относятся к сравнительно стойким, малообратимым психопатологическим расстройствам. Наиболее часто встречается психическое нарушение в виде астенического симптомоком-

плекса, обозначаемого как *посттравматическая церебрастения*. При этом наблюдается повышенная истощаемость, психическая и физическая утомляемость, раздражительность, гневливость. Преобладают также гиперестезические расстройства различной интенсивности, что зависит от общего состояния организма и особенно от колебаний атмосферного давления. Изменения погоды значительно ухудшают состояние больных (симптом Пирогова).

В более тяжелых случаях появляются и другие признаки органического психосиндрома, характерные для травматического повреждения мозга, — травматической болезни. Усиливаются явления эксплозивности, взрывчатости. Больные становятся неуживчивы в коллективе, склонны к сутяжничеству и кверулянству. Эти психопатоподобные расстройства обостряются под влиянием неблагоприятных внешних воздействий. В частности, в связи с расторможенностью влечений начинается злоупотребление алкоголем. Небольшие дозы алкоголя вначале успокаивают больных, но затем состояние их ухудшается и они вынуждены постепенно увеличивать дозы. Это приводит к быстрому развитию и злокачественному течению хронического алкоголизма. Наличие гиперестезии и симптома Пирогова свидетельствует о неустойчивости состояния. В этом периоде под влиянием различных психогенных ситуаций могут возникать истерические расстройства (припадки, сумеречное расстройство сознания). При неврологическом обследовании у больных отмечается локальная органическая симптоматика, лабильность эмоционально-вегетативной сферы. Приведенные нарушения объединяются под названием *травматической энцефалопатии*. Она проявляется в двух вариантах: эйфорическом и апатическом. Эйфорические расстройства характеризуются повышенным настроением, переоценкой свойств собственной личности, некритическим отношением к своим поступкам (*мориоидный синдром*). Иногда встречаются сексуальные расстройства, перверсии, склонности к бродяжничеству и алкоголизации. Течение процесса однообразное, монотонное.

Травматическая апатия формируется обычно на фоне астенического синдрома. При этом резко снижаются побуждения больных, интересы их не выходят за рамки собственного существования и удовлетворения естественных потребностей.

Не ранее чем через полгода, чаще спустя несколько лет, после перенесенной травмы могут появляться судорожные припадки и эпизодически возникающие расстройства сознания (*посттравматическая эпилепсия*). Они могут быть непосредственно связаны с травмирующими психогенными ситуациями.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы в редких случаях встречаются и *аффективные психозы* с периодическим возникновением маниакальных и депрессивных синдромов, галлюцинаторно-бредовые расстройства с вербальными галлюцинациями, острыми бредовыми идеями, психическими автоматизмами (симптом открытости, мантизм, слуховые псевдогаллюцинации).

Травматическая болезнь при длительном неблагоприятном течении заканчивается развитием дементного синдрома (*травматическое слабоумие*), при котором наблюдаются выраженные нарушения памяти, безынициативность, благодушно-беспечное настроение, снижение интеллекта (рис. 13). Дополнительные вредности (повторные травмы, алкоголизация, сосудистые расстройства) способствуют более быстрому появлению слабоумия.

В отдельных случаях отдаленные последствия травматической болезни имеют регрессирующее течение с постепенным восстановлением интеллектуально-мнестических функций.

Иногда же травматическое слабоумие быстро прогрессирует и может следовать сразу же за корсаковским синдромом.



Рис. 13. Больной в состоянии органической деменции

Больной В., 52 лет; страдает травматической болезнью с эпилептиформным синдромом. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Раннее развитие без особенностей. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит. Окончил 4 класса. Рано начал трудовую деятельность. Работал в колхозе. В 29 лет перенес черепно-мозговую травму, после которой была парализована правая половина тела, приблизительно полтора года не мог говорить. Через год после травмы появились эпилептиформные припадки с потерей сознания, непроизвольным мочеиспусканием, тоническими и клоническими судорогами. Поступил в областную психиатрическую больницу, где был установлен диагноз «травматическая эпилепсия». В дальнейшем лечился в больнице трижды. Последний раз находился на стационарном лечении с диагнозом «отдаленные последствия травмы головного мозга с умеренно выраженным слабоумием и судорожными припадками». На протяжении 17 лет был инвалидом II группы. Затем получил III группу. Периодически работает в колхозе на разных работах. При обследовании больного в области правой скуловой кости был обнаружен старый рубец, отмечались птоз слева, сглаженность правой носогубной складки; сухожильные и периостальные рефлексы были оживлены, зоны их расширены. В позе Ромберга отмечалось пошатывание. Во время беседы больной охотно вступал в контакт, правильно ориентировался в месте, времени, окружающей обстановке и собственной личности. Анамнестические сведения давал скудные. Не помнил важных жизненных событий, возраст своих детей. У него наблюдалось повышенное настроение, благодушие, беспечность, вязкость речи, обстоятельность ее с застреванием на несущественных мелочах. Интеллект был снижен. С трудом и ошибками он проводил элементарные счетные операции, не мог отличить главное от второстепенного, не понимал переносного смысла пословиц. К концу беседы появлялась раздражительность. Критически оценить свое состояние не мог.

Лечение. В остром периоде черепно-мозговой травмы больным необходимо создать абсолютный покой в течение 2–4 недель. Рекомендуются прикладывание холода на голову, внутривенное вливание 40% раствора уротропина, 25% раствора магния сульфата, 4% раствора глюкозы. Необходима также общеукрепляющая и симптоматическая терапия, инъекции витаминов B_1 , B_6 , B_{12} , аминалон, пирацетам, ноотропил, энцефабол. При астеническом синдроме можно назначить малые дозы инсулина; при гиперестезии — неулептил, элениум, эуноктин. В случае преобладания психопатологических расстройств применяют нейролептические средства (аминазин, трифтазин, тизерцин и др.).

Кроме того, показано физиотерапевтическое лечение. Терапия пароксизмальных расстройств проводится также, как при эпилепсии.

Прогноз в отношении выздоровления и трудоспособности зависит от клинического течения заболевания. При стойких астенических и неврозоподобных расстройствах она может быть ограничена на различные сроки. Прогрессирующее течение заболевания (с выраженными характерологическими изменениями, пароксизмальными явлениями и снижением интеллекта) приводит к полной потере трудоспособности.

При судебно-психиатрической оценке больного, перенесшего черепно-мозговую травму, необходимо учитывать остроту психотических расстройств и выраженность изменения личности в момент совершения правонарушения. При наличии галлюцинаторно-бредовых переживаний, а также глубоких эмоционально-волевых и интеллектуально-мнестических нарушений больные признаются невменяемыми.

Психические нарушения при соматических и инфекционных заболеваниях (симптоматические психозы)

Психические нарушения, возникающие при соматических и инфекционных заболеваниях в виде нарушенного сознания (амения, сумеречное, онейроидное, делириозное расстройства сознания, синдром оглушенности) по МКБ-10 соответствуют рубрике F05.0, тогда как острые и подострые состояния в виде органических психосиндромов второго ранга относятся к разделам F06.00 (галлюциноз), F06.2 (паранойя), F06.10 (кататонические расстройства), F06.3x.0 (аффективные нарушения), F06(46–47) (неврозоподобные расстройства). Корсаковскому амнестическому синдрому соответствует код F04.7, а дементным состояниям – F02.8x(6–7). Психопатоподобные состояния, возникающие при симптоматических психозах, кодируются по МКБ-10 в рубрике F07.06–F07.07. Непсихотические расстройства при системных инфекциях, интоксикациях и других инфекциях классифицируются F06.367.

При любом соматическом или инфекционном заболевании, нарушениях функции эндокринной системы в пато-

логический процесс вовлекается центральная нервная система. Клиническая картина психических нарушений соматогенного происхождения крайне разнообразна. В классических трудах Бонгоффера (1912) выделены следующие психопатологические синдромы, встречающиеся при различной соматической патологии: делирий, аменция, эпилептиформное возбуждение с сумеречным расстройством сознания и галлюциноз. Кроме того, Бонгоффер высказал мнение, что в картину так называемого экзогенного типа психической реакции входят кататонические, маниакальноподобные и параноидные синдромы.

Однако, как правило, клиническая картина соматогенных психических расстройств состоит не только из симптомов, вызванных соматогенными факторами. В ней отражаются различные проявления реакций личности на болезнь. Кроме того, развитие соматического заболевания может сопровождаться возникновением или обострением латентно протекающих эндогенных психозов (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.).

Диагностирование какого-либо серьезного соматического неблагополучия всегда сопровождается личностной реакцией больного, отражающей вновь возникшую ситуацию. По клиническим проявлениям психогенные состояния у соматически больных крайне разнообразны. Чаще они выражаются расстройствами настроения, общей угнетенностью, заторможенностью. При этом появляется склонность к повышенным опасениям в отношении невозможности выздоровления. Возникают страх, тревога в связи с предстоящим длительным лечением и пребыванием в стационаре в отрыве от семьи, близких. Временами на первое место выступает тоска, гнетущее чувство, внешне выражающееся в замкнутости, двигательной и интеллектуальной заторможенности, слезливости. Может появляться капризность и аффективная неустойчивость.

Врачу-интернисту необходима особая осторожность при разъяснении больному истинного состояния его здоровья и результатов параклинических исследований, а также при выдаче медицинских документов на руки. К сожалению, ятрогенно обусловленные психогенные состояния наблюдаются не столь редко, и врач в процессе психотерапевтической беседы должен успокоить больного, снять тревогу, сомнения, вселить веру в успешное выздоровление.

Симптоматические психозы могут протекать остро (в большинстве случаев с нарушением сознания) и принимать длительное (протрагированное) течение, не сопровождающееся помрачением сознания.

Острые симптоматические психозы. Острые психические нарушения обычно возникают на фоне астенического синдрома. Наряду с общим недомоганием у больных наблюдается повышенная раздражительность, утомляемость, гиперестезия, крайняя лабильность аффекта. В последующем остро возникает психопатологическая симптоматика с синдромами расстройства сознания, отрешенностью от окружающей действительности, дезориентировкой, бессвязностью мышления, частичной или полной амнезией. При тяжело протекающих соматических и инфекционных (сыпной тиф, грипп и др.) заболеваниях, реже при различных интоксикациях наблюдается *аменитивный синдром* с характерной клинической картиной. Кроме аменции возникают также следующие острые психические нарушения. *Онейроидное состояние*, которое при симптоматических психозах отличается наплывом сноподобных сказочных иллюзорно-галлюцинаторных переживаний, сопровождающихся многочисленными красочными подвижными зрительными галлюцинациями. Оно может сочетаться с острым галлюцинаторно-параноидным синдромом и делириозными включениями.

Делирий наблюдается при соматических заболеваниях, сопровождающихся интоксикациями, а также при остром эпидемическом энцефалите.

Сумеречное расстройство сознания, как правило, возникает внезапно с развитием эпилептиформного возбуждения, галлюцинациями и отрывочными бредовыми идеями. Больной стремится убежать от мнимых преследователей, беспокоен, встревожен, временами агрессивен. Через несколько часов эпилептиформное возбуждение переходит в глубокий сопорозный сон с последующей амнезией.

На фоне общего ухудшения соматического состояния больного, особенно в ночное время, может возникнуть острый вербальный *галлюциноз* с появлением слуховых галлюцинаций, часто комментирующего характера. Они сопровождаются агрессивностью, страхом, растерянностью больных. Галлюцинации могут длиться от нескольких дней до месяца и более.

В случаях тяжелых инфекционных заболеваний на фоне гипертермии возникает обострение памяти (гипермнезия), иногда развивается состояние эйфории.

Затяжные соматогенные психозы. Протрагированные симптоматические психозы формируются на фоне длительных астенических состояний и сопровождаются изменениями личности по психопатоподобному или психоорганическому типу. Клиническая картина их разнообразна.

В частности, при соматических заболеваниях может возникать *депрессивно-параноидное состояние*, характеризующееся отсутствием суточных колебаний настроения (в отличие от эндогенных депрессий), наличием ажитации, тревоги, слезливости. В ночное время возможна делириозная симптоматика. Возникновение бреда на фоне депрессии указывает на ухудшение соматического состояния больного. В тяжелых случаях присоединяются слуховые галлюцинации и множественные иллюзии с развитием ступорозного состояния.

Относительно редко встречается *корсаковский синдром* с наличием конфабulatorных расстройств и фиксационной амнезии. Указанные нарушения, как правило, преходящи, и после них наступает полное восстановление памяти.

Психические нарушения при различных заболеваниях внутренних органов определяются особенностью и тяжестью соматического расстройства. При остро развивающейся сердечно-сосудистой недостаточности (инфаркт миокарда, состояние после операции на сердце и др.) часто возникают оглушения, аментивные и делириозные состояния, сопровождающиеся страхом, тревогой, иногда эйфорией.

В раннем периоде инфаркта миокарда возможны *иллюзорно-галлюцинаторные расстройства, аффективные нарушения* (тревога, подавленность, психомоторная расторможенность), утрата критической оценки своего состояния и окружающих событий. Иногда возникает маниакальное состояние с ощущением общего благополучия, повышенным настроением, убежденностью в отсутствии каких-либо соматических расстройств, в том числе и инфаркта. По мере развития болезни появляются признаки *дереализации и деперсонализации*, нестойкие бредовые идеи отношения, самообвинения.

Психические расстройства чаще возникают у людей, которые до заболевания перенесли черепно-мозговую травму, злоупотребляли алкоголем и находились в условиях хронических или острых психотравмирующих ситуаций. При выздоровлении у них появляется стремление к деятельности, нормализуется повышенное настроение или, наоборот, развиваются субдепрессивные расстройства и ипохондричность.

Психопатологическая симптоматика нередко возникает и у больных с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью. При стенокардии независимо от ее патогенетических механизмов во время приступов появляются аффективные расстройства, тревога, страх смерти, ипохондричность. После повторных приступов возможно развитие *кардиофобического синдрома* в виде стойких невротических реакций больного на перенесенные приступы стенокардии.

При злокачественных новообразованиях преобладают *депрессивно-параноидные состояния*, иногда с бредом Котара и корсаковским синдромом. Психические нарушения, как правило, развиваются после оперативных вмешательств и при нарастании явлений кахексии.

Больным с тяжелыми формами туберкулеза легких, хроническими пневмониями свойственны затяжные *депрессивные состояния, ложные узнавания, галлюцинаторно-бредовые явления*. Иногда появляется эйфорический оттенок настроения с беспечностью, поверхностным мышлением, двигательной активностью.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта постепенно возникают раздражительность, бессонница, эмоциональная неустойчивость, временами — ипохондричность, канцерофобия.

Заболевания печени сопровождаются дисфорическими расстройствами настроения, гипногагическими галлюцинациями.

При заболевании почек больные жалуются на головные боли, плохое самочувствие. На высоте уремической комы возможно оглушенное расстройство сознания, эпилептиформные припадки.

Активная фаза ревматической болезни может сопровождаться делириозными расстройствами, гиперкинезами, депрессивно-параноидными состояниями с тревогой и ажитацией.

Послеродовые септические процессы сопровождаются аментивным расстройством сознания с кататоническими проявлениями. Возникающие при этом психические нарушения могут явиться начальными этапами какого-либо эндогенного заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.).

Из всех инфекционных процессов симптоматические психозы наиболее часты при **сыпном тифе**. В остром периоде болезни возможно аментивное расстройство сознания со слуховыми галлюцинациями и отрывочными бредовыми идеями.

Тяжело протекающий **грипп** может сопровождаться развитием делирия и эпилептиформного возбуждения. В затяжных случаях появляются депрессивные состояния с психопатоподобными изменениями личности.

Эндокринные расстройства также сопровождаются психическими нарушениями. В частности, при **базедовой болезни** возникает повышенная возбудимость, неустойчивость настроения, плаксивость, вспыльчивость. В тяжелых случаях могут развиваться синдромы расстройства сознания, бред и галлюцинации.

Для больных с микседемой характерно состояние депрессии, иногда делириозное и сумеречное расстройство сознания. При **акромегалии** и **болезни Аддисона** наблюдаются постоянная усталость, пониженное настроение, в тяжелых случаях — бредовые идеи.

Лечение. Наличие психических нарушений при соматических и инфекционных заболеваниях является показанием к госпитализации в психиатрическое отделение соматической больницы. Больной должен находиться под постоянным наблюдением как терапевта, эндокринолога или инфекциониста, так и психиатра. За больным должен быть обеспечен круглосуточный надзор. При выраженных затяжных нарушениях психической деятельности лечение может проводиться в условиях психиатрического стационара.

Терапия симптоматического психоза должна быть направлена на устранение основного соматического или инфекционного заболевания. Кроме того, назначают дезинтоксикационное лечение, а также психотропные средства в зависимости от синдромологических особенностей психотических расстройств. Если в психиатрической практи-

ке психотропные препараты в ряде случаев применяются как основное терапевтическое средство, то при лечении симптоматических психозов эти же средства играют дополнительную роль. Они показаны лишь на определенном этапе соматического заболевания и в зависимости от его тяжести, остроты, стадии развития и клинических особенностей назначаются однократно, в течение нескольких дней и даже недель или месяцев. Однако в любом случае психотропные средства, нормализуя психическую деятельность, способствуют успешному лечению основного соматического заболевания.

Применение *аминазина* для лечения симптоматических психозов весьма ограничено, так как он оказывает отрицательное соматотропное действие при болезнях печени, желчных путей, почек. Кроме того, он усиливает депрессивный фон настроения, вызывает двигательную заторможенность. Учитывая эти отрицательные свойства, аминазин назначают в разовых дозах (1–2 мл 2,5% раствора) при острых психотических состояниях, сопровождающихся психомоторным возбуждением.

Тизерцин применяют чаще. Он менее токсичен, не обладает депрессогенным свойством. Его назначают в малых дозах (25–75 мг в сутки) при неврозоподобных и астенопараноидных состояниях, протекающих с преобладанием тревоги, дисгипнии. Отрицательным свойством тизерцина является его способность вызывать мышечную вялость, вегетативно-сосудистые кризы. По этой причине назначение тизерцина астенизированным больным нежелательно.

Терален показан при лечении симптоматических психических расстройств с астенодепрессивной и неврозоподобной симптоматикой. Легкое седативное действие препарата в сочетании с тимолептическим эффектом оказывает благоприятное влияние, устраняя тревожные опасения, агрипнию, а также дизэнцефальные и вегетативные расстройства. Назначают его в дозах от 5 до 60 мг в сутки.

Меллерил, применяемый в малых дозах (5–40 мг в сутки), не вызывает соматических осложнений и побочных эффектов. Он назначается при астенодепрессивных и неврозоподобных состояниях. Обладает легким антидепрессивным и успокаивающим действием. Легкая стимуляция речевой и двигательной деятельности не сопровождается истощением энергетических ресурсов организма, усилением астенического состояния.

Трифтазин в дозах до 10–20 мг в сутки применяют при наличии в симптоматике соматогенных психозов параноидных и галлюцинаторно-параноидных явлений. Для предупреждения возможного развития экстрапирамидных расстройств необходимо назначать корректоры (*циклодол*, *паркопан* и др.), маневрировать дозировками,

делать перерывы в лечении, проводить дезинтоксикационную и легкую дегидратационную терапию.

Галоперидол, как и трифтазин, способствует обратному развитию галлюцинаторно-бредовой симптоматики, синдрома психического автоматизма, вербального галлюциноза. Он не оказывает вредного влияния на паренхиматозные органы. Однако побочные неврологические знаки, которые возникают при лечении галоперидолом, ограничивают его применение. Препарат назначают в малых дозах (1,5–15 мг в сутки), что не всегда достаточно для достижения необходимого антипсихотического эффекта.

Френолон применяется при астеноипохондрических и апатоабулических состояниях, а также при астенической спутанности. Он оказывает положительное влияние на желудочно-кишечную секрецию. Назначается в небольших дозах (5–15 мг в сутки), что позволяет избегать побочных эффектов.

Использование *мажептила* и *триседила* даже в минимальных дозировках в процессе комбинированного лечения соматогенных психозов не всегда целесообразно, так как они вызывают быстрое развитие экстрапирамидных расстройств. Их следует назначать при стойких, длительных бредово-галлюцинаторных явлениях, не поддающихся воздействию других нейролептиков. В этих случаях необходимо медленное повышение дозировок с одновременным назначением корректоров.

Мелипрамин (25–125 мг в сутки) наиболее эффективен при депрессивных состояниях ревматической природы. Показан при интеллектуальной и двигательной заторможенности. При тревожно-депрессивных состояниях мелипрамин назначается в сочетании с тизерцином, поскольку без него мелипрамин обостряет симптоматику.

Амитриптилин (25–125 мг в сутки) показан при депрессиях соматогенной природы, в структуре которых отмечается ажитация, беспокойство, обсессивные явления.

Пиразидол (25–125 мг в сутки) нашел широкое применение при соматогенных и реактивно-соматогенных психических нарушениях. Умеренный седативный, антидепрессивный и стимулирующий эффект пиразидола в сочетании с его малой токсичностью позволяет успешно применять данный препарат при депрессивных, астеноипохондрических и дистимических расстройствах.

Хлорацизин (15–75 мг в сутки) оказывает положительное влияние на реальные соматические болевые ощущения, снижает остроту сенестопатий.

Из группы ингибиторов моноаминоксидазы чаще применяется *ипразид* (25–75 мг в сутки). Он показан при стенокардии, при длительном лечении ишемической болезни сердца, сопровождающейся астенодепрессивным состоянием, и в случаях стенокардии, резистентной к другим испытанным средствам.

В практике лечения соматогенных психических расстройств широко применяются и транквилизаторы. Наибольший положительный эффект наблюдается при назначении препаратов с седативным уклоном действия (*феназепам, мепробамат, элениум, амизил, зноктин* и др.). Транквилизаторы используются для смягчения или купирования дизэнцефальных, вегетососудистых и эпилептиформных расстройств соматогенной природы. Однако длительное назначение транквилизаторов при хронических астенических или неврозоподобных состояниях может вызывать развитие психологической зависимости от них.

Назначение нейролептиков даже в малых дозах необходимо сочетать с введением *кордиамина*. Следует отметить относительную несовместимость ряда психотропных средств (нейролептиков и транквилизаторов) с барбитуратами и наркотиками (морфин, промедол и др.). При одновременном приеме нейролептиков и наркотиков появляются вегетососудистые расстройства, дизартрия, головокружение. Барбитураты в сочетании с нейролептиками вызывают оглушение, гиперемию, сердечно-сосудистые расстройства. Несовместимость психотропных средств с фенамином и эфедрином проявляется в аномалиях сердечного ритма, психомоторном возбуждении. Для избежания указанных нарушений необходим двухнедельный перерыв между назначениями несовместимых препаратов.

Психические расстройства при сифилитическом поражении головного мозга

Сифилитическое поражение головного мозга в виде расстройства сознания классифицируют по МКБ-10 F05.0, тогда как острые и подострые состояния в виде органических психосиндромов второго ранга относят к разделам F06.05 (галлюциноз), F06.25 (параноид), F06.15 (кататонические расстройства), F06.3x5 (аффективные нарушения), F06.6 (неврозоподобные расстройства). Корсаковскому амнестическому синдрому соответствует код F04.5, а дементным состояниям – F 02. 8x5. Расстройства личности, возникающие при сифилитическом поражении головного мозга, классифицируют F07.15.

Различают ранние формы сифилитического поражения мозга – сифилис мозга, нейролюэс (лат. *lues cerebri*), и поздние – прогрессивный паралич (лат. *paralysis generalis*

progressiva alienorum). В первом случае поражаются ткани мезодермального происхождения (сосуды, оболочки мозга), во втором – эктодермального, т. е. патологический процесс развивается в самом веществе мозга. Сифилис мозга возникает обычно через 4–6 лет после заражения, а прогрессивный паралич – спустя 10–12 лет и более. Психические нарушения возможны и непосредственно после заражения сифилисом. Они вызваны в основном реакцией больного на сам факт диагностирования у него сифилитического процесса и сопровождаются развитием депрессивных состояний, ипохондричности, суицидальных попыток. В это время необходимо назначать препараты из группы малых транквилизаторов и проводить рациональную психотерапию.

Сифилитические психозы. Сифилис мозга сопровождается довольно полиморфной психопатологической картиной. Психические расстройства связаны с сифилитическим поражением сосудов и оболочек мозга, а также с образованием гумм. В тех случаях, когда вследствие вышеуказанных поражений процесс распространяется на вещество мозга, угнетая его трофику, возникают более глубокие психические нарушения, приводящие, как правило, к слабоумию.

Наиболее легкой формой сифилиса мозга является *сифилитическая неврастения*. У больного отмечается плохой сон, раздражительность, утомляемость, ослабление памяти, подавленное настроение, а также менингеальные симптомы, патология со стороны черепно-мозговых нервов (косоглазие, анизокория, воспаления лицевого и тройничного нервов), афазия, апраксия. Реакция Вассермана в спинно-мозговой жидкости положительная, количество белка и клеточных элементов увеличено.

По мере прогрессирования заболевания развиваются следующие более злокачественные формы сифилитических психозов.

Апоплектиформный вариант сифилиса сопровождается поражением сосудов мозга. При этом часто наблюдаются инсульты с последующими параличами, раздражительностью, слабодушием, снижением интеллекта. Эпизодически могут возникать расстройства сознания. По мере увеличения числа кровоизлияний в мозг становятся все более выраженными очаговые поражения его с отчетли-

вым нарастанием слабоумия. Во время очередного инсульта может наступить летальный исход. Серологические реакции при этой форме сифилиса не всегда положительны.

Клиническая картина *эпилептиформного сифилиса* мозга сопровождается судорожными припадками, эпизодически возникающими расстройствами сознания с дисфорическим фоном настроения. Постепенно нарастает ослабление памяти, снижение интеллекта.

Сифилитический галлюциноз характеризуется появлением обильных слуховых галлюцинаций. Больной слышит «голоса», чаще всего неприятные для него. Реже встречаются зрительные, тактильные, висцеральные галлюцинации.

В тех случаях, когда обман чувств сопровождается возникновением бредовых идей, выделяют отдельную *галлюцинаторно-параноидную форму сифилиса*. При этом отмечаются ипохондричность, идеи величия, самообвинения, преследования. Характерны нарушение реакции зрачков на свет, анизокория, положительные серологические реакции.

При патологоанатомическом исследовании сифилиса мозга выявляются менингиты и менингоэнцефалиты, а также сифилитические эндартерииты. В связи с разрастанием грануляционной ткани вокруг сосудов в веществе мозга и в мозговых оболочках обнаруживаются единичные или множественные гуммы.

Прогрессивный паралич. Прогрессивный паралич впервые был описан французским психиатром Бейлем в 1882 г. После обнаружения в 1911 г. русским исследователем Пятницким и в 1914 г. японским ученым Ногучи в коре мозга бледной спирохеты сифилитическая природа болезни была доказана.

Прогрессивный паралич возникает в зрелом возрасте (30–50 лет), чаще у мужчин. Он протекает более злокачественно, чем сифилис мозга. Однако в настоящее время в связи с наличием активных противосифилитических средств это заболевание практически не встречается.

Клиническая картина прогрессивного паралича включает три стадии развития.

Начальная, или неврастеническая, стадия характеризуется появлением быстрой утомляемости, плохого сна, повышенной раздражительности, сменяющейся апатией.

На фоне неврастенических признаков обнаруживаются и наиболее типичные для прогрессивного паралича симптомы. Это утрата заботы о семье, исчезновение чуткости к близким, расточительность, неряшливость, потеря стыдливости, употребление нецензурных, циничных выражений. С наступлением *второй стадии* болезни наряду с нарастающим слабоумием, расстройством памяти, слабостью мыслительного процесса возникают бредовые идеи, повышенное настроение с грубой сексуальной распущенностью. Критика к своему состоянию у больных отсутствует. Часто развивается депрессия с суицидальными тенденциями, нигилистическим бредом. В связи с преобладанием той или иной психопатологической симптоматики в этой стадии можно выделить несколько форм прогрессивного паралича.

Классической является *экспансивная форма (маниакальная)*. Она характеризуется резко повышенным настроением с нелепыми бредовыми идеями величия, возникающими на фоне тотальной деменции. В частности, больные уверяют, что они являются властелинами галактики, повелителями стратосферы, что имеют миллионные богатства, тысячи жилых комнат и автомашин. На фоне эйфорического настроения эпизодически могут возникать кратковременные вспышки гнева, сменяющиеся благодушием. При *депрессивной форме* наблюдается противоположная клиническая картина: снижение фона настроения, нелепые бредовые идеи самообвинения, ипохондрические высказывания, синдром Котара. Больные обвиняют себя в проступках, говорят о гибели Земли, всего мира, считают, что организм их сгнил.

При *дементной форме* проявляются признаки умственной недостаточности. Больной не способен осмыслить самые простые вещи, забывает текущие события. Указанные нарушения появляются на фоне полного безразличного или благодушного отношения к окружающему.

Ажитированная форма сопровождается резким психомоторным возбуждением. Сознание при этом помрачено, речь бессвязная. Больные кричат, ломают вещи, размахивают руками, прыгают, раздеваются, произносят циничные фразы.

Помимо вышеназванных типичных вариантов прогрессивного паралича встречаются атипичные его формы.

Стационарный паралич характеризуется медленным течением с ремиссиями, которые обычно возникают при своевременно начатой терапии.

Табопаралич представляет собой сочетание прогрессивного паралича и спинной сухотки. В этом случае кроме симптоматики, присущей прогрессивному параличу, развиваются табетические симптомы – полное исчезновение коленных и ахилловых рефлексов, нарушение чувствительности и др.

Обычно патологический процесс локализуется в лобных областях мозга. В тех же случаях, когда поражаются в основном затылочные, нижнетеменные отделы, а также зрительный бугор и мозжечок, наблюдаются дополнительные симптомы – афазия, агнозия, апраксия, мозжечковые расстройства. Этот вариант называют *параличом Лиссауэра*. Он сопровождается множеством неврологических симптомов и заканчивается, как и обычные формы прогрессивного паралича, глубоким слабоумием.

Прогрессивный паралич может также встречаться в детском и юношеском возрасте. Клиническая симптоматика *ювенильного паралича* сводится к развитию дементного синдрома: нарушается память, появляется бездеятельность, исчезает интерес к окружающему, утрачиваются приобретенные навыки.

Третья, марантическая, стадия течения прогрессивного паралича характеризуется глубоким слабоумием, состоянием психического и физического маразма.

Психические нарушения при прогрессивном параличе сопровождаются множественной неврологической симптоматикой.

Одним из ранних признаков его является *симптом Аргайлла Робертсона*. Он характеризуется исчезновением реакции зрачка на свет при сохранении способности к конвергенции и аккомодации.

Часто наблюдается неравномерность зрачков – *анизокория*.

Важным признаком является *дизартрия*: больной не в состоянии проговорить отдельные фразы; во время произношения слов он как бы спотыкается на слогах.

Помимо дизартрии встречается *логоклония*. Она характеризуется неоднократным повторением последнего слога в слове, например «газе-та-та-та-та».

Часто наблюдается парез лицевого нерва. В этом случае лицо у больного маскообразное, речь гнусава, почерк неровный.

Меняется также трофика тканей больных прогрессивным параличом. У них наблюдаются повышенная ломкость костей, выпадение волос, отеки, образование трофических язв кожи. Несмотря на чрезмерный аппетит больных, отмечается резкое прогрессирующее истощение их.

Серологические реакции – реакция Вассермана, реакция с коллоидным золотом Ланге – при сифилитическом поражении центральной нервной системы положительны. Кроме того, при этом заболевании значительно увеличивается количество клеточных элементов в спинно-мозговой жидкости, изменяется соотношение белковых фракций в сторону увеличения глобулинов.

Дифференциальный диагноз. Сифилитическое поражение головного мозга следует разграничивать с органическими поражениями центральной нервной системы, особенно с тяжелыми формами церебрального атеросклероза, гипертонической болезнью, опухолями мозга. Указанные заболевания могут иметь клиническую картину, напоминающую сифилитическую деменцию. Отсутствие положительных серологических реакций, наличие лакунарного, а не тотального слабоумия, сохранность элементарных интеллектуальных и этических норм поведения при указанных заболеваниях способствуют правильной постановке диагноза.

Симптоматика прогрессивного паралича может быть сходна с таковой при алкогольном псевдопараличе. Однако наличие при алкоголизме отрицательных серологических реакций, отсутствие паралитической деменции уточняют диагноз. Алкогольный псевдопаралич при успешном лечении заканчивается выздоровлением.

Клиническая картина экспансивной и депрессивной форм прогрессивного паралича подобна таковой маниакально-депрессивного психоза. Раннее появление признаков слабоумия, положительные серологические реакции и множество неврологических симптомов указывают на сифилитическое поражение мозга.

При патологоанатомических исследованиях выявляются утолщение и мутность мягкой мозговой оболочки, атрофия коры больших полушарий, водянка мозга, перерождение миелиновых и гибель тангенциальных волокон.

Лечение. Необходимо назначать специфические противосифилитические препараты (*ртуть, мышьяка, висмута, йода*) и антибиотики (*пенициллин, стрептомицин*). Применяются также *бийохинол, новарсенол, миарсенол, растворы натрия иодида* и др. В резистентных случаях наряду с антибиотиками можно вводить *сульфазин*.

При прогрессивном параличе наиболее эффективны антибиотики. Препараты солей тяжелых металлов в данном случае менее действенны.

Решение вопроса о трудоспособности больных с сифилитическим поражением центральной нервной системы зависит от глубины и стойкости наступившей у них ремиссии, степени сохранения прежних профессиональных навыков и способности к квалифицированному труду.

Судебно-психиатрическая оценка таких больных сводится к признанию их невменяемыми. Лишь при наличии стойкой, длительной ремиссии и отсутствии явлений слабоумия вопрос должен решаться индивидуально.

Психические расстройства позднего возраста. Дементные состояния

За последнее время в большинстве развитых стран увеличилась средняя продолжительность жизни населения. В связи с этим соответственно возросло и число пожилых людей, страдающих психическими заболеваниями.

Психическая деятельность людей пожилого возраста отличается рядом особенностей. Пожилые люди, с одной стороны, повышено ранимы, обидчивы, мнительны, склонны к накопительству и преувеличению своих собственных заслуг, с другой – они вдумчивы и осмотрительны, являются хранителями житейской мудрости и добрых традиций.

Нарушения психической деятельности у людей в пожилом возрасте изучает геронтологическая психиатрия – наука, выделившаяся в самостоятельную дисциплину из общей психиатрии.

Психические расстройства у лиц пожилого возраста можно разделить на две основные группы: предстарческие (инволюционные) психозы, старческие (сенильные) психозы. Относительно редко встречаются атипичные формы психических нарушений.

Инволюционные психозы. Психические нарушения в предстарческом возрасте (45–65 лет) впервые в 1896 г. описал Крепелин. Он систематизировал их в самостоятельную нозологическую единицу, обозначив ее термином «пресенильные психозы». Однако до настоящего времени отсутствует единство взглядов психиатров различных стран на нозологическую самостоятельность предстарческих психозов. Это связано с тем, что ряд заболеваний, иногда относимых к данной нозологической группе, при длительном катамнестическом наблюдении обнаруживает клиническую картину, характерную для шизофренического процесса, маниакально-депрессивного психоза и истерических проявлений, возникающих в позднем возрасте. Тем не менее в современной психиатрии выделяют несколько форм инволюционных психозов.

Чаще всего встречается *инволюционная (пресенильная) меланхолия*. Клиническая картина ее характеризуется тревожно-депрессивным синдромом. На первый план выступает угнетенное настроение, глубокая тоска с постоянным чувством беспокойства и тревоги (рис. 14, 15). Тревога обычно возникает в связи с боязливым ожиданием неминуемого несчастья, которое может привести к гибели семьи, самого больного, ближайших родственников. Больные причитают, заламывают руки, уверены, что их «организм сгнил, разложился» (*синдром Котара*), что «погибли дети, родные». Они просят помощи, иногда высказывают идеи гибели мира, полного уничтожения всего живого на земле, считают, что наступила всеобщая катастрофа.



Рис. 14. Больная в состоянии инволюционной депрессии



Рис. 15. Больная инволюционным параноидом со слуховыми галлюцинациями

Тревожно-депрессивное состояние, как правило, сопровождается двигательной активностью (*ажитированная депрессия*) с высказыванием *бредовых идей самообвинения, самоуничижения*. В связи с этим больные суетливы, растерянны, требуют наказать их, совершают суицидальные поступки с нанесением себе тяжелых ранений, увечий. Угнетенное настроение обычно сопровождается одними и теми же выражениями: «Спасите меня, я должна быть наказана за все прошлое, я заслужила справедливое возмездие, все погибло».

Характерны также *симптом нарушения адаптации Шарпантье* (при смене местонахождения, при переводе в другую палату или стационар беспокойство больных усиливается) и *симптом Клейста* (больной длительно причитает, просит помощи; если же врач пытается беседовать с ним, сразу умолкает, отказывается от разговора, стоит врачу отойти – снова начинает причитать).

Часты и *иллюзорные восприятия* окружающего. Родные кажутся больному чужими людьми, которые осуждают его, как-то по-иному смотрят, маскируются под близких. Больные высказывают также *ипохондрические идеи*, считают, что страдают раком, заражены туберкулезом, венерическими болезнями.

Длительное тревожно-меланхолическое состояние временами сменяется некоторым успокоением, заторможенностью. При этом депрессивный фон настроения остается без изменений.

В благоприятных случаях инволюционная меланхолия, спустя несколько месяцев, может закончиться выздоровлением, но нередко приобретает затяжное хроническое течение и через несколько лет у больных наступает снижение интеллектуальной сферы и эмоциональное уплощение.

Распространенной формой предстарческих психозов является *инволюционный параноид*. Он начинается постепенно с развития стойких бредовых идей. Поведение больных длительное время остается упорядоченным; они в состоянии выполнять свои прежние профессиональные и бытовые обязанности. В то же время их бредовые высказывания, возникающие обычно на фоне тревожно-депрессивного состояния, отличаются рядом особенностей. Больные патологически освещают сущность бытовых,

житейских взаимоотношений, аргументируя свои высказывания многочисленными фактами. Они убеждены, что соседи или родственники по ночам либо в их отсутствие с помощью специально изготовленных ключей заходят в квартиру, воруют вещи, отравляют пищу, напускают отравляющий газ, подсыпают ядовитые порошки, что они совещаются по ночам, устраивают сборища подозрительных людей, «громкие голоса которых слышатся сквозь стену» (*бред малого размаха*). Поведение больных характеризуется подозрительностью, недоверчивостью, склонностью к различным житейским ссорам и дразнкам. Они обращаются с жалобами в различные инстанции (в милицию, прокуратуру), требуют наказать людей, нанесших им материальный ущерб, все, что можно, запирают — сундуки, шкафы и даже кастрюли. Это делается для того, чтобы соседи или члены семьи, якобы стремящиеся их отравить, околдовать, выжить, не попали в квартиру. Перемена места жительства не способствует устранению болезненных переживаний: после кратковременного успокоения больные снова с еще большей активностью и убежденностью отстаивают свои болезненные суждения. При этом в круг мнимых недоброжелателей вовлекаются все новые и новые люди. Прогрессирование заболевания сопровождается появлением вербальных и обонятельных галлюцинаций; в редких случаях встречаются признаки психического автоматизма. Течение болезни длительное, хроническое.

Больная П., 52 лет; страдает инволюционным параноидом. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Развитие в раннем детстве без особенностей. Окончила 5 классов. Дальнейшей учебе помешала война. С 1944 года работает на льнокомбинате. Замужем. Было шесть беременностей, три из них закончились абортom; трое детей живы. Отношения с мужем вначале были хорошими. Но за последние 10 лет испортились. Муж стал скандалить, оскорблять, угрожать расправой, если она обратится в милицию. За два года до поступления в стационар ухудшилось самочувствие. Периодически беспокоили головные боли, боли в области сердца, появилась повышенная раздражительность, немотивированная тревога. Отмечались приливы то жары, то холода, колебалось артериальное давление, нарушился менструальный цикл. В связи с этим лечилась у терапевтов. Однажды заявила, что по ночам кто-то открывает дверь, выносит вещи, думала, что это друзья мужа идут грабить ее дом. Заметила, что «муж специально оголил переключатель электросети», чтобы ее убить. Начала хвататься за голову и

кричать. При обследовании было установлено, что ориентировка всех видов сохранена, контакту доступна, на вопросы отвечает по существу, тревожна. Излишне подробно, со слезами на глазах рассказывает о своей жизни, об «издевательствах мужа». Рассказала, что плохо спит, просыпается на каждый стук, шорох. Однажды заметила, что «электрогрелка разбита и оттуда выглядывают металлические болты крепления». Уверена, что муж специально это сделал, чтобы ее поразило электрическим током. Накануне ощущала неприятное чувство жжения во всем теле, считала, что в пищу подсыпан порошок, что в квартире стал нехороший воздух из-за того, что кто-то напустил газ. Жаловалась на периодические приступы головокружения, приливы жара, усиленное сердцебиение, колющие боли в области сердца, на непонятное чувство страха, тревоги. Беспокоилась о своей судьбе.

Несколько реже встречается *инволюционная (поздняя) кататония*. Заболевание начинается обычно с чувства беспокойства, тревоги, которое сменяется возникновением бредовых идей преследования, самообвинения, синдрома Котара. Указанные нарушения проявляются на фоне депрессивного состояния и ипохондрических явлений. При дальнейшей прогрессивности заболевания наступает ступорозное состояние с полной обездвиженностью и мутизмом. При длительном течении эта форма пресенильного психоза приводит к развитию слабоумия.

Разновидностью инволюционной кататонии следует считать и *злокачественную форму пресенильного психоза*. Это заболевание встречается крайне редко. Течение его катастрофическое и проявляется в быстрой смене психопатологической картины. Болезнь начинается с развития тревожно-депрессивного состояния, бессвязности речи, растерянности с массивным психомоторным возбуждением, сменяющимся общим успокоением больных. Наблюдаются расстройства сознания по онейроидному типу с иллюзорно-бредовыми переживаниями, развитием синдрома Котара. Больным кажется, что они участвуют в собственных похоронах или в похоронах родственников, знакомых, видят различные события и расценивают их как «гибель Земли, катастрофу Вселенной». Через несколько месяцев при явлениях кахексии наступает смерть от присоединившегося какого-либо соматического заболевания.

Относительно легкой формой психических нарушений в климактерическом периоде является *инволюционная истерия*. Она представляет собой комплекс невротических расстройств с преобладанием истероформной симпто-

матики. Заболевание характеризуется эмоциональной лабильностью, капризностью, слезливостью, ипохондричностью, демонстративностью поведения. Во время волнения у больных появляются спазмы в горле, тошнота, иногда рвота. Реже наблюдаются истерические параличи и парезы с расстройствами чувствительности и истерические припадки. Заболевание обычно заканчивается постепенным выздоровлением.

Патогенетические механизмы инволюционных психозов изучены недостаточно. Развитие этого заболевания часто связывают с эндокринными нарушениями и с расстройством обмена веществ, особенно у женщин в возрасте 45–55 лет. Возникновению заболевания также способствуют аутоинтоксикация, психотравмирующие ситуации.

Дифференциальный диагноз. В процессе дифференциальной диагностики инволюционную депрессию необходимо отличать от депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза. Наличие в клинической картине инволюционной депрессии тревожно-депрессивного, ажитированного симптомокомплекса способствует правильной постановке диагноза. Для циркулярной депрессии характерна классическая триада симптомов: угнетенное настроение, двигательная и мыслительная заторможенность.

Инволюционный паранойд необходимо дифференцировать от шизофрении. Обыденность, конкретность, житейское содержание бреда, отсутствие «символики» в мышлении, а также аутизма не характерно для шизофрении.

Лечение. Лечение инволюционных психозов зависит от их синдромологических особенностей и этапа течения. При инволюционной депрессии показан *тизерцин* (от 25 до 300 мг в сутки) в сочетании с *мелипрамином* (от 25 до 150 мг в сутки). Положительный эффект дают *амитриптилин* (от 25 до 300 мг в сутки) и *пиразидол* (от 50 до 300 мг в сутки). В тяжелых случаях эффективны *электроудорожная терапия, инсулинотерапия, подкожное введение кислорода*.

При лечении инволюционного параноида и кататонических состояний назначают большие дозы нейролептиков (*трифтазин* – от 5 до 80 мг, *галоперидол* – от 1 до 40 мг, *мажептил* – от 10 до 150 мг в сутки и др.) в течение нескольких месяцев с последующим переводом на поддерживающую терапию. Наряду с этим необходимо проводить комплексную общеукрепляющую терапию.

При инволюционной истерии применяются препараты из группы малых транквилизаторов: *седуксен, триоксазин, элениум*; обязательна *психотерапия*.

Болезнь Альцгеймера. Болезнь Альцгеймера (БА) (F00) является хроническим прогрессирующим дегенеративным заболеванием, приводящим к тотальному слабоумию. Болезнь названа по имени доктора А. Альцгеймера, который в 1906 г. впервые описал морфологические изменения в веществе мозга. В настоящее время термин «болезнь Альцгеймера» применяется в отношении ранней и поздней (сенильной деменции) формы дегенеративного процесса, в то время как ранее этот термин использовался только для определения болезни с ранним началом. По литературным данным, болезнь Альцгеймера встречается в 40–90% всех случаев деменций пожилого возраста. Женщины болеют в 3–5 раз чаще, чем мужчины. Возникновение болезни не связано с особенностями существования, полом, географическим местом пребывания, социальным сословием. Индивидуальный риск развития болезни Альцгеймера определяется двумя независимыми генетически обусловленными факторами. Результаты исследований американских ученых показали, что ген альфа-2-макробулин определяет, разовьется вообще болезнь Альцгеймера или нет, а ген АПОЕ-4 определяет время развития болезни.

Причинами возникновения болезни также принято считать нейроинфекции, травмы, накопление в организме алюминия, других металлов, аутоиммунные расстройства. Определенную роль в развитии заболевания отводят нейрохимическим изменениям, в частности возникает значительное уменьшение количества нейротрансмиттеров и нейромедиаторов (ацетилхолина, ацетилхолинэстеразы). Патологоанатомически заболевание характеризуется преимущественным атрофическим поражением затылочно-теменных отделов мозга на фоне различной выраженности диффузной атрофии мозга. Гистологически определяется изменение нейрофибрилл, множество сенильных бляшек, распад дендритов, резкое снижение количества нейронов в различных областях головного мозга. По течению и клиническим признакам выделяют болезнь Альцгеймера с ранним началом, поздним началом, атипичную, или смешанную, неуточненную форму. В случае развития состояния

до 65 лет с относительно быстрым формированием клинических признаков и течением 2–3 года его относят к болезни Альцгеймера с ранним началом. Когда же состояние развивается постепенно в возрасте 65–75 и позже с медленно прогрессирующим расстройством памяти, то оно относится к заболеванию с медленным началом.

Согласно международной классификации МКБ-10 необходимо наличие следующих диагностических требований для установления болезни Альцгеймера.

Диагностика. Для достоверного диагноза необходимо присутствие следующих признаков:

а) наличие деменции;

б) постепенное начало с медленно нарастающим слабоумием. Хотя время начала заболевания установить трудно, обнаружение окружающими существующих дефектов может наступить внезапно. В развитии заболевания может отмечаться некоторое плато;

в) отсутствие данных клинического или специальных исследований, которые могли бы говорить в пользу того, что психическое состояние обусловлено другими системными или мозговыми заболеваниями, приводящими к деменции (гипотиреозидизм, гиперкальциемия, дефицит витамина В₁₂, дефицит никотинамида, нейросифилис, гидроцефалия нормального давления, субдуральная гематома);

г) отсутствие внезапного апоплексического начала или неврологических симптомов, связанных с повреждением мозга, таких как гемипарезы, потеря чувствительности, изменения полей зрения, нарушение координации, возникающих рано в процессе развития заболевания (правда, такие симптомы могут в дальнейшем развиваться и на фоне деменции). В некоторых случаях могут присутствовать признаки БА и сосудистой деменции.

Если сосудистая деменция предшествует БА, то диагноз БА не всегда может быть установлен на основании клинических данных.

При дифференциальном диагнозе необходимо иметь в виду:

- депрессивные расстройства (F30–F39),
- делирий (F05);
- органический амнестический синдром (F04);
- другие первичные деменции, такие как болезни Пика, Крейцфельда – Якоба, Гентингтона (F02);

– вторичные деменции, связанные с рядом соматических болезней, токсических состояний и т.д. (F02.8);

– легкие, умеренные и тяжелые формы умственной отсталости (F70–F72).

Деменция при БА может сочетаться с сосудистой деменцией (следует использовать код F00.2), когда цереброваскулярные эпизоды (мультиинфарктные симптомы) могут накладываться на клиническую картину и данные анамнеза, указывающие на БА. Такие эпизоды могут обуславливать внезапное обострение проявлений деменции. По данным вскрытия, сочетание обоих типов деменции обнаруживается в 10–15% всех случаев деменции.

Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом. Точно определить время начала заболевания не представляется возможным в связи с постепенно нарастающим интеллектуальным дефектом. На протяжении 2–3 лет разрушаются процессы узнавания, памяти, речи, письма, счета.

Начальная стадия заболевания. На первый план при болезни Альцгеймера выступает прогрессирующая амнезия, как на текущие, так и на прошлые события, иногда с конфабуляциями и псевдореминисценциями. Также наблюдается нарушение внимания, осмысление окружающего, трудности в подборе слов, снижение мотиваций, безразличие к родственникам, происходящему вокруг. На первых этапах болезни присутствует осознание собственной болезни, несостоятельности, растерянности, особенно в двигательной сфере, явные затруднения в принятии решения. Появляется дезориентировка во времени, отсутствие возможности усвоения новой информации.

Средняя стадия заболевания. По мере развития заболевания прогрессируют амнестические расстройства. Больные не могут воспроизвести недавние события, имена. Возникают трудности в речевом общении. Нарастающий распад речи проявляется в виде амнестической, сенсорной и агностической афазии. Больные не могут вспомнить названия предметов, слова, не понимают чужую речь. Характерны повторения слогов, напоминающее заикание (логоклония), затем и отдельных слов. Нарушается также и письменная речь (аграфия), чтение (алексия), счет (акалькулия). Больные не могут обходиться без посторонней помощи. Они утрачивают простые навыки, привычные автоматизированные действия, такие как

приготовление пищи, соблюдение личной гигиены (туалет, умывание, одевание). Возникает отчетливая апраксия. Неадекватности поведения (в виде нелепых поступков, ухода из дома) создают проблемы для окружающих и родственников.

Поздняя стадия заболевания. Больные перестают ориентироваться в окружающем, в месте пребывания, в собственном доме, не понимают происходящее, отмечается полная беспомощность. Распад интеллектуальных функций принимает крайнюю выраженную степень достигающую маразма. Наблюдаются тотальная афазия, полная апраксия, полная моторная обездвиженность с отсутствием каких-либо целенаправленных движений. Больные прикованы к постели, лежат в эмбриональной позе, не контролируют мочеиспускание и дефекацию. Часто возникают оральные автоматизмы, насильственный смех и плач. Состояние может сопровождаться эпилептическими припадками и неврологическими, в основном подкорковыми, симптомами.

Прогноз болезни неблагоприятный. Средняя продолжительность жизни составляет около 8 лет.

Диагностика. Следует иметь в виду картину деменции, приведенную выше, с началом заболевания до 65 лет и быстрым прогрессированием симптомов. Данные семейного анамнеза, указывающие на наличие в семье больных БА, могут быть дополнительным, но не обязательным фактором для установления данного диагноза, точно так же, как и сведения о наличии болезни Дауна или лимфоидоза.

Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом. Необходимо учитывать данные, приведенные выше, и обратить особое внимание на наличие или отсутствие симптомов, дифференцирующих ее от деменции с ранним началом заболевания (F00.0).

Болезнь Альцгеймера с поздним началом (F00.1) включает сенильную деменцию альцгеймеровского типа, что соответствует сенильной деменции согласно классификации МКБ-9.

Лечение. Семиотика болезни Альцгеймера индивидуальна, соответственно и терапевтическое лечение должно проводиться с учетом особенностей каждого больного. Современные представления о болезни Альцгеймера дают основание применять три основных направления лечебных мероприятий:

- а) терапия когнитивных функций;
- б) замедление прогрессирования заболевания;
- в) профилактика заболевания.

Имеются данные о положительных сдвигах в когнитивной сфере, речевой функции, возможности ориентировки в окружающем, повышении общих функциональных возможностей при применении ингибитора холинэстераз, в частности *допенешила*. Его назначают по 5 мг в сутки, через месяц повышая дозу до 10 мг. Положительное воздействие на познавательные, эмоциональные и поведенческие функции оказывает *глиатилин* в суточной дозе 1200 мг. Глиатилин обладает свойствами центрального холиноми-метика и участвует в анаболических процессах.

Кроме медикаментозного вмешательства можно применять методику когнитивного тренинга, основанную на механическом запоминании. Многократное повторение информации стимулирует сферу образных представлений, активизирует воображение и ассоциативное мышление. Непсихотические расстройства, возникающие при атеросклерозе сосудов головного мозга, классифицируются по МКБ-10 F06.811, а непсихотические депрессивные нарушения – F06.361, корсаковский синдром – F04.7.

Органические психосиндромы второго ранга F06.07 – галлюциноз, F06.17 – кататонические расстройства, F06.27 – бредовые расстройства, F06.3x7 – аффективные нарушения, делирий – F05.0, астенические – F06.67.

Сосудистая деменция. Согласно МКБ-10 сосудистая (прежняя атеросклеротическая) деменция (F01), включая и мультиинфарктную, отличается от деменции при болезни Альцгеймера имеющимися сведениями о начале заболевания, клинической картиной и последующим течением. В типичных случаях отмечаются преходящие ишемические эпизоды с кратковременной потерей сознания, нестойкими парезами, потерей зрения. Деменция также может наступить после серии острых цереброваскулярных эпизодов, или, что реже бывает, после одной большой гемморрагии. В таких случаях становится очевидным нарушение памяти и мыслительной деятельности. Начало деменции может быть внезапным, вслед за каким-нибудь одним острым ишемическим эпизодом, или же постепенным. Деменция обычно является результатом инфаркта мозга вследствие сосудистого заболевания, включая ги-

пертензивную цереброваскулярную болезнь. Инфаркты обычно небольшие, но обладают кумулятивным эффектом.

Диагностика. Постановка диагноза предполагает наличие деменции, как это указано выше. Когнитивные нарушения обычно неровные, могут наблюдаться потеря памяти, интеллектуальное снижение и очаговые неврологические знаки. Критика и суждения могут быть относительно сохранены. Острое начало или ступенчатое ухудшение, как и наличие очаговых неврологических знаков и симптомов, увеличивает вероятность диагноза. Подтверждение диагноза может быть в некоторых случаях обеспечено компьютерной аксиальной томографией или, в конечном итоге, патологоанатомическими данными.

К сопутствующим симптомам относятся: гипертензия, каротидный шум, эмоциональная лабильность с преходящим депрессивным настроением, плаксивостью или взрывами смеха, преходящие эпизоды помрачения сознания или делирия, которые могут быть спровоцированы дальнейшими инфарктами. Считается, что личностные особенности относительно сохранены. Однако в некоторых случаях изменения личности также могут быть очевидными с появлением апатии или заторможенности или заострения прежних черт личности, таких как эгоцентризм, параноидная настроенность или раздражительность.

Включается атеросклеротическая деменция.

Дифференциальный диагноз. Необходимо учитывать:

- делирий (F05);
- другие формы деменции, и в частности болезнь Альцгеймера (F00);
- (аффективные) расстройства настроения (F30–F39);
- легкую и умеренную умственную отсталость (F70–F71);
- субдуральную геморрагию (травматическую (F06.5), нетравматическую (F06.2)).

Сосудистая деменция может сочетаться с болезнью Альцгеймера (кодировать F00.2), если сосудистые эпизоды возникают на фоне клинической картины и анамнеза, указывающих на наличие болезни Альцгеймера.

Сосудистая деменция с острым началом (F01.0). Как правило, развивается быстро после серии инсультов или цереброваскулярного тромбоза, эмболии или геморрагии. В редких случаях может быть причиной одна массивная геморрагия.

Мультиинфарктная деменция (F01.1). Начало более постепенное, вслед за несколькими небольшими ишемическими эпизодами, которые создают аккумуляцию инфарктов в церебральной паренхиме.

Включается преимущественно корковая деменция.

Субкортикальная сосудистая деменция (F01.2). В анамнезе могут быть сведения, указывающие на наличие гипертензии, очагов ишемической дисфункции в глубоких структурах белого вещества больших полушарий, которые могут быть подтверждены клиническими данными и продемонстрированы на компьютерной аксиальной томографии. Кора обычно сохранена, и это контрастирует с клинической картиной, которая очень напоминает деменцию при болезни Альцгеймера (при которой имеется диффузная демиелинизация белого вещества и может использоваться термин «бинсвангеровская энцефалопатия»).

Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция (F01.3). Смешанная картина корковой и подкорковой сосудистой деменции может предполагаться на основании клинической картины, результатов исследований (включая аутопсию) или того и другого.

Сенильные психозы. Эта группа психозов возникает обычно после 65–70 лет и может протекать в течение 5–6 и даже 20 лет. Возникновению психических нарушений в старческом возрасте способствуют различные экзогенные причины (психотравмирующие ситуации, перенесенные инфекции, тяжелые соматические заболевания и др.). Психические изменения старческого возраста развиваются, как правило, постепенно, исподволь, начиная с заострения черт характера и заканчиваясь развитием старческой деменции.

Начальная стадия психических нарушений в старости сопровождается развитием недоверчивости, болтливости, немотивированного упрямства. Повышенный консерватизм сочетается с сужением круга интересов, преувеличением собственных заслуг, неряшливостью, слабодушием, замедленностью всех действий, решений. Отмечается также забывчивость, рассеянность, эротизм со склонностью к педофилии (половое влечение к малолетним). Память изменяется по закону Рибо – обостряются воспоминания молодых лет и с трудом запоминаются текущие

события. Мышление характеризуется вязкостью, стереотипностью рассуждений, застреванием на второстепенных фактах.

Заболевание постепенно прогрессирует и наступает следующий этап течения – *стадия деменции*. Больные обнаруживают глубокое снижение интеллектуальной способности, теряют многие приобретенные в процессе жизни навыки. В связи с глубоким нарушением памяти развивается амнестическая дезориентировка. Больные не узнают родных, знакомых, не могут определить места своего нахождения, не знают, сколько им лет, как зовут их детей и т. д. Пробелы памяти заполняются *конфабуляциями* и *псевдореминисценциями*. Настроение у больных, как правило, повышенное. В редких случаях наблюдается депрессия с бредовыми идеями самоуничтожения, ипохондрическим бредом, синдромом Котара. На фоне деменции с грубыми нарушениями памяти обнаруживаются бредовые идеи материального ущерба, ограбления, в связи с чем больные становятся суетливы, крайне подозрительны, прячут свои вещи, тут же забывая о них, ночью плохо спят, бродят по квартире, что-то разыскивают, а днем вялы, сонливы, угрюмы, ворчливы, теряют чувство привязанности к близким. Развитие старческого слабоумия сопровождается рядом симптомов (рис. 16).



Рис. 16. Вид больных, страдающих старческим слабоумием

При *симптоме стереотипного усердия* больные однообразно стремятся выполнить какую-либо работу, проявляют чрезмерную деловитость. Например, больной, в прошлом бухгалтер по профессии, уверен, что находится на работе, и пытается составить годовой отчет. Другая больная постоянно стремится подмести полотенцем пол или связывает постельное белье в узел и производит движения руками, совершаемые при стирке белья (*симптом стирки белья*). Некоторые больные постоянно вмешиваются в разговоры посторонних, стремятся дать советы, указания, отвечают на вопросы, заданные другим людям (*симптом откликаемости*). Если у больного исчезло возбуждение, суетливость, присущая ему болтливость (*симптом успокоения*), то следует думать, что присоединились какие-то соматические заболевания. В этих случаях необходимы неотложные терапевтические меры, так как обычно наступающее быстрое утяжеление соматического состояния больных может привести к летальному исходу.

Постепенно наступает *стадия физического и психического маразма*. Это завершающий этап старческого психоза. Больные почти полностью утрачивают речь, теряют все навыки, прожорливы, поедают несъедобные вещи, неопрятны в постели. Постоянно лежат в эмбриональной позе: ноги резко согнуты в коленях и тазобедренных суставах и прижаты к туловищу, руки скрещены на груди. При попытках персонала изменить их положение пассивно сопротивляются, иногда издают нечленораздельные звуки. В этой стадии у больных часто возникают пролежни, сепсис, пневмонии и они погибают.

Различают несколько форм сенильных психозов.

1. Простая форма встречается наиболее часто. В клинической картине на первый план выступают явления деменции. Больные забывают свой возраст, имена детей, фамилию. Круг их интересов ограничивается удовлетворением физиологических нужд. Речь невнятная, бормочущая, сон поверхностный, прерывистый.

2. Конфабуляторная форма характеризуется тем, что на фоне прогрессирующей деменции обнаруживается наплыв различных фантастических вымыслов (конфабуляций). Состояние больных сопровождается повышенным настроением, благодушием. Больные утверждают, что они молоды и собираются выходить замуж (жениться), в окружающих узнают своих детей, родных, будущих му-

жей (жен). Такие больные грубо дезориентированы в окружающей обстановке, считают, что находятся на работе, дома, среди друзей.

3. Делириозная форма заключается в развитии помрачения сознания по делириозному типу. Делирий проявляется в виде конфабуляторной спутанности, усиливающейся ночью, и часто протекает атипично.

В тяжелых случаях при наличии соматических осложнений наблюдается мусситирующий делирий, реже – профессиональный. Расстройства восприятия сводятся к развитию скудных зрительных галлюцинаций.

Больной В., 84 лет; страдает старческим слабоумием, простой формой. Рос в крестьянской семье. Окончил 2 класса. Во время гражданской войны служил в армии. Имеет награды. Двоюродная сестра и двоюродная племянница больны психически. После окончания войны некоторое время работал на заводе, затем в сельском хозяйстве. Около года работал председателем колхоза, затем фин-агентом. Во время Великой Отечественной войны участвовал в партизанском движении. В дальнейшем работал председателем сельсовета, а потом председателем сельпо. Став персональным пенсионером, начал заниматься своим хозяйством. Имеет двоих детей. На склоне лет отделился от жены, ссылаясь на то, что его стали тяготить семейные заботы. После смерти жены стал приводить в дом мальчиков-подростков, поил их вином, ласкал, целовал. Оформил завещание на свой дом племяннице, которая за ним ухаживала после того, как он перенес операцию по поводу аденомы предстательной железы. Психические нарушения стали отмечаться во время его пребывания в урологическом отделении. Появилось нарушение памяти, тревожное беспокойство, неузнавание близких, бессонница. После выписки из больницы стал забывчивым, злобным, подозрительным, не спал по ночам. Выйдя из дому, не мог вернуться обратно, попадал к соседям и возвращался лишь с их помощью. Стал плохо понимать речь окружающих. Не мог воспроизвести в памяти наиболее важные события из своей жизни. Начал подозревать дочь в том, что она хочет его отравить. Жаловался соседям, что дочь пыталась задушить его. С подозрением стал относиться и к зятю, считал, что «он заодно с дочерью». При напоминании о дочери становился злобным, гневным и заявлял: «Эта хочет меня убить и ограбить». Про зятя вначале сказал: «Это человек из сельпо». Потом через некоторое время, якобы вспомнив, кто он, со злостью ответил: «Это убийца, он служил в полиции и теперь заодно с моей...» Был беспомощен. Во время беседы с врачом охотно вступал в контакт. Однако на вопросы отвечал не по существу. Был дезориентирован в месте и времени. Не знал месяца, числа, поры года. Правильно называл свою фамилию, имя, год рождения, сколько ему лет – не помнил. Пытаясь вспомнить, стереотипно

повторял: «сколько, сколько, сколько нам лет...», «ну, нам... нам лет». Не помнит имя жены, сколько было детей, когда была революция, война и т. д. На вопрос, есть ли родственники, — ответил: «у меня... у меня... у меня чистосердечных нет».

Дифференциальный диагноз. Старческие психозы необходимо дифференцировать от психических нарушений, связанных с атеросклеротическим поражением сосудов головного мозга. Осознание своей болезни, критическое отношение к ней, недержание аффектов и относительно благоприятное течение процесса при атеросклерозе мозга помогает правильной постановке диагноза. К тому же при атеросклеротических нарушениях сосудов мозга наблюдаются не амнестические расстройства, характерные для старческого слабоумия, а дисмнестические, при которых память страдает преимущественно на фамилии, имена, даты и т. д.

Патологоанатомические исследования при старческих психозах выявляют общую атрофию мозга, уменьшение его веса. Атрофия мозговой ткани наиболее выражена в лобной, височной и теменной областях. Наблюдается также утолщение мягкой мозговой оболочки, водянка мозга, расширение его желудочков. При микроскопическом исследовании различных отделов мозга выявляются «сенильные друзы».

Лечение. Лечение больных старческими психозами сводится к организации правильного ухода за ними и проведению симптоматической и общеукрепляющей терапии. Необходимо постоянно поддерживать профессиональную активность больных в привычной для них обстановке. Важно оберегать их от различных соматических осложнений, к которым больные старческими психозами крайне чувствительны. При наличии состояния возбуждения, повышенной суетливости, длительной бессонницы и психотических явлений целесообразно назначать нейролептические средства в небольших дозах. Положительный эффект оказывают препараты из группы ноотропов (*аминалон, энцефабол, пирацетам* и др.).

При судебно-психиатрической оценке больные, совершившие преступление в период острых психотических расстройств, признаются невменяемыми. Во время улучшения состояния, а также при наличии невыраженных и начальных признаков заболевания вопрос решается индивидуально.

Глава 11. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ (ОЛИГОФРЕНИЯ)

Раздел F7 МКБ-10 включает сборную группу расстройств, общим признаком которых является психическое недоразвитие с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей и нарушением социальной адаптации. Для обозначения умственной отсталости употребляются термины «олигофрения», «умственное недоразвитие», «умственная субнормальность», «умственная дефицитарность».

В зависимости от выраженности умственная отсталость подразделяется на легкую степень (F70), умеренную (F71), тяжелую (F72), глубокую (F73), другую умственную отсталость (F78) и неуточненную умственную отсталость (F79).

Общие диагностические критерии умственной отсталости определяются состоянием задержанного или неполного развития психики, обнаруживаемым в период созревания и ограничивающим общий уровень развития интеллекта по познавательным, речевым, моторным и социальным способностям. Отсталость может развиваться в сочетании с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. При умственной отсталости всегда нарушено адаптивное поведение, но в условиях социальной защищенности и поддержки, особенно у больных с легкой умственной отсталостью, адаптивные возможности расширяются и могут совсем не иметь явного характера. При оценке коэффициента умственного развития должны учитываться социально-средовые и культуральные особенности, в которых находится больной с умственной отсталостью.

Для обозначения особенностей поведения лиц с умственной отсталостью, если они не обусловлены сопутствующим (психическим) расстройством, дополнительно используется цифровой знак:

F7х.0 – минимальные поведенческие нарушения или их отсутствие;

F7х.1 – значительные поведенческие нарушения, требующие ухода или лечения;

F7х.8 – с другими нарушениями поведения;

F7х.9 – поведенческие нарушения не определены.

Если известна причина умственной отсталости, то ее следует обозначить пятым знаком, в соответствии с этиологическим фактором:

F7х.х1 – предшествующие инфекция или интоксикация;

F7х.х2 – предшествующие травма или физическое воздействие;

F7х.х3 – обусловленная фенилкетонурией;

F7х.х4 – связанная с хромосомными нарушениями;

F7х.х5 – обусловленная гипертиреозом;

F7х.х6 – обусловленная гипотиреозом;

F7х.х7 – связанная с недоношенностью;

F7х.х8 – обусловленная другими уточненными причинами;

F7х.х9 – обусловленная неуточненными причинами.

Аналогичные диагностические критерии используются и в МКБ-9, с той лишь разницей, что в ней выделено три степени умственного недоразвития. Легкая умственная отсталость соответствует понятию дебильность, умеренная и тяжелая – имбецильность, глубокая умственная отсталость – идиотия.

Среди различных психоневрологических нарушений у детей наиболее часто встречаются врожденные умственные недоразвития – олигофрении (новолат. *oligophrenia* – малоумие; гр. *oligos* – малый, *phren* – ум). Термин «олигофрения» был предложен немецким психиатром Крепелином в 1915 г.

Понятие «олигофрения» (врожденное слабоумие) не следует смешивать с понятием «деменция» (слабоумие, приобретенное в процессе жизни человека в результате перенесенного какого-либо заболевания – черепно-мозговой травмы, энцефалита, эпилепсии и др.). При олигофрении с детства отмечается недоразвитие интеллекта, а при деменции утрачивается имевшаяся ранее интеллектуальная состоятельность. В ряде случаев у олигофрена недоразвита не только психика, но и весь организм.

Степени умственной отсталости. Различают три степени олигофрении: идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиотия – наиболее глубокая степень умственного недоразвития. Характеризуется полным отсутствием речи. Больные издают нечленораздельные звуки, неопрятны в постели, поступки их немотивированны, движения хаотичны или сте-

реотипны. Они не способны адекватно реагировать на окружающее. Эмоциональные реакции их крайне примитивны. Больные эпизодически совершают импульсивные движения, склонны к гневливым вспышкам и немотивированному смеху. Такие дети рождаются, как правило, с тяжелыми физическими дефектами. Из-за слабоумия они не могут ориентироваться в окружающей среде, не узнают своих родителей, не проявляют к ним никакого интереса.

Различают две формы идиотии: эретическую и торпидную. Олигофрены с *эретической идиотией* постоянно возбуждены, расторможены, агрессивны, кричат, издают нечленораздельные звуки. При *торпидной форме* они, наоборот, заторможены, почти все время спят, на внешние раздражения реагируют вяло, пассивно. Попытки обучить больного идиотией каким-либо навыкам оканчиваются безуспешно.

Имбецильность – средняя степень умственного недоразвития. При этой форме речь развита, но слабо; мышление скудное. Запас слов колеблется от нескольких десятков до 200–300. Суждения больного отличаются примитивностью и конкретностью. В лучших случаях имбецилы способны научиться считать в пределах единичных чисел. В процессе жизни они могут приобрести определенные практические навыки – мыть посуду, убирать в квартире, стирать, самостоятельно есть, одеваться, но делают это неряшливо и при неоднократных напоминаниях. Движения у них однообразны, мышление тугоподвижное. Имбецилы, хотя и в состоянии самостоятельно одеться, но путают, например, правую и левую стороны, неправильно застегивают пуговицы или надевают головной убор. Изменение окружающей обстановки вызывает у них растерянность и беспомощность. Эмоционально имбецилы более развиты, чем идиоты. Они узнают родных и проявляют привязанность к ним. Способны переживать радость, гнев, обиду, страх. В отдельных случаях склонны к асоциальным поступкам, агрессивны по отношению к окружающим их людям, более физически слабым детям, родственникам.

Дебильность – легкая степень олигофрении. Дебилы обладают достаточным запасом слов, способны окончить вспомогательную школу или первые классы начальной, могут читать, писать. Однако у них преобладает конкретное, стереотипное малопродуктивное мышление; абстракт-

ное — развито плохо. Неспособность абстрагироваться от конкретных представлений особенно ярко проявляется у дебилов при объяснении иносказательного смысла пословиц, обобщении понятий, при отграничении главного от второстепенного. Однако в отличие от имбецилов речь дебилов довольно высоко развита. Они могут вести самостоятельный образ жизни, получить определенную профессиональную подготовку, иметь семью. В некоторых случаях недостаток интеллекта у дебилов компенсируется механическими запоминаниями, упрямством и склонностью к слепому подражанию. В связи со снижением критических способностей у них нередко наблюдается нелепая и непоколебимая патологическая убежденность, болезненная настойчивость, приводящая, как правило, к сутяжничеству и кверулянству.

В практической психиатрии в зависимости от уровня интеллектуального недоразвития различают *выраженную, среднюю и легкую дебилность*. Последняя находится на границе нормального интеллекта, и для ее установления необходим большой опыт и высокая квалификация врача.

Еще большие сложности возникают в случае диагностики так называемого «салонного» слабоумия (нем. *salon-blodsinn*). Это самая легкая степень интеллектуальной недостаточности. Она характеризуется однообразием, стереотипностью, предвзятостью в суждениях, отсутствием способности к творческому пониманию окружающих явлений. При салонном слабоумии отмечается склонность к насыщенной многоречивости, рассуждению на малоизвестные темы с включением в речь непонятных выражений.

Следует отметить, что французские ученые Бине и Симон в начале прошлого века предложили характеристику степеней умственной отсталости, положив в основу один признак — развитие речи ребенка.

В соответствии с их утверждением «идиотом называется всякий ребенок, который неспособен посредством речи общаться с себе подобными, т. е. который не может словарно выразить свою мысль и понять мысль другого, выраженную словесно, если эта псевдоафазия не объясняется ни расстройством слуха, ни расстройством органов речи и должна быть всецело приписана недостаточности умственных способностей».

«Слабоумным (имбециликом) называется всякий ребенок, который не способен письменно общаться с себе по-

добными, т. е. который не может выражать свою мысль письменно и читать написанное или напечатанное или, точнее, понять то, что читает, если недостаточное приобретение этой формы языка не объясняется никаким расстройством зрения, никаким двигательным параличом руки, а должно быть всецело приписано недостаточности умственных способностей».

«Дебильным называется всякий ребенок, который может при помощи письма и речи общаться с себе подобными, но который запаздывает на 2 или 3 года в ходе своих занятий, если это запоздание не должно быть приписано неправильному посещению школы» (Х.С. Залеский, 1974).

Несмотря на то что приведенное определение степеней умственной отсталости несколько одностороннее и основывается на признаках недоразвития речи, оно все же содержит существенные критерии для установления степеней олигофрении.

Классификация олигофрении. Врожденные умственные недоразвития характеризуются различными клиническими признаками с разнообразной этиологией и патогенезом. Поэтому существующие классификации олигофрении основаны на многочисленных критериях – клинических, психологических, морфологических, физиологических и др. На наш взгляд, наиболее приемлема классификация олигофрении, в основе которой лежат причины, ее вызывающие.

Олигофрения как заболевание может быть самостоятельной нозологической единицей. Она обусловлена изменением наследственных структур и прежде всего генными мутациями (генная олигофрения).

Есть формы олигофрении, также связанные с наследственными факторами, но являющиеся синдромом патологии, как генной, так и хромосомной.

К первым относятся микроцефалия, фенилкетонурия, галактоземия и др.

В частности, для *микроцефалии* характерно раннее заращение черепных швов (в связи с предполагаемой наследственной предрасположенностью). Малые размеры черепа (малоголовость) вызывают задержку развития мозга. Лобные доли микроцефалов слабо развиты, борозды коры больших полушарий выражены плохо. При внешнем осмотре заметно явное преобладание лицевого черепа над

мозговым. Интеллект у микроцефалов низкий, слабоумие достигает степени идиотии или имбецильности.

При **фенилкетонурии** развивается одна из энзимопатических форм олигофрений, которая обусловлена наследственными нарушениями метаболизма, вызванными ферментативной недостаточностью. Начало заболевания проявляется с 3–8-месячного возраста депигментацией волос, радужек глаз (из-за недостаточности меланина у больных волосы и кожа светлые, глаза голубые), специфическим запахом мочи и пота, экссудативными диатезами. Этиология заболевания связана с нарушением переработки фенилаланина в тирозин в связи с низкой активностью фенилаланингидроксилазы – окислительного фермента, синтезирующегося в печени. Поэтому больным с самых первых месяцев жизни в течение 5–8 лет назначается специальная диета, исключающая фенилаланин. Из пищи ребенка необходимо полностью исключать мясо, рыбу, яйца, хлеб, печенье, каши, грибы, орехи, шоколад, сыр. Меню должно состоять из продуктов с повышенным содержанием углеводов, жиров и включать много фруктов и овощей. Грудное вскармливание желательно сохранить (кормить свежесцеженным грудным молоком). Указанное диетическое лечение способствует предупреждению развития интеллектуальной недостаточности. В нелеченых случаях слабоумие достигает глубокой степени.

Диагностика данного заболевания основана на выявлении в первые дни жизни ребенка повышенного содержания в крови фенилаланина (до 60 мг % вместо 1–2 мг % в норме) и на положительной реакции Феллинга (окрашивание мочи в зеленый цвет при добавлении нескольких капель железа хлорида).

В связи с недостаточностью в организме фермента, расщепляющего галактозу, развивается **галактоземия**. Слабоумие при этом достигает глубокой степени. Профилактическим мероприятием является назначение диеты без содержания галактозы.

В результате нарушения гормонального метаболизма, вызванного врожденным или рано приобретенным недоразвитием щитовидной железы, (гипотиреоз) возникает **кретинизм**. Больные обычно умственно отсталые, инфантильны, низкого роста, с короткими конечностями, тонкой сухой кожей. У них отмечается артериальная гипото-

ния, брадикардия, атония кишечника. Лечение кретинизма проводится гормонами щитовидной железы.

Хромосомные болезни обуславливаются изменением числа хромосом и часто также сопровождаются синдромом олигофрении. Изменение числа хромосом может касаться как аутосом (болезнь Дауна), так и половых хромосом (синдромы Клайнфельтера, Шерешевского – Тернера).

Болезнь Дауна является следствием трисомии (лишняя хромосома) по 21-й паре аутосом. Установлено, что дети с синдромом Дауна чаще рождаются у матерей в возрасте свыше 40 лет. Однако известны случаи рождения детей с этой болезнью и у молодых женщин.

Клиническая картина болезни Дауна сводится к характерному внешнему виду: косо расставленные глаза с эпикантусом (складка на верхнем веке), увеличенный с глубокими бороздами язык, мелкие редкие зубы, маленький курносый нос, утолщенная верхняя губа, румянец на щеках, голова уменьшена в размерах, затылок сглажен, пальцы рук толстые и короткие (рис. 17). У больных развивается слабоумие глубокой степени (идиотия, имбецильность, реже – дебильность). Лечение проводят стимуляторами мозгового метаболизма (ноотропы), гормонами, общеукрепляющими средствами.



Рис. 17. Дети с синдромом Дауна
(по А.В.Н. Микельсауру, 1974; из Э.А. Каминской, 1982)

Для **синдрома Клайнфельтера** характерно нарушение соотношения половых хромосом по типу полисомии X. Заболеванию подвержены только мужчины. При этом у них в клетках, кроме обычных XY-хромосом, появляются лишние X-хромосомы. Их может быть одна, две и более. При этом у больного отмечается высокий рост, длинные конечности, евнухоидизм, низкий интеллект, как правило, бесплодие. Однако степень слабоумия не определяется количеством лишних X-хромосом. Описаны абсолютно нормальные люди, имевшие потомство, при наличии 5X-хромосом и глубоко слабоумные и бесплодные при одной лишней X-хромосоме.

Синдром Шерешевского – Тернера является следствием моносомии X. Встречается только у женщин. При данном синдроме в клетках больной вместо свойственных человеку 46 X-хромосом обнаруживается 45. Женщины, страдающие синдромом Шерешевского – Тернера, характеризуются замедленным половым развитием, низким ростом.

Указанные формы олигофрении имеют наследственную природу. Кроме них выделяются **олигофрении экзогенного происхождения**, среди которых прежде всего следует отметить олигофрении, обусловленные вредными факторами (алкоголизм родителей, токсоплазмоз, вирусные заболевания матери, краснуха, хронические инфекции, эпидемический гепатит, нейроинфекции, сифилис, токсоплазмоз, резус-конфликт), воздействующими на организм во время эмбрионального развития. Степень слабоумия при этом бывает различной – от легкой дебильности до идиотии. В отдельных случаях наблюдается гибель зародыша. При резус-конфликте слабоумие развивается вследствие антигенной несовместимости крови матери и плода. В данном случае у детей наряду со слабоумием развиваются экстрапирамидные расстройства, сопровождающиеся поражением подкорковых образований и глухотой. С терапевтической целью показано обменное переливание крови сразу же после рождения ребенка.

Экзогенное происхождение имеют олигофрении разной степени выраженности, возникающие у ребенка в результате перенесенного заболевания после рождения или в первые месяцы жизни (родовая травма, травма головы, менингиты, энцефалиты и др.). Наиболее частой причиной их является родовая травма и асфиксия новорожден-

ного. Для олигофрении данного генеза характерны также признаки психоорганического синдрома с неврологическими знаками, астенизацией, эпизодически возникающими аффективными колебаниями, эксплозивностью или эйфорией.

Нередко олигофрении обусловлены *гидроцефалией* (повышенное внутричерепное давление, возникающее в результате избыточной продукции церебральной жидкости и нарушения ликворных путей). Причиной их могут быть воспалительные заболевания головного мозга, а также резус-несовместимость. При этой форме голова ребенка увеличена, иногда наблюдается расхождение костных швов, неврологические знаки. У некоторых больных отмечается развитая экспансивная речь, хорошая механическая и музыкальная память.

Для лечения назначается дегидратационная терапия (*магния сульфат, гипертонический раствор глюкозы, спинно-мозговая пункция, рентгенотерапия*). Больных надо обучать практическим и по возможности профессиональным навыкам.

Дифференциальный диагноз. Врожденное умственное недоразвитие в степени дебильности чаще всего приходится дифференцировать от других форм интеллектуальной недостаточности различного генеза.

Задержка интеллектуального развития может быть вызвана педагогической и микросоциальной запущенностью. Однако в этих случаях в отличие от больных олигофренией дети инициативны и самостоятельны в работе, способны к абстрагированию понятий, хорошо усваивают новый материал при индивидуальных занятиях с ними. Правильно примененные педагогические приемы обучения своевременно восстанавливают у них соответствующий уровень знаний.

Интеллектуальная недостаточность может быть и у больных с хроническими соматическими заболеваниями (пневмония, ревматизм, туберкулез и др.). Дети, страдающие этими болезнями, астенизированы, невнимательны, быстро утомляются и, как следствие, отстают в развитии от сверстников. Но динамическое наблюдение показывает, что такие дети понимают переносный смысл пословиц, прочитанный рассказ, способны к обобщению понятий. Специальные терапевтические и санитарно-гигиениче-

ские мероприятия, улучшающие соматическое состояние, всегда приводят к восстановлению способности к обучению. Кроме этого детей целесообразно направлять в оздоровительные лагеря, лесные загородные школы, санатории, предоставлять им дополнительный отдых.

Частичная задержка интеллектуального развития иногда развивается у детей с дефектами речи. Посещение специальных школ, где одновременно проводится и логопедическое обучение, способствует лучшему усвоению программы. При дефектах речи дети обычно отстают в школе лишь по чтению или письму. Адекватное развитие других психических функций (памяти, внимания, мышления) указывает на отсутствие у них олигофрении.

Лечение. Олигофрения относится к стабильным, мало динамичным формам психических расстройств. Терапевтические мероприятия при этих заболеваниях сводятся к назначению комплекса медицинских и педагогических воздействий. Важно обучение больных самостоятельным навыкам самообслуживания и по мере возможности – профессиональным навыкам. Обучение чтению, письму и труду должно происходить по специальной методике и упрощенной программе. Не менее важно рациональное трудоустройство.

Из медикаментозных средств положительный эффект оказывают препараты из группы ноотропов, способствующие улучшению мозгового метаболизма и стимулирующие созревание нервных клеток: *аминалон (гаммалон)*, *ноотропил (пирацетам)*, *пиридитол (энцефабол)*, *пантогам*. Рекомендуются также *глутаминовая кислота*, *ниаламид (ниамида)*, *витамины группы В (В₁, В₆, В₁₂)*. При наличии признаков повышенного внутричерепного давления показана дегидратационная терапия (*магния сульфат*, *эуфиллин*, *диакارب* и др.). При психомоторном возбуждении назначаются транквилизаторы (*элиниум*, *седуксен*, *мепробамат*) и нейролептические средства преимущественно с тормозным компонентом действия (*аминазин*, *тизерцин*, *неулеттил* и др.). Седативный эффект может оказывать *электросон*.

С профилактической целью среди населения необходимо проводить широкую разъяснительную работу о возможных причинах психического недоразвития детей, о вредных влияниях во время беременности инфекцион-

ных, особенно вирусных, заболеваний, а также различных интоксикаций, в том числе алкоголизма и курения. При выявлении у беременных сифилиса, токсоплазмоза, эндокринных расстройств следует немедленно начинать лечение. Важную роль играет предупреждение асфиксий и черепно-мозговых травм во время родов, своевременное оживление новорожденных.

При судебно-психиатрической оценке лица, страдающие врожденным слабоумием глубокой степени, признаются невменяемыми. В легких случаях олигофрении — вменяемыми.

Глава 12. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

К разделу психоактивных веществ относят наркотики, токсические вещества и психотропные средства, разрешенные к медицинскому применению Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Эти химические вещества способны после приема внутрь вызывать повышение настроения, физическую активность, улучшение самочувствия, изменения восприятие окружающего мира. При длительном систематическом приеме у человека вырабатывается патологическая психическая и физиологическая зависимость с определенной симптоматикой, описанной нами ниже. Указанные вещества оказывают стимулирующее, галлюциногенное и седативное воздействие на человека (медицинский критерий). Эти препараты получили большие масштабы распространения среди населения и, следовательно, приобретают социальную значимость (социальный критерий). Вещества, в большинстве своем обладающие наркотическим действием, включены в список наркотических средств (юридический критерий).

В последнее время предложено назначать наркотики зависимым от этих препаратов больным, которые не согласны отказаться от их приема. Чаще всего применяют

наркотик более медленного действия и вызывающий меньшую зависимость, чем обычное наркотическое средство (*героин, опий* и др.). Так, вместо указанных препаратов назначают *метадон*. При этом одновременно решаются социальные проблемы и делается попытка убедить пациента отказаться от наркотиков. Метадон назначается в качестве заместительной терапии при наркотической (опиоидной) зависимости с тем, чтобы в последующем проводить постепенное снижение дозы с полным прекращением приема наркотических средств.

В соответствии с американской классификацией DSM-IV выделяется два понятия синдрома отмены. Специфический синдром, возникающий в результате интенсивного употребления алкоголя, — «абстиненция», под которым подразумевается воздержание от приема алкоголя, и «синдром отмены». Последний включает в себя совокупность симптомов, возникающих после внезапного прекращения приема алкоголя.

К наркоманиям относят заболевания, характеризующиеся развитием патологического влечения к употреблению ряда нейротропных веществ (опий, промедол, гашиш и др.). При многократном применении этих препаратов у человека развивается привыкание и повышенное влечение к систематическому их приему. Необходимо различать наркоманию и токсикоманию.

К наркоманиям относится злоупотребление веществами и препаратами, которые включены в «Список наркотиков». Наркотические средства находятся под особым контролем государства.

Если систематическое употребление веществ, не включенных в «Список наркотиков», привело к патологической зависимости от них, состояние обозначают токсикоманий.

Поводом к злоупотреблению наркотиками и другими лекарственными веществами могут служить тяжелые послеоперационные состояния, различные соматические заболевания, сопровождающиеся болями. Легкий доступ к наркотическим и другим медикаментам также способствует развитию наркомании и токсикомании. Заболевания развиваются постепенно. Некоторое время больной может усилием воли отказаться от того или иного нарко-

тика. Однако в последующем, когда у него нет возможности принять наркотик, наступает расстройство функций организма, бессонница, тремор конечностей, снижение работоспособности и др. Очередной прием препарата снимает состояние дискомфорта, а затем, по окончании его действия, снова возвращаются указанные нарушения.

Острое алкогольное опьянение вызывается приемом различных доз алкоголя. Систематическое злоупотребление алкоголем приводит к развитию хронического алкоголизма с эпизодически возникающими алкогольными психозами (белая горячка, корсаковский психоз и др.).

Наркомании и токсикомании. Несмотря на большое разнообразие клинических картин наркомании и токсикомании, их общие признаки можно установить довольно определенно. В первую очередь они сводятся к постепенному развитию *болезненного влечения* к наркотическому (токсикоманическому) средству. Влечение оказывается настолько сильным, что человек бывает не в состоянии подавить эту страсть. Все его мысли, чувства, стремления сводятся лишь к одному – найти препарат и ввести его.

В результате систематического приема того или иного препарата развивается *абстинентный синдром*. Симптомы его возникают в ответ на голодание организма, которое развивается в связи с прекращением или задержкой приема наркотика. Клиническая картина абстинентного синдрома проявляется по-разному и сводится в основном к возникновению состояния дискомфорта – повышенной раздражительности, потливости, бессоннице, тремору конечностей, иногда всего туловища. В тяжелых случаях возникают эпилептиформные припадки и падение сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности.

Для любого вида наркомании (токсикоманий) характерно также развитие *толерантности* организма к принимаемому препарату, в связи с чем больной вынужден постоянно увеличивать его дозу, чтобы достичь состояния эйфории и не допустить возникновения абстинентного синдрома.

Длительная интоксикация наркотическими (токсикоманическими) веществами сопровождается развитием острых психотических состояний (психозов) и хронических,

медленно развивающихся изменений личности больного. Психотоксическое действие сочетается с общетоксическим влиянием употребляемых веществ на различные органы. Кроме того, что токсическое действие угнетает функцию нервных клеток, страдают также функции печени, почек, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения.

Болезненное пристрастие при систематическом употреблении вызывают вещества, разнообразные по химическому строению и фармакологическому действию. В частности, опий и его производные (*морфин, омнопон, кодеин, дионин* и др.), синтетические препараты с морфиноподобным действием (*промедол, фентанил*), снотворные (*производные барбитуровой кислоты, барбитал, нембутал, люминал, веронал, ноксирон, бромурал, адалин*), транквилизирующие (*андаксин, седуксен, элениум*) и стимулирующие (*кофеин, фенамин, первитин*) средства, препараты из различных сортов конопли (*гашиш, анаша, марихуана*) способны вызывать состояние физической и психологической зависимости организма.

Наиболее неблагоприятное течение принимает наркомания, связанная со злоупотреблением алкалоида опия — морфина. **Морфинизм** — тяжелое заболевание. При нем организм требует постоянного введения высоких доз морфина, иногда в сотни раз превышающих обычную терапевтическую дозу. Привыкание может развиваться при систематическом приеме других производных опия (*омнопа, пантопа, кодеина*), а также синтетических веществ с морфиноподобным действием (*промедола, героина*). Абстинентный синдром у морфинистов протекает тяжело. Наблюдаются общая слабость, профузные поносы, проливной пот, угнетение сердечно-сосудистой деятельности. Боясь возникновения абстиненции, больные постоянно требуют введения наркотика.

Признаки наркомании, хотя и менее выраженные, наблюдаются при развитии влечения к барбитуратам, гашишу, к средствам, стимулирующим высшую нервную деятельность (*кофеин, фенамин, первитин* и др.).

Дифференциальный диагноз. В клинической практике необходимо дифференцировать обычную привычку человека к какому-либо веществу от наркомании или токсикомании — патологического влечения организма к приему того или иного препарата (табл. 3).

**Таблица 3. Отличие наркомании (токсикомании)
от обычных привычек человека (по данным ВОЗ)**

Наркомания (токсикомания)	Привычка
Необычная страсть, мучительная потребность в средстве, которое добывается любым путем	Постоянная необходимость приема лекарства с целью улучшения самочувствия
Стремление повышать дозу	Повышение дозы возможно, но не обязательно
Физическая и психическая зависимость от употребляемого средства	Психологическая зависимость; физической зависимости нет
Вредное воздействие на личность и как следствие на коллектив	Вредные воздействия лишь на самого индивидуума

Лечение. Общие принципы лечения наркомании и токсикомании сводятся к следующему. Во-первых, показана госпитализация больного, лишение его наркотического (токсикоманического) вещества и назначение дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии. Во-вторых, необходимо проведение активных антинаркотических (антитоксических) мероприятий с последующим переводом больного на поддерживающее лечение. Госпитализация больных необходима потому, что они даже при добровольном желании лечиться опасаются возникновения тяжелого абстинентного состояния. К тому же больные наркоманией (токсикоманией), как правило, люди с парализованной волей, эмоциональной неустойчивостью. Начав лечение, они тут же требуют прекращения его и всеми средствами пытаются разыскать нужный препарат. Поэтому персонал отделений, где находятся такие больные, должен быть соответственно подготовлен.

Дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию проводят назначением *сульфазина, унитиола, витаминов (В₁, В₂, В₆, А, С, Е), метионина, липокаина, глюкозы, натрия тиосульфата*. Показаны транквилизирующие средства (*седуксен, элениум, тазепам, феназепам* и др.); при депрессивных состояниях – малые дозы *амитриптилина, меллерила*. В небольших дозировках могут быть назначены *тизерцин, френолон, галоперидол, триседил, инсулин*. При нарушениях сна назначают кроме транкви-

лизирующих средств *тизерцин, аминазин*, физиотерапевтические процедуры, иглоукалывание.

Следует указать, что перед началом терапии молодым, соматически здоровым наркоманам (токсикоманам) рекомендуется внезапная и полная отмена наркотического вещества, у пожилых людей и при соматическом неблагополучии отмена наркотических (токсикоманических) средств осуществляется медленно (постепенно или ступенчато).

Активная терапия непосредственно наркомании (токсикомании) сводится к проведению психотерапевтических мероприятий с внушением больному отвращения к принимаемому средству, когда он находится в состоянии гипноза или во время выработки отрицательного рефлекса на вещество, которым злоупотребляет наркоман (токсикоман). Обязательна трудотерапия.

После выписки из стационара поддерживающее лечение должно осуществляться в течение длительного времени. На протяжении этого периода больные находятся под наблюдением психиатра-нарколога.

Острое алкогольное опьянение. Алкоголь способен вызывать у человека эйфоризирующий эффект, приводящий к постоянному привыканию к нему организма. Э.А. Баба-ян (1981) в зависимости от отношения населения к спиртным напиткам подразделил его на отдельные группы.

Первая группа – самая многочисленная и самая неоднородная по составу – объединяет лиц, совершенно не употребляющих спиртные напитки. К этой группе относятся большинство женщин; больные, которые по состоянию здоровья не могут употреблять алкоголь, дети и небольшая часть мужчин.

Вторая группа – группа «экспериментаторов» – лица, принимающие алкоголь в порядке дегустации или для сравнения свойств различных напитков. В редких случаях отдельные лица этой группы начинают употреблять алкоголь в связи с возникающими при этом приятными вкусовыми ощущениями или положительной эмоциональной реакцией.

Третья группа – группа «потребителей» – включает лиц, принимающих алкоголь в связи с какими-либо событиями, эпизодически или регулярно.

К *четвертой группе* относятся лица, злоупотребляющие алкогольными напитками.

Пятую группу составляют больные хроническим алкоголизмом. Она формируется из лиц четвертой группы.

Выделение указанных групп не носит социологического характера, но требует проведения санитарно-гигиенических и культурно-просветительных мероприятий среди населения.

Алкогольные напитки нельзя признать наркотическими ни с медико-юридической, ни с социальной точки зрения, а алкоголизм не следует относить к наркомании. Отличие алкогольных напитков от наркотических веществ представлено в таблице 4.

Таблица 4. Отличительные характеристики наркотических веществ и алкогольных напитков (по Э. А. Бабаяну, 1975 г.)

Алкогольные напитки	Наркотические вещества
1	2
Относятся к пищевым продуктам	Относятся к лекарственным или химическим веществам
Употребление большинства алкогольных напитков связано с их вкусовыми качествами	Употребление не связано с вкусовыми качествами
Ряд алкогольных напитков в качестве вкусовых добавок включают в шоколадные конфеты, кексы, ликеры, ромы, коньяки, вишневые наливки и т. д., что подтверждает их пищевой характер	Наркотические вещества или наркотические лекарственные средства не используются для пищевых целей
Ряд алкогольных напитков (водка) и чистый спирт включают в сиропы, безалкогольные напитки и другие пищевые продукты в малых дозах как консерванты для предотвращения их брожения и порчи	Наркотические вещества не используются в качестве консервантов
Употребление разрешено; они находятся в свободной продаже	Можно получить только по рецепту врача; не разрешается давать наркоманам
Закон не предусматривает какого-либо ограничения в выдаче или единой дозировки	Строго ограниченная единая дозировка и объем одной выдачи. Рецепт является документом, подлежащим строгому учету
Количество, которое должно быть произведено, определяется плановыми и торговыми организациями. На международном уровне нет никаких ограничений	Объем производства строго ограничен; соответствующие международные конвенции ограничивают объем производства и потребления на международном уровне

1	2
Потребляемая доза определяется самим потребителем	Вопрос об употреблении наркотических средств решает только врач
Закон не предусматривает наказание за употребление	Закон предусматривает наказание за нелегальное потребление без рецепта врача
Граждане имеют право хранить их дома без специального разрешения (хранение законно)	Хранение без специального разрешения считается уголовным преступлением
Алкогольное опьянение часто является причиной уголовных или хулиганских действий	Наркоман чаще всего совершает преступления или хулиганские поступки с целью получения наркотиков
Часто перед тем, как совершить преступление, преступник доводит себя до состояния алкогольного опьянения в надежде оправдать себя или собраться с «духом»	Неизвестны случаи, чтобы наркоман принимал наркотики и совершал преступления, пытаясь этим оправдать свои поступки или для «храбрости»
Физиологическое содержание в крови 0,01–0,03‰	Физиологически отсутствуют в организме
В организме человека содержатся специальные ферменты для расщепления алкоголя (каталаза и др.)	В организме человека нет специальных ферментов для расщепления наркотических веществ
Алкогольные напитки дают энергетический эффект (1 г – 7 калорий)	Наркотические препараты не дают энергетического эффекта
Здравоохранение рекомендует ограничивать потребление алкоголя. В основном речь идет о предупреждении злоупотребления алкогольными напитками. Детям, беременным женщинам, кормящим матерям, больным не разрешается употребление алкогольных напитков	Задачи здравоохранения направлены на полное прекращение потребления наркотических средств. Врачам рекомендуется ограничивать назначение и с осторожностью применять наркотики в медицинских целях. Потребление их без медицинских показаний запрещается

Острая алкогольная интоксикация обусловлена психотропным действием этилового спирта. Он вызывает длительную эйфорию. Алкогольная интоксикация, как правило, проявляется в виде простого алкогольного опьянения.

Клинически выделяют три степени опьянения – легкую, среднюю и тяжелую. Степень опьянения устанавливается по концентрации алкоголя в крови, которую определяют с

помощью биохимических исследований. Наличие алкоголя в крови 0,5–1,5‰ соответствует легкой степени опьянения, 1,5–2,5‰ – средней, свыше 2,5–3‰ – тяжелой степени. При острой алкогольной интоксикации с концентрацией алкоголя в крови свыше 3,5‰ наступает смерть (табл. 5). Указанные параметры хотя и являются важными признаками в определении степени опьянения человека, но не служат абсолютными показателями в диагностике состояния алкогольного опьянения. Дело в том, что быстрота развития и выраженность симптомов опьянения зависят не только от количества принятого алкоголя, но и от типа высшей нервной деятельности человека, индивидуальной чувствительности организма, степени утомляемости и качества спиртных напитков. Поэтому самым главным критерием при диагностике состояния опьянения является клинический метод.

Таблица 5. Действие разных доз алкоголя на мозг

Количество принятого алкоголя, мл	Концентрация алкоголя в крови, ‰	Мозговые центры, на которые влияет алкоголь	Клинические симптомы опьянения
50	–	–	Усиление сердцебиения, расширение сосудов, снижение давления, повышение аппетита
100	0,5	Центры коры, управляющие поведением	Искусственное повышение настроения, болтливость, излишнее оживление, ослабление внимания, утрата контроля над поступками
200	1	Подкорковые центры влечений	Изменение эмоционального восприятия, нарушение поведения
300	1,5	Подкорковые двигательные центры	Утрата контроля над мышцами
400	3	Подкорковые центры, поддерживающие тонус мозговой деятельности	Утрата ориентации, потеря сознания
1000	5	Центры продолговатого мозга, контролирующие жизненно важные функции	Паралич дыхания, смерть

Легкая степень опьянения характеризуется появлением в первые минуты после приема алкоголя приятного чувства тепла, мышечного расслабления, ощущения комфорта, повышенного настроения, самоуверенности, ложного оптимизма, хвастливости. Опьяневший человек весел, активен, поет песни, танцует, говорит громко, легко переходит с одной темы на другую. Однако суждения его становятся неточными, неконкретными, критика к оценке своего состояния и окружающей обстановке снижается.

При *средней степени* опьянения также наблюдается эйфория, усиливается двигательное возбуждение, которое сопровождается раздражительностью, иногда подавленным настроением. Речь опьяневшего однообразна, стереотипна, артикуляция невыразительна. Нарушается координация движений и равновесия. Возможны импульсивные поступки. В ряде случаев наблюдается заострение индивидуальных черт характера опьяневшего, они становятся карикатурно обнаженными. Иногда, наоборот, имеет место нивелировка характерологических особенностей личности. При средней степени опьянения часто наблюдаются «алкогольные палимпсесты», «доскутная» память, «перфорационная» амнезия (фрагментарные пробелы памяти на период опьянения).

Тяжелая степень опьянения сопровождается оглушенным расстройством сознания. Движения опьяневшего совершенно не координированы, речь отрывиста, невнятна. Иногда возникают эпилептиформные припадки, непроизвольное мочеиспускание, дефекация. При тяжелой степени наблюдается полная амнезия. В этом случае лица, употреблявшие алкоголь, абсолютно не помнят, какие поступки совершали в состоянии опьянения.

У лиц, перенесших травматическое поражение головного мозга, у психопатов при длительном злоупотреблении алкоголем могут возникать атипичные формы опьянения, когда клиническая картина его не соответствует классической.

Одной из форм острого, атипичного алкогольного опьянения является *депрессивная форма*. В этом случае у опьяневшего вместо обычной эйфории наблюдается депрессивный фон настроения с явлениями дисфории, раздра-

жительности, суицидальными попытками. Считается, что эта депрессия является результатом токсического действия алкоголя на организм. В некоторых случаях она представляет собой спровоцированную опьянением основную симптоматику латентного психического заболевания.

Атипичной формой опьянения является также *галлюцинаторная форма*. Для нее характерно обилие слуховых, реже – зрительных галлюцинаций, возникающих на высоте алкогольной интоксикации. Больные в это время слышат голоса, чаще неприятного для них содержания, видят разнообразных животных, чертей, ведьм. Психотические расстройства сразу же исчезают по выходе из состояния опьянения. Больные во время галлюцинаций понимают, где находятся, ориентируются во времени, память на болезненные события у них сохраняется. Галлюцинаторная форма опьянения чаще всего встречается у лиц, длительное время страдающих хроническим алкоголизмом.

Эпилептиформное опьянение также является атипичным. Вслед за нарастанием алкогольной интоксикации появившаяся вначале эйфория постепенно исчезает. Движения опьяневших становятся стереотипными и автоматизированными и сопровождаются агрессивными действиями по отношению к окружающим. Характерна полная амнезия переживаний. В целом же клиническая картина напоминает сумеречное расстройство сознания, остро развившееся на фоне обычного опьянения и закончившееся сном.

Патологическое опьянение также можно отнести к одному из видов атипичного опьянения. Однако развитие психотических нарушений при приеме даже незначительного количества алкоголя позволяет считать патологическое опьянение психотическим вариантом алкогольных психозов. Патологическое опьянение чаще всего наблюдается у лиц соматически ослабленных, перенесших тяжелые инфекционные заболевания и травмы головного мозга, а также у психопатов возбудимого круга. Этот психоз возникает после приема 50–100 г алкоголя, развивается остро и протекает, как правило, вне поля зрения врачей. Клиническая картина психоза устанавливается в основном из показаний очевидцев, а при совершении больными уголовного деяния – по свидетельским показаниям.

Различают два варианта патологического опьянения.

1. Эпилептиформный вариант характеризуется острым развитием сумеречного расстройства сознания с психомоторным возбуждением. При этом наблюдаются аффективные нарушения в виде тревоги, страха, гнева, импульсивной ярости. Появляется стремление к бегству, причем внешне поведение больного может сохранять мотивированную направленность.

2. Параноидный вариант отличается острым возникновением галлюцинаторных расстройств, бредовых идей. Больные стремятся избежать мнимой опасности, а иногда прибегают к самозащите от кажущихся преследователей.

Патологическое опьянение длится от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается полной амнезией. В редких случаях остается смутное воспоминание отдельных эпизодов.

Дифференциальный диагноз. Патологическое опьянение необходимо дифференцировать от простого алкогольного опьянения. Различие заключается в том, что патологическое опьянение развивается уже после приема незначительных доз алкоголя. У лиц, находящихся в состоянии патологического опьянения, наступает критический сон с амнезией пережитого. Лица, совершившие преступления в состоянии патологического опьянения, не пытаются оправдать себя, а искренне переживают из-за случившегося.

Диагностика алкогольного опьянения в первую очередь должна основываться на клинических признаках. Врач, проводящий экспертизу, обращает внимание на поведение и внешний вид испытуемого, на физиологические функции организма, анализирует состояние внимания и мышления, исследует вегетативные функции, проводит координационные пробы (в позе Ромберга теряется точность движений; при вращении вокруг своей оси не менее 5 раз отмечается нистагм и т. д.).

Для диагностики алкогольного опьянения используется также легко доступный и простой *метод Мохова – Шинкаренко*. Он основан на определении наличия алкоголя в выдыхаемом воздухе. Приблизительно 10% принятого человеком алкоголя выделяется через легкие. При выдыхании воздуха, содержащего пары алкоголя, в трубку

с ватой, пропитанной хромовым ангидридом, последняя темнеет.

Можно использовать и *пробу Рапопорта*. Испытуемому предлагается в течение 1,5–2 мин выдыхать воздух через трубку, погруженную в пробирку с дистиллированной водой, в которую затем добавляют несколько капель концентрированной серной кислоты и небольшое количество раствора калия перманганата. Последний, если в выдыхаемом воздухе содержались пары алкоголя, обесцвечивается. Контрольная же пробирка остается розовой.

Лечение. Для ликвидации острой алкогольной интоксикации (вытрезвление) в лечебный комплекс включаются следующие процедуры.

1. Начинать вытрезвление необходимо с вызывания рвоты путем раздражения задней стенки глотки вплоть до исчезновения алкогольных запахов в рвотных массах. Необходим прием теплой воды с 5–10 каплями нашатырного спирта или калия перманганата, щелочной (содовой) воды, теплого молока с медом.

2. Для получения эффекта вытрезвления применяют также малые дозы *атропина* (0,5–1,0 мл 0,1% раствора) и *метронидазол* до 1,5–2,0 г и более. Метронидазол вызывает рвоту и отвращение к алкоголю.

3. Положительное действие оказывает следующая лекарственная смесь: *фенамин* – 0,01 г, *коразол* – 0,2 г (или 1–2 мл 10% раствора подкожно), *никотиновая кислота* – 0,1 г.

4. Внутримышечно вводится *витамин В₆* (*пиридоксин*) в дозе 500 мг (10 мл 5% раствора). Показано также внутривенное введение *глюкозы*, *витаминов В₁*, *С*, небольших доз *инсулина*. Кроме того, вводится *физиологический раствор* в больших количествах. Рекомендуются также инъекции *камфоры*, *кофеина*, *кордиамина*, *адrenalина*, *лобелина*, *цититона*. Назначают вдыхание кислорода. При атипичных формах опьянения помимо выше-названных средств вводят *седуксен* (2–4 мл 0,5% раствора), *галоперидол* (1–2 мл 0,5% раствора) или *аминазин* (2–3 мл 2,5% раствора).

Хронический алкоголизм. Хронический алкоголизм – заболевание, характеризующееся развитием патологического влечения к алкоголю, психической и физической за-

висимостью от него. Алкоголизм формируется медленно в течение длительного, многолетнего злоупотребления алкоголем. Все начинается с обычного, случайного пьянства, которое, постепенно прогрессируя, превращается в привычное злоупотребление спиртными напитками.

По данным ВОЗ, показатель распространенности алкоголизма в высокоразвитых странах колеблется в пределах от 11 до 44 на 1000 человек. Подавляющее число лиц, страдающих алкоголизмом, — мужчины. Однако соотношение женского и мужского алкоголизма в последнее время возросло и составляет 1:6. Увеличиваются случаи злоупотребления алкогольными напитками подростками и юношами, приводящие к развитию злокачественных быстро прогрессирующих форм алкогольной патологии.

Злоупотребление алкоголем кроме того, что приводит к негативным социальным последствиям (утрачивается трудоспособность, увеличивается болезненность населения), вызывает трансформацию соматической и эндокринной патологии. Алкоголизм развивается в три стадии.

Неврастеническая стадия наблюдается обычно после многолетнего злоупотребления алкогольными напитками. Она характеризуется увеличением устойчивости (*толерантности*) организма к алкоголю, утратой защитного рвотного рефлекса. Больные могут выпить большое количество алкогольных напитков, нередко так и не достигнув желаемого опьянения. При этом развивается *потеря контроля* за количеством выпитого алкоголя. Начав с одной рюмки, больной не в состоянии остановиться, прекратить пьянство. Изменяется и сам характер опьянения — вместо желаемой эйфории появляется раздражительность, эксплозивность, угнетенность. Все чаще появляются амнестические формы опьянения. Больные смутно вспоминают свои переживания в пьяном состоянии, а отдельные эпизоды вовсе не помнят (*перфорационная амнезия*). Уже в этой стадии отчетливо выражено неодолимое влечение к алкоголю и вслед за приемом первой дозы возникает непреодолимое желание принять вторую, затем третью и т. д. Больные, стремясь достичь состояния опьянения, принимают алкоголь быстрее других (*симптом опережения*). Характерологические изменения личности также становятся отчетливыми — появляется лживость, хвастовство, назойливость, болтливость. Невозможность

принять алкоголь сопровождается раздражительностью, депрессией, усиленным поиском средств для приобретения спиртных напитков.

Наркоманическая стадия характеризуется сформированным *абстинентным синдромом (синдром похмелья)*. Он развивается обычно через 2–10 лет после начала злоупотребления алкоголем на фоне указанных ранее симптомов алкоголизма. Похмельный синдром отличается тем, что после протрезвления появляется тахикардия, болезненное ощущение в области сердца, головокружение, головные боли, артериальная гипертензия, тремор конечностей и всего тела. Помимо этого в ряде случаев наблюдается снижение аппетита, тошнота, рвота, поносы, бессонница. Изменяется и психическая сфера больных. Они становятся пугливыми, тревожными, угнетенными, склонными к самоуничтожению. Сновидения носят устрашающий характер. Прием небольшой дозы алкоголя облегчает состояние похмелья. С прогрессированием заболевания абстинентный синдром становится все более стойким. Если в начале развития он наблюдается на протяжении нескольких дней, то впоследствии сохраняется до двух недель и более. Для снятия абстинентного состояния алкоголь употребляется постоянно, изо дня в день, или в форме запоев в течение 4–10 дней.

Постепенно у больных происходит *алкогольная деградация личности* со снижением памяти и интеллектуальной деятельности. Они становятся грубыми, эгоистичными, лживыми, не заботятся о семье, часто вынуждены менять место работы. Продают вещи, чтобы купить спиртные напитки, пьют суррогаты (денатурат, политуру, одеколоны и др.). В состоянии опьянения проявляется эмоциональная неустойчивость, беззаботная веселость, сменяемая злобой, раздражительностью, антисоциальными поступками.

Часто у больных алкоголизмом наблюдается *алкогольный юмор*. Он заключается в склонности к различным нелепым шуткам, анекдотам, хвастливым жаргонным рассказам о себе и друзьях. В этой стадии примерно у 13% всех больных развиваются алкогольные психозы.

Энцефалопатическая стадия характеризуется снижением толерантности к алкоголю. Опьянение наступает уже от небольших доз. Поэтому больные не употребляют

водку, а переходят на крепленые вина, суррогаты, пьют чаще в одиночку. На этой стадии развивается глубокая социальная, психическая и физическая деградация личности, полностью утрачивается способность к труду, забота о семье. Больные неряшливы, неопрятны, продают последние вещи.

Личность больного приобретает психопатоподобные черты с эксплозивностью, неуместным юмором, депрессивным настроением, суицидальными тенденциями.

Нарушения личностных свойств может также идти по органическо-сосудистому типу, сопровождающемуся грубым снижением интеллекта, нарушением памяти, расстройством сна, депрессией. Может наблюдаться и смешанная симптоматика.

Во второй и третьей стадии у больных хроническим алкоголизмом нередко обнаруживается патологическая ревность, уверенность в супружеской неверности (*симптом Отелло*), развивается половая слабость (импотенция).

Длительное злоупотребление алкогольными напитками не оставляет без изменений и функцию внутренних органов. Соматические расстройства проявляются в склонности к ожирению или общему похуданию, одутловатости лица. На щеках и особенно на носу расширяются кровеносные сосуды (*симптом красного носа*). Токсическое действие сказывается на мышцах сердца (миокардит) и печени (хронический гепатит с последующим циррозом печени). Развиваются также гастриты, алкогольные полиневриты, гипертонии.

Нередко встречается *гепатотестиккулярный синдром*, сопровождающийся циррозом печени, фиброзным перерождением щитовидной железы и атрофией половых желез, выпадением волос на животе.

Иногда у больных алкоголизмом возникает состояние, называемое *дипсоманией* — периодически возникающий запой. При этом без видимых причин появляется тоскливо-злобное настроение, бессонница, общее недомогание, стремление к перемене места жительства, бродяжничеству. Развивается запойное пьянство, длящееся до 2–3 недель. Больной ежедневно выпивает по 1–2 л алкоголя. После внезапного самопроизвольного окончания запоя больные становятся деятельными, активными, продуктивно работают. Существует мнение, что дипсомания яв-

ляется результатом периодически возникающего депрессивного состояния. При дипсомании больные отказываются от еды, соматически крайне ослаблены. В связи с этим необходимы терапевтические мероприятия, направленные на прерывание запоя. Назначают *нашатырный спирт* (5–10 капель на стакан воды) для уменьшения степени опьянения, *сульфазин* (1% взвесь серы в растительном масле) внутримышечно (от 1 до 6 мл), *инсулин* в небольших дозах (5–10 ед.). Рекомендуются *метронидазол* (*трихопол*) по следующей схеме: вначале дают 1,0–2,0 г препарата, а затем через каждые 1,5–2 ч добавляют еще 1,0–1,5 г до появления рвоты и отвращения к алкоголю. В последующем назначают психотропные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропы) и проводят противоалкогольное лечение.

У больных хроническим алкоголизмом в рамках абстинентного синдрома может возникать *депрессивное состояние*, сопровождающееся подавленным настроением, слезливостью, тревогой с бредовыми идеями самоуничижения, самообвинения. Депрессия длится 1–2 недели, во время которой появляются суицидальные мысли, поступки, что требует от врача соответствующего повышенного внимания. В этих случаях назначают дезинтоксикационную терапию, малые транквилизаторы, витамины, антидепрессанты.

Патогенез. Патогенетические механизмы алкоголизма сводятся к токсическому воздействию алкогольных напитков на весь организм. При этом прежде всего нарушается витаминный обмен и в первую очередь витаминов группы В. В частности, причиной возникающих при алкоголизме полиневритов служит дефицит витамина В₁, а гепатотестиккулярный синдром обуславливается недостатком в организме алкоголиков витамина Е.

Проведенные в лабораториях И.П. Павлова исследования показали, что при воздействии алкоголя на высшую нервную деятельность условные рефлексы образуются с трудом и неустойчивы. При этом ослабевает внутреннее торможение, возникает патологическая лабильность раздражительного процесса. Подвижность основных нервных процессов также нарушается.

С помощью современных электрофизиологических методов исследования (ЭЭГ, вызванные потенциалы) обнару-

жено снижение под влиянием алкоголя биоэлектрических ответов мозга, угнетение поступления информации по неспецифическим и специфическим системам. И действительно, больные алкоголизмом проявляют эмоциональную грубость, ограниченность интересов, низкий интеллектуальный уровень, уплощение нравственных представлений и социальных чувств.

Исследования, проведенные в последние годы, показали, что у больных хроническим алкоголизмом генетически передается неполноценность отдельных звеньев метаболизма моноаминов, в результате чего ускоренно распадающийся норадреналин не успевает своевременно восстанавливаться. В связи с этим происходит истощение компенсаторных механизмов организма. Последнее способствует быстрому формированию похмельного синдрома. Генетическая обусловленность алкоголизма подтверждается и недавно описанным «алкогольным синдромом плода». У детей, родившихся от родителей, страдающих алкоголизмом, обнаруживается повышенная психомоторная возбудимость, отставание физического и психического развития, а также симптомы дизморфоза (уменьшенный скелет, микроцефалия, сферический череп, гипоплазия нижней челюсти, плоская переносица, неразвитые и узко посаженные ушные раковины, иногда эпикантус и синдактилия). У этих детей указанные расстройства в течение нескольких первых лет после рождения могут иметь менее яркие признаки. В дальнейшем они клинически диагностируются как «синдром малого мозгового поражения».

Лечение. Борьба с алкоголизмом имеет большую историю. Еще в древней Индии людей, злоупотребляющих алкоголем, заставляли пить из раскаленных металлических сосудов горячее вино, кипятки, коровью мочу или кипящее молоко. Римлянин, заставший свою жену в пьяном виде, имел право убить ее. В Голландии женщин-алкоголичек окунали в холодную воду. Однако вопросы, связанные с профилактикой и лечением алкогольных заболеваний, до сих пор актуальны и требуют особого внимания.

В нашей стране организация наркологической службы способствует выявлению и концентрации больных хроническим алкоголизмом в наркологических диспансерах и кабинетах. С этой целью создается коечный фонд нарко-

логических отделений при психиатрических больницах, наркологических комплексов – при промышленных предприятиях, лечебно-трудовых профилакториях. Для совершенствования организационных форм и принципов лечения больных алкоголизмом разработаны универсальные схемы минимальных терапевтических курсов.

Общими положениями для лечения больных в стационаре являются следующие:

1. Вначале проводятся дезинтоксикационные мероприятия (5–10 дней), вслед за которыми применяются условно-рефлекторные или сенсibilизирующие методы лечения в течение 40–45 дней и более.

2. После тщательного соматического обследования проводится условно-рефлекторная терапия *апоморфином*, *метинном*, *рвотными смесями* до выработки прочной тошнотно-рвотной реакции на алкоголь.

3. Лечение сенсibilизирующими средствами – *тетурамом*, *циамидом*, *метронидазолом*, *фуразолидоном*, *никотиновой кислотой* в течение 25–30 дней.

4. На протяжении всего курса лечения осуществляется психотерапевтическое воздействие и трудотерапия.

Диспансерное лечение и наблюдение в амбулаторных условиях проводится в течении 5 лет с момента взятия больного на учет. Амбулаторное лечение назначается больным, впервые обратившимся к наркологу (или после длительной ремиссии) и имеющим положительную установку на лечение. В амбулаторных условиях проводится также поддерживающая терапия лиц, выписавшихся из стационара (одна-две процедуры условно-рефлекторного лечения в неделю).

Дезинтоксикационная терапия для ликвидации абстинентных расстройств осуществляется введением *раствора глюкозы* внутривенно в течение нескольких дней с предварительными инъекциями *инсулина* (до 10 ед. подкожно). Показаны *витамины В₁, В₆, С, РР, метионин, аспартаминовая кислота*, а также пиротерапия (*сульфазин*, *пирогенал*). Целесообразно внутривенное вливание *натрия тиосульфата* (10–20 мл 30% раствора), подкожное вдувание кислорода. Могут быть назначены малые транквилизаторы (*элениум* – 20–40 мг в сутки, *седуксен* – 10–20 мг, *эуноктин* – 10–15 мг в сутки и др.), а также *ноотропил*, *пирацетам*, *энцефабол*.

После окончания курса дезинтоксикационной терапии приступают к активному медикаментозному лечению — условно-рефлекторному и сенсibiliзирующему. *Условно-рефлекторное лечение* сводится к выработке у больного отрицательного рвотного рефлекса на алкоголь. Для получения безусловного подкрепления применяют различные рвотные средства (*апоморфин, эметин, отвар баранца, чабреца, рвотные смеси*).

В 1933 г. И.Ф. Случевский, а затем И.В. Стрельчук предложили лечение алкоголизма *апоморфином*. Этот метод в настоящее время нашел широкое применение. Выработку рвотного рефлекса начинают с подбора оптимальной рвотной дозы апоморфина. Вначале вводят 0,2–0,3 мл 1% раствора подкожно и, постепенно повышая дозу на 0,1–0,2 мл, доводят ее до необходимой, после которой через несколько минут появляются первые признаки тошноты. В этот период больному дают нюхать алкоголь, а перед самой рвотой рекомендуется принять его небольшое количество. Сеансы проводят ежедневно в стационарных или амбулаторных условиях. Обычно через 20–25 таких сочетаний образуется условный рефлекс на алкоголь. Осложнений при лечении апоморфином, как правило, не бывает. В редких случаях наблюдаются коллаптоидные состояния, которые легко устраняются введением сердечно-сосудистых и стимулирующих дыхательный центр средств.

Однако условно-рефлекторный метод не лишен недостатков. Дело в том, что образующийся при его проведении рвотный рефлекс на алкоголь представляет собой условную связь. Поэтому он, как и любая временная связь, без подкрепления угасает. Следовательно, его необходимо еженедельно, иногда 1–2 раза в месяц, подкреплять. Кроме того, условный рефлекс вырабатывается не только на алкоголь, но и на окружающую обстановку, в частности на обстановку лечебного учреждения, где проводится данное лечение. Когда же больной возвращается в обычную для него среду, условная связь разрывается и рвотный рефлекс ослабевает. Следует также отметить, что условные связи, вырабатывающиеся при применении апоморфина, недостаточно стойки еще и потому, что он оказывает тормозное влияние на центральную нервную систему. Вместе с тем он утяжеляет состояние абстиненции или же действует подобно морфину, что также нежелательно.

Сенсибилизирующая терапия основана на развитии в результате приема лекарств повышенной чувствительности организма к алкоголю. Для этой цели применяют *антабус (тетурам)*, *метронидазол* и др. Прием алкоголя после лечения указанными препаратами вызывает тяжелые, иногда опасные для жизни соматические расстройства.

Лечение алкоголизма *антабусом (ТЭТД – тераэтилтиурам-дисульфид)* проводится по-разному. В целом методика сводится к следующему. Ежедневно вначале в утренние, а в последующем и в вечерние часы назначают по 0,5 г препарата и через 6–7 дней проводят первую алкогольно-антабусную пробу. Она вызывается дозой 30,0–50,0 г алкоголя, после чего спустя несколько минут возникают выраженные соматические расстройства: гиперемия лица и верхней половины туловища, учащение дыхания, тахикардия, тревожно-депрессивный фон настроения. Может появляться тошнота, рвота. Как правило, наблюдается резкое падение кровяного давления. Через 1,5–2 ч приступ постепенно проходит, однако больной еще должен находиться некоторое время под наблюдением врача. На курс лечения рекомендуется 7–8 алкогольно-антабусных проб. После этого больной может быть выписан из стационара и переведен на поддерживающую терапию и наблюдение в условиях наркологического диспансера. Считается, что антабус задерживает окисление алкоголя в организме на уровне ацетальдегидных групп, которые вызывают тетурамовую реакцию. Известны единичные случаи летального исхода после произвольного употребления алкоголя лицами, лечившимися антабусом. Поэтому перед началом антабусотерапии больного предупреждают о возможном возникновении у него тяжелых соматических нарушений в случае приема алкоголя.

Осложнения при лечении антабусом проявляются в возникновении тяжелых коллаптоидных состояний и судорожных припадков. Возможны спазмы коронарных сосудов, а также психотические нарушения в виде психомоторного возбуждения с расстройством сознания, галлюцинациями и ложными узнаваниями. В этих случаях назначают средства, стимулирующие сердечно-сосудистую и дыхательную деятельность, вдыхание кислорода, внутривенное вливание 20 мл 1% водного раствора метиленовой сини. При спазмах коронарных сосудов применяют инъекции *промедола* с *атропином*, а также *валидол*.

Применение *тетурама* для сенсibilизирующей терапии с ежедневным приемом препарата в порошках или таблетках затрудняет контроль за ходом лечения. В связи с этим в 1955 г. Мари предложил подкожно имплантировать препарат *эспераль (дисульфирам)*. После имплантации благодаря созданию в организме депо тетурама поддерживается пролонгированная реакция на алкоголь, а сам факт оперативного вмешательства значительно облегчает психотерапию и способствует становлению длительных терапевтических ремиссий.

Эспераль имплантируют (8–10 стерильных таблеток в область ягодичной мышцы), как правило, в условиях стационара, в отдельных случаях амбулаторно, больным хроническим алкоголизмом второй стадии, ранее лечившимся и имевшим относительно длительные ремиссии. Первичным больным, не принимавшим других методов лечения, а также больным алкоголизмом второй стадии с деградацией личности, не имевшим ранее стойких ремиссий, имплантация препарата не показана.

После имплантации лечение продолжают *тетурамом* (по 0,25 г два раза в сутки в составе маскирующей смеси), а после снятия швов (скобы) проводят 1–2 алкогольные пробы, чтобы убедиться в непереносимости больным алкоголя.

В отдельных случаях при наличии у больных каких-либо соматических заболеваний для лечения алкоголизма применяется *метронидазол (трихопол)*. Он оказывает легкое сенсibilизирующее к алкоголю действие. Лечение начинают с назначения 0,25 г и постепенно повышают дозу до 2,0–3,0 г в сутки (на курс лечения 20,0–40,0 г). В процессе терапии проводят алкогольно-метронидазоловые пробы, при которых у больных возникают изменения вкусовых ощущений алкоголя, переходящие соматовегетативные расстройства, тошнотно-рвотная реакция. В последующем проводится поддерживающая терапия.

Противопоказанием к проведению антиалкогольной терапии является сердечно-сосудистая недостаточность, язвенная болезнь, хронические гепатиты, колиты, декомпенсированный туберкулез легких, органическое поражение центральной нервной системы, хронические гнойные инфекции, грыжи, беременность, возраст свыше 50 лет. В этих случаях показано более щадящее лечение *никоти-*

новой кислотой (по 0,1–0,2 г два-три раза в сутки). Можно также использовать свежий лимонный сок. Начиная с одного лимона и ежедневно добавляя по 1–2, доводят общее количество их до 15–20 штук с последующим постепенным снижением.

Какой бы метод ни применялся для лечения больных алкоголизмом, одновременно необходимо проводить *психотерапию*. Она может быть рациональной в виде словесного внушения при каждом терапевтическом сеансе. Применяются также специальные психотерапевтические приемы: гипноз, аутогенная тренировка и др. Психотерапевтическое воздействие предусматривает внушение больному или лучше одновременно группе больных отвращения не только к запаху и вкусу алкоголя, но и ко всей обстановке, которая способствует злоупотреблению спиртными напитками.

Алкогольные психозы. На уровне второй и третьей стадии алкоголизма в ряде случаев формируются психические нарушения, объединенные в группу под названием алкогольные психозы. Наиболее часто встречаются следующие формы алкогольных психозов.

Белая горячка (дрожащий делирий; лат. *delirium tremens*) развивается, как правило, у больных хроническим алкоголизмом после очередного продолжительного запоя. Начинается спустя двое-трое суток после прекращения приема алкоголя. Появляется внезапно, чаще в ночное время, на фоне выраженного абстинентного синдрома и возникшего отвращения к алкоголю. При этом отмечаются зрительные иллюзии и галлюцинации устрашающего характера с отрывочными бредовыми идеями, психомоторным возбуждением. Имеют место также вербальные галлюцинации, тревожный фон настроения, расстройства тактильной и вкусовой чувствительности. Эмоциональное состояние больных крайне изменчиво, вспышки страха и отчаяния сменяются благодушием и эйфорией. Движения и мимика соответствуют переживаемому. Видения бывают самыми разнообразными. Больные видят насекомых, мелких животных, различных чудовищ, мертвецов и т. д. При этом они дезориентированы в месте и времени, противопоставляют себя кажущемуся, спасаются от устрашающих галлюцинаторных видений или же пытаются уничтожить их.

Белая горячка длится несколько дней, лишь иногда затягивается на 1–2 недели. В процессе выздоровления у больного наблюдается повышенная внушаемость. Например, если больному показать чистый лист бумаги и спросить, что он на ней видит, он начинает вслух произносить якобы читаемые слова, цифры, изображения (*симптом Райхардта*), а если к уху больного приложить какой-либо предмет и спросить, что он слышит, он начинает разговаривать, будто по телефону, с «голосами» (*симптом «мнимого телефона» – симптом Ашаффенбурга*). Аналогичные проявления возникают и при *симптоме мнимой иголки с ниткой*. Зрительные галлюцинации особенно обостряются при надавливании на глазные яблоки больного (*симптом Липмана*). При выздоровлении, после глубокого длительного сна, наблюдается вялость, разбитость, подавленность.

Могут также наблюдаться атипичные варианты алкогольной горячки в виде *мусситирующего (бормочащего) и профессионального делирия*.

Соматические нарушения при алкогольном делирии сводятся к увеличению печени, желтушности склер, тахикардии, тремору конечностей, всего тела, мышечной гипотонии, повышению температуры и потливости, к бледности кожных покровов. Последнее и послужило поводом для названия болезни «белая горячка».

При лечении алкогольного делирия можно назначать *аминазин* (2–3 мл 2,5% раствора внутримышечно с постепенным увеличением дозы до 300–400 мг в сутки), *тизерцин* в аналогичных дозировках, *мажептил* (по 10–20 мг два-три раза в сутки). Особенно показана терапия *галоперидолом* (1–2 мл 0,5% раствора в сутки). Хороший эффект оказывает внутривенное введение *седуксена* (2–6 мл 0,5% раствора в сутки). Назначаются также сердечно-сосудистые средства, а для предупреждения пневмонии – антибиотики. В тяжелых случаях при наличии симптомов повышенного внутричерепного давления применяют капельное внутривенное введение 30% раствора мочевины (200 мл) на 10% растворе глюкозы, а также *гемодез*. Показана спинно-мозговая пункция.

Алкогольный галлюциноз встречается реже, чем белая горячка. Он может протекать остро – в течение нескольких дней, недель и хронически – месяцы и даже го-

ды. На первый план в клинической картине выступает наплыв вербальных галлюцинаций при формально ясном сознании. Больной слышит голоса, которые осуждают его поведение, упоминая о нем в третьем лице или же непосредственно обращаясь к нему. Содержание галлюцинаций обычно неприятное, слышатся ругань, оскорбления, крики, шепот. На основании галлюцинаторных расстройств возникают отрывочные бредовые идеи самообвинения, преследования. Больные при этом тревожны, возбуждены, склонны к отчаянию, суицидальным поступкам.

Сходные галлюцинаторные явления могут быть при психозе, однако в этом случае преобладают слуховые, обонятельные и вкусовые галлюцинации на фоне эмоционально-волевого оскудения личности.

Лечение алкогольного галлюциноза проводится нейролептическими средствами (*аминазин, трифтазин, тизерцин, галоперидол* и др.). Целесообразно назначение *стрихнина* (1 мл 0,1% раствора подкожно в течение 20 дней) и *атропина* в тех же дозах. При назначении этих препаратов содержание голосов становится добродушнее, в связи с чем больные успокаиваются и врач может более полноценно проводить терапию.

Алкогольный паранойд проявляется в трех вариантах.

В первом случае возникают бредовые идеи ревности, преследования, отравления на фоне абстинентного синдрома. Они сопровождаются растерянностью, страхом, напряженностью. В каждом встречном больные видят своих преследователей, врагов. Эпизодически наблюдаются вербальные иллюзии, галлюцинации. Длительность этого варианта не превышает нескольких дней, иногда недель.

Второй вариант проявляется в виде резидуального бреда. После перенесенных острых явлений алкогольного психоза (белой горячки, галлюциноза) на несколько дней остаются бредовые идеи, по содержанию соответствующие галлюцинаторным явлениям.

Третий вариант алкогольного параноида протекает наиболее тяжело. Он возникает медленно, исподволь, в результате длительного логически искаженного анализа больным окружающих явлений. Этот вариант протекает преимущественно в виде *бреда ревности* (супружеской измены), который развивается чаще всего у мужчин после 30–40 лет и формируется постепенно. Вначале бредовые

идеи появляются на фоне опьянения, а затем высказывания о супружеской неверности отмечаются вне алкогольных эксцессов. При этом больные обращаются за помощью в администрацию, в органы власти и предпринимают по отношению к супруге (супругу) насильственные действия с требованиями признания в измене. Следует отметить, что чем меньше имеется доказательств измены, тем пышнее бред.

Временами больные диссимулируют свои болезненные переживания. В таких случаях иногда применяют пробу Кантаровича – внутривенно вводят 30–50 мл 20% *раствора этилового спирта* на дистиллированной воде, не сообщая больному о введении алкоголя. Через несколько минут, будучи в состоянии алкогольной эйфории, он становится разговорчивым и откровенным. Это помогает врачу своевременно определить психопатологическую симптоматику больного, правильно установить диагноз и назначить соответствующую терапию.

Алкогольный параноид длится в течение нескольких месяцев. Лечение проводится с помощью нейролептических средств. Кроме того, назначают *инсулин* в гипогликемических дозах, а также витаминотерапию.

В конце 80-х годов XIX в. С.С. Корсаков описал психоз, в последующем названный корсаковским психозом. Психопатологическая картина этого заболевания, развивающегося чаще при многолетнем злоупотреблении алкоголем в возрасте около 50 лет, характеризуется *амнестическим синдромом и алкогольными полиневритами*. У больного нарушается способность к запоминанию (фиксации) текущих событий, в то время как память на давно прошедшие явления относительно сохранена. Больной не может запомнить, обедал ли он, осматривал ли его врач, читал ли он книгу, слушал ли радио, приходили ли родственники. В связи с глубоким нарушением памяти больной дезориентирован в месте, времени, не может сказать, когда его госпитализировали, не знает числа, месяца, года. Пробелы памяти заполняются псевдореминисценциями, реже – конфабуляциями. Наблюдается вялость, апатия, иногда тревога, боязливость. Критика своего состояния отсутствует, однако грубого интеллектуального снижения не наступает.

Заболевание протекает многие месяцы и даже годы. В тяжелых случаях болезнь принимает прогрессирующий характер, амнестические расстройства нарастают, появ-

ляется безволие, круг интересов сужается.

При лечении больных корсаковским психозом назначают большие количества *витамина В₁* и *никотиновой кислоты*. Применяют также инъекции *магния сульфата*, *глюкозы*, *димедрола*. При беспокойстве рекомендуются транквилизаторы, *ноотропил*, *пирацетам*, *аминалон*.

Алкогольный псевдопаралич встречается относительно редко. На фоне глубокого снижения интеллектуальной деятельности, памяти возникают повышенное настроение (эйфория), бредовые идеи величия, появляются дизартрия, симптом Аргайлла Робертсона, тремор конечностей и мимической мускулатуры. Течение алкогольного псевдопаралича, также как и корсаковского психоза, длительное. При алкогольном псевдопараличе в отличие от психических нарушений, возникающих при прогрессивном параличе, специфические серологические реакции отрицательны; прогноз более благоприятен. Лечение алкогольного псевдопаралича аналогично терапии корсаковского психоза.

Энцефалопатия Гайе – Вернике возникает преимущественно у мужчин в среднем возрасте. Это одна из наиболее тяжелых форм алкогольных психозов. Болезнь начинается с появления острого делирия, сменяющегося оглушенностью, спутанностью сознания. Характерны дезориентировка, снижение интеллекта, нарушения памяти. Болезнь протекает тяжело и может закончиться глубоким слабоумием. Внешне больные выглядят старше своих лет, физически истощены. Кожа у них бледная, сухая, шелушащаяся, иногда, наоборот, потная, влажная. Отдельные делириозные эпизоды могут повторяться с последующим углублением интоксикационных расстройств, нарушением памяти, парезом глазодвигательных мышц. При энцефалопатии Гайе – Вернике могут встречаться эпилептиформные припадки – алкогольная эпилепсия.

Для лечения применяют дегидратационную, общеукрепляющую (высокие дозы *витаминов В₁*, *РР*, *С*) и симптоматическую терапию.

Профилактика алкоголизма сводится к юридическому и медицинскому просвещению населения, созданию обстановки нетерпимости к пьянству. В проведении мероприятий по борьбе с алкоголизмом должны участвовать общественные и административные органы. При этом не-

обходимо активно выявлять лиц, злоупотребляющих алкоголем, и привлекать их к лечению при постоянном административном и медицинском контроле. Больных тяжелыми формами алкоголизма, безуспешно лечившихся в стационарах и нарушающих правила социального поведения, необходимо направлять на принудительное лечение в лечебно-трудовые профилактории.

Лица, совершившие преступление в состоянии алкогольного опьянения, признаются вменяемыми. К тому же совершение преступления в нетрезвом виде усугубляет вину подсудимого. Лица, совершившие уголовно наказуемые деяния в состоянии алкогольного психоза, считаются невменяемыми.

Глава 13. РАССТРОЙСТВА ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Указанная патология включает расстройство поведения человека, связанное с особенностями его характера (как в МКБ-9, так и в МКБ-10). В классификации болезней 9-го пересмотра эти расстройства относятся к акцентуации личности, психопатиям с их многочисленными вариантами. В обеих классификациях выделяются *врожденные*, *конституциональные* патологические свойства личности и *приобретенные* в процессе жизни. Психопатические черты характера, формируясь в процессе развития личности, нарушают адаптацию больных к окружающей обстановке, вносят существенные отклонения в их образ жизни, что проявляется в особенностях восприятия, мышления, чувствования и межличностных отношениях. В то же время для этих личностей не характерно интеллектуально-мнестическое снижение и подчас они обладают незаурядными способностями. В классификации болезней 10-го пересмотра приведен ряд новых расстройств поведения у взрослых, таких как патологическая склонность к азартным играм, пиромания и kleптомания («Расстройство привычек и влечений» – F63).

В МКБ-10 широко представлена категория пациентов с наличием сексуальных отклонений, которые по МКБ-9 трактовались как сексуальные психопаты. В новой классификации расстройство полового предпочтения диффе-

ренцируется от расстройства половой идентификации, а гомосексуализм не учитывается в качестве самостоятельного расстройства.

В разделе «Другие расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» (F68) включены такие подразделы как преувеличение физических симптомов по психологическим причинам и преднамеренное вызывание или симуляция симптомов или инвалидизации, физических или психологических расстройств. В рубрике F68.0 соматические симптомы могут быть преувеличенными за счет психологического состояния больного и демонстрируемыми с целью привлечения внимания к себе, неудовлетворенностью результатами лечения или обследования. При преднамеренном вызывании или симуляции симптомов (F68.1) мотивация такого поведения обычно носит неясный и, возможно, внутренний характер и связана с принятием роли больным. Симуляции, определяемые как преднамеренные, не входят в эту рубрику.

Каждый человек обладает индивидуальными чертами характера, что позволяет ему отличаться от других людей. Отличия могут быть не только врожденные, но и приобретенные в процессе индивидуального развития. Черты, определяющие характер человека, крайне многочисленны. Они не поддаются строгой дифференциации. Но все же внимательный анализ личностных свойств, характерологических особенностей, темперамента человека позволяет путем длительного наблюдения сопоставить его индивидуальные особенности с многочисленными признаками пограничных состояний. При этом особое внимание необходимо обращать: 1) на направленность интересов и склонностей человека (отзывчивость, доброта, чувство справедливости, гражданской ответственности или эгоистичность, тщеславность, жажда наживы); 2) состояние его эмоционально-волевой сферы (глубина чувств, устойчивость эмоциональных переживаний, слабость или сила воли, поведение человека в связи с его эмоционально-волевыми особенностями); 3) мнестические и интеллектуально-ассоциативные свойства (уровень образования, ориентация в жизни, мотивы и целенаправленность поступков и др.).

В этом отношении определенный интерес представляет введение немецким психиатром Леонгардом (1975, 1981) понятий «акцентуированные черты», «акцентуированные личности».

По Леонгарду, *акцентуация* – это индивидуальные черты личности, обладающие тенденцией перехода в патологические состояния. Акцентуированные личности характеризуются преобладанием или, наоборот, отсутствием каких-либо свойств характера, не выходящих за рамки физиологических границ. Для акцентуированных личностей свойственны как социально-положительные, так и социально-отрицательные тенденции. К акцентуированным личностям относятся люди, черты характера и темперамент которых представляют собой отклонения от общепринятой нормы, но не выходят за пределы физиологических границ. Понятие «акцентуированные личности» не следует смешивать с понятием «психопатические личности» (рис. 18).



Рис. 18. Четыре типа темперамента человека (по Х. Бидструпу):

I – холерический; II – флегматический; III – меланхолический;

IV – сангвинический

Варианты акцентуированных черт личности:

Демонстративные личности обнаруживают постоянную потребность в признании «незаурядных» способностей окружающими, склонны к беззастенчивому и бессовестному притворству, ко лжи. Внешне театральны, демонстративны, хорошо управляют выражением лица, жестами в зависимости от поставленной цели и ситуации.

Педантические личности (ананкасты) сверхточны и сверхаккуратны в выполнении поручения. Добросовестная исполнительность, осторожность и нерешительность всегда сопутствуют каждому их поступку.

Застывающие (параноические) личности характеризуются злопамятностью, мстительностью, обидчивостью. В обыденной жизни они легко уязвимы и самолюбивы, требовательны к окружающим. При достижении успеха в обществе становятся недоступны, заносчивы, самонадеянны.

Возбудимые личности отличаются неуправляемостью поступков. Поведение их связано с реализацией возникших влечений и инстинктивных побуждений. Они мало рассудительны, склонны к преступности и жестокости, к половым развратам и пьянству.

Гипертимические личности – оптимисты с множеством планов и идей. Как правило, никогда не грустят. Могут пройти мимо событий, к которым следовало бы отнестись серьезно. Обладают творческими способностями.

Дистимические (субдепрессивные) личности – лица обычно серьезные и мрачные, сосредоточенные на печальных сторонах жизни. Критически оценивают собственные поступки и поведение окружающих, малоразговорчивы и угрюмы.

Аффективно-лабильные (циклотимические) личности характеризуются спонтанными колебаниями настроения, возникновением то гипоманиакальных, то субдепрессивных переживаний. «Полюсы» эмоциональных переживаний сменяют друг друга с различной частотой без серьезных экзогенных воздействий.

Экстравертированные личности склонны к постоянной деятельности, ищут новых впечатлений, переживаний. Любят находиться в обществе, посещать кино, смотреть телепередачи. Легко поддаются чужому влиянию.

Интровертированные личности в отличие от экстравертированных живут не внешними впечатлениями, а руководствуются собственным рассудком. Человека с интровертированными чертами характера интересуют не окружающие события, вещи, а то, что он о них думает. Эти люди склонны к самоанализу, замкнутости. У них преобладает «внутренняя жизнь». Они увлекаются математикой, шахматной игрой, рационализацией и изобретательством.

Специфические расстройства личности. Данные расстройства определяются наличием у человека патологического характера, возникающего на основе врожденных или приобретенных в раннем детстве патологических свойств личности. «Приобретенные» расстройства личности, или патологическое развитие личности, являются результатом неблагоприятного влияния факторов внешней среды (взаимоотношение в коллективе, семье, неправильное воспитание). Психопатические (как и акцентуированные) черты характера, формируясь в процессе развития личности, не сопровождаются психотической симптоматикой, присущей психическим заболеваниям (шизофрении, эпилепсии и др.). Вместе с тем психопата в отличие от акцентуированной личности нельзя считать и совершенно психически здоровым, так как он отличается особой выраженностью патологических черт характера, мешающих ему оптимально адаптироваться к окружающей обстановке. Психопатические личности эмоционально неустойчивы, непоследовательны в суждениях, не всегда адекватны в поступках.

Различают следующие формы расстройств личности.

Зависимое расстройство личности (астеническое) — люди, проявляющие повышенную впечатлительность, раздражительность. Пониженная самооценка, чувство собственной неполноценности у них сочетается с самолюбием, чрезмерной ранимостью. Астенические личности — тонко чувствующие натуры, робкие, нежные и застенчивые. Они не выносят грубостей, боятся темноты, насекомых, домашних животных, чрезмерно переживают при виде крови, случайных уличных драк, ссор, несчастных случаев. Таких людей иногда называют «мимозоподобными», поскольку они, быстро утомляясь от различных внешних раздражителей, замыкаются в себе, избегая общения с людьми. Астеник чрезмерно переживает перед

всякими предстоящими ответственными событиями (выступление перед аудиторией, экзамен и др.). У него появляется бессонница, потливость, сердцебиение, ненужная суетливость, напряженность взгляда, мимики. В процессе работы он, как правило, быстро устает. Астеник болезненно переживает свою застенчивость и ранимость. Иногда, чтобы успокоиться, выпивает немного спиртного и, почувствовав облегчение, начинает ежедневно его употреблять. Так астеники из-за частых выпивок, хотя и в небольших дозах, довольно легко становятся алкоголиками.

Ананкостическое расстройство личности (психастеническое) – такие люди отличаются тревожно-мнительным характером, повышенной впечатлительностью (как и астеники), склонны к сомнениям, отвлеченным рассуждениям, самоанализу. Они испытывают большие трудности при необходимости принять какое-либо решение. Получив указание от руководства, спешат его выполнить, боясь «как бы чего-нибудь не случилось». Психастеник, выполняя какое-то поручение, постоянно сомневается в силу особенностей своего характера. Он не любит физического и умственного труда, бесплодно фантазирует и мечтает. Его мнительность проявляется в постоянном преувеличении опасности. Реальная опасность для психастеника играет значительно меньшую роль, чем возможная. Все новое является для него источником тяжелых душевных переживаний, мук. Психастеник крайне бережно относится к своему здоровью. Любое, даже незначительное, неприятное ощущение наводит его на мысль о возможном развитии тяжелой неизлечимой болезни. Он детально исследует свое тело, разглядывает его в зеркале, часами пытается выявить дополнительные признаки болезни. Постоянно сомневаясь, интуитивно ощущая неблагополучие своего организма, обращается в различные медицинские учреждения за помощью. В результате развивается стойкий ипохондрический синдром, основывающийся на повышенной мнительности. Будучи вообще человеком деликатным и чутким, психастеник может причинить много неприятностей окружающим. Он большой педант, формалист и требует от других того же. Всякое отступление от раз и навсегда принятого порядка выводит его из себя и нередко вызывает гневную реакцию, особенно в адрес членов семьи или подчиненных ему лиц.

Гипотимные (депрессивные) личности окружающую действительность воспринимают преимущественно с мрачной стороны. Находясь в постоянно пониженном настроении, они не ожидают ничего радостного от будущего. Их надежды мрачны. Обладая чувством самоуничижения, вины перед совершенными в прошлом или перед мнимыми ошибками, они замыкаются в себе, становятся угрюмыми и неуклюжими. Однако за этим кроется добрая отзывчивая душа и способность понимать переживания других людей. В узком кругу товарищей он может быть веселым, приветливым, а уединившись, снова погружается в прежнее состояние.

Гипертимные личности отличаются постоянно веселым настроением, богатством планов, гибкостью мыслей и внешне кажущейся добротой и отзывчивостью. Они быстро откликаются на все новое, энергичны и предприимчивы. Однако при более близком знакомстве у них обнаруживаются повышенная болтливость, неустойчивость интересов, поверхностность суждений, малая продуктивность в работе. Строя воздушные замки и раздавая обещания всем, они лживы, хвастливы и некритичны к своим поступкам. Отличаются повышенным сомнением, не переносят замечаний в свой адрес, не любят длительного и упорного труда, каких-либо ограничений, заполняют свое время всем чем угодно, только не общественно полезным делом. Обладая большой ловкостью, они могут быстро достичь поставленной цели, к которой у них сразу же пропадает интерес.

Эмоционально-неустойчивые (эпилептоидные) расстройства личности напоминают болезненно измененную личность эпилептика. Мышление прямолинейно, вязко. Поведение грубое, без разумных компромиссов. Он всегда убежден в своей правоте, переубедить его невозможно, даже если он не прав. Эмоционально неустойчивые личности могут быть крайне возбудимы, особенно в состоянии опьянения, подозрительны, злы, постоянно тоскливо-злобны, делают всем замечания, всех поучают, но в то же время сами ведут асоциальный образ жизни. Будучи эмоционально вязкими, инертными, они по малейшему поводу становятся злобными, агрессивными. В гневе эмоционально-неустойчивые личности могут не только кричать, топтать ногами, осыпать бранью и оскорблениями присутствующих, но и применять физическое насилие.

Реже встречаются личности данной формы с гиперсоциальным поведением, повышенной исполнительностью, добросовестностью на фоне завуалированной низменности жизненных интересов. Они с доброжелательной, застенчивой улыбкой, употребляя уменьшительно-ласкательные слова, с необычайной мягкостью и стройностью речи способны ловко маскировать свои эгоистические цели. Лживая, проникнутая жестокостью слащавость, внешняя доброжелательность подчас вводят в заблуждение неопытных людей.

У личностей параноидного типа (паранойяльные) доминируют сверхценные идеи собственной правоты, достоинства, превосходства над другими людьми, повышенный эгоизм, самодовольство, самомнение. Все происходящее вокруг они оценивают по отношению к своему «я». События же, не затрагивающие интересы паранойяльного психопата, расцениваются им как второстепенные и малозначимые. Отличаясь повышенной злопамятностью, патологическим упрямством, грубостью и бестактностью, паранойяльные личности из всех встречающихся им людей выделяют тех, которые беспрекословно подчиняются и полностью соглашаются с их болезненно измененными идеями. Это «свои» люди. А возражающих или просто несогласных с ними относят к врагам. И этого несогласия не прощают никому, а требуют полного признания своей правоты. Инертность, тугоподвижность психических процессов, узость кругозора приводит параноика, в конце концов, к постоянным конфликтам, сутяжничеству и кверулянству. Самое важное для него — это мысль об особом значении его собственной личности.

Параноики основывают свои суждения обычно на одной логической ошибке, к которой относятся без достаточной критики. Они склонны к резонерствующим рассуждениям, в основе которых лежит какая-либо односторонняя мысль. Ее они доводят до крайних пределов, не замечая явной абсурдности.

Патологическая односторонность мышления лиц с параноидным расстройством личности, как правило, не вызывает положительной оценки окружающих. Это порождает в них отчужденность, а затем враждебность. Они становятся неуживчивыми и агрессивными, обороняясь, всегда нападают, считая себя жертвой несправедливости.

Будучи мстительными и злопамятными, они проявляют настойчивость в «борьбе за правду», несмотря на попытки близких и родственников разубедить их.

Истерическое расстройство личности характеризуется двумя главными особенностями: стремлением во что бы то ни стало обратить на себя внимание окружающих и отсутствием объективной оценки поступков, как окружающих, так и своих собственных. Они театральны и лживы, требуют постоянного внимания. При первой встрече кажутся нежными и ласковыми, мягкими и вкрадчивыми, по-детски наивными и уступчивыми. Однако со временем нетрудно заметить неестественность и наигранность их поступков. В зависимости от изменений обстановки меняется и поведение истериков, их облик. Они всегда стараются показать свою оригинальность, талантливость в творческой деятельности. Прибегают к любым средствам, чтобы оказаться в центре всеобщего внимания. Могут разыграть сцены сердечных приступов, обмороков, демонстративно отказываться от пищи, угрожать самоубийством, причинять себе различные телесные повреждения. В то же время лица с истерическими расстройствами личности завистливы и ревнивы, злопамятны и мстительны. Лучше всего они себя чувствуют в атмосфере скандалов, сплетен, дразг.

Неустойчивые расстройства личности – это слабохарактерные люди, легко попадающие под влияние среды, особенно дурной. Подчиняясь влиянию «друзей», они постепенно начинают вести асоциальный образ жизни: пьянствуют, хулиганят, становятся мелкими мошенниками, растратчиками. Добродушные, уступчивые, внимательные в трезвом состоянии, они легко возбудимы, грубы, эгоистичны в пьяном виде. Протрезвев, горько раскаиваются в своих поступках и искренне обвиняют себя, жалуясь на случайно сложившиеся обстоятельства. Больших интересов и глубоких привязанностей эти люди не имеют. Они не переносят одиночества и из-за своей слабохарактерности попадают под влияние более сильной личности. Неустойчивые личности не могут заниматься систематическим упорным трудом, не выделяются умственными способностями и нравственными качествами. Выполнение ими профессиональных обязанностей должно постоянно контролироваться окружающими, так



Рис. 19. Больной истерической психопатией с многочисленными татуировками и следами самоповреждений на теле

как из-за неустойчивости их интересов они никогда не заканчивают начатое дело. Только в условиях постоянной опеки в руках человека с сильной волей они могут стать полезными для общества людьми (рис. 19).

Шизоидное расстройство личности по особенностям проявления личностных свойств напоминает шизофрению. Главными чертами шизоидов являются чужаковатость, неестественность поведения, эмоциональная холодность, эгоистичность, отсутствие чувства коллективизма. Их движения угловаты, лишены пластичности, в достижении целей они холодны, расчетливы, бесцеремонны, жестоки. Неприятность или радость шизоиды прячут в себе, не проявляя никаких чувств. Наполненные переживаниями, малообщительные, замкнутые, они не любят открывать свою душу. При разговоре с людьми строят малопонятные фразы. Окружающую действительность воспринимают вычурно, как в «кривом зеркале» и также вычурно, чужаковато излагают свои мысли. Внимание их направлено только на интересующую их деталь. Удовлетворенное желание сопровождается построением отвлеченных резонерствующих концепций, как правило, непонятных для окружающих.

При расстройствах сексуального предпочтения ведущим признаком является извращенное половое влече-

ние с изменением способа или объекта удовлетворения половой страсти. Существует несколько форм половых извращений.

Фетишизм (F65.0) – половое влечение к вещам, принадлежащим лицам противоположного пола.

Экзгибиционизм (F65.2) – половое удовлетворение путем обнажения половых органов в присутствии лиц другого пола.

Педофилия (F65.4) – половое влечение к детям.

Садизм (F65.5) – сочетание полового удовлетворения с нанесением физических страданий партнеру.

Мазохизм (F65.5) – половое удовлетворение, сопровождающееся желанием подвергаться мучениям со стороны полового партнера.

Содомия (скотоложство) (F65.8) – половое влечение к животным.

Гомосексуализм (F66.x1) – половое влечение к лицам собственного пола. Различают педерастию (мужеложство) – влечение мужчины к мужчине и лесбианизм – влечение женщины к женщине. По МКБ-10 гомосексуализм не рассматривается как расстройство.

Динамика расстройств личности. Психопатические личности довольно часто вступают в противоречия с окружающими. Создавая конфликтные ситуации, они тем самым подвергают себя дополнительным психогенным воздействиям. В результате развивается психопатическая реакция, проявляющаяся обострением аномальных черт личности. Она сохраняется на длительное время после прекращения конфликта. Обострение психопатических черт может наступать и вследствие различных хронически протекающих соматических расстройств. Психопатические реакции начинаются, как правило, остро и сопровождаются чрезмерной выраженностью психопатических черт, протестом, возмущением, оппозицией. Эти реакции возникают по любому незначительному поводу.

Неоднократные психотравмирующие воздействия приводят к явлениям *декомпенсации*, которые характеризуются нарушением компенсаторных свойств психопатической личности под влиянием психотравмирующих ситуаций и соматических вредностей. При декомпенсации на более или менее длительное время резко нарушается приспособление больного к окружающим условиям, обнажаются все свойственные психопатии аномальные особенности, вторично наслаиваются компенсаторные черты. При этом могут формироваться сверхценные образования и даже бредовый симптомокомплекс с идеями отношения,

преследования, ревности, сутяжничества, кверулянтства. В высказываниях больных отмечается конкретность суждений, правдоподобность и монотематичность. Признаки деградации личности, как правило, отсутствуют.

Важная роль в *профилактике и лечении* психопатий принадлежит созданию лицам с психопатическими чертами характера соответствующей психотерапевтической обстановки, рациональному трудоустройству, применению педагогических мер по оздоровлению микросоциальной среды. В случаях декомпенсации в настоящее время используется широкий арсенал лекарственных средств. Особенно показаны препараты из группы малых транквилизаторов (*элениум, седуксен, эуноктин, феназепам, тазепам*). Для эмоционально-неустойчивых пациентов рекомендуется *аминазин* и *тизерцин*. При состояниях аффективной напряженности, дисфориях в небольших дозах назначаются такие препараты, как *сонапакс, тизерцин, галоперидол, амитриптилин* и др.

Необходимо постоянно помнить, что при лечении психопатических личностей нужен строго индивидуальный подход при выборе терапевтических мероприятий и решении вопросов трудоустройства.

В случае совершения правонарушений лица с расстройством личности признаются вменяемыми, при декомпенсации вопрос решается индивидуально.

Патохарактерологическое (психопатическое) развитие личности. Ведущая роль в разработке вопросов, связанных с клинической идентификацией патологического развития личности («краевой» психопатии), принадлежит трудам О.В. Кербикова. Он разработал основные положения, касающиеся приобретенного расстройства личности, и обосновал правомерность выделения этой группы пограничных расстройств психической деятельности в самостоятельный раздел психиатрии.

Патологическое развитие личности характеризуется наличием психопатических черт, возникающих под влиянием частых и длительных психотравмирующих (психогенных) ситуаций (конфликты в семье, осложнения interpersonalных отношений в коллективе, трудности, появляющиеся при исполнении профессионального долга в силу ослабленного здоровья или недостаточной квали-

фикации). Хронически протекающие тяжелые соматические заболевания (ревматизм, туберкулез, хронические пневмонии, эндокринные расстройства и др.) также способствуют развитию патологических черт характера.

Следует отметить, что оздоровление окружающей среды, проведение комплекса психогигиенических мероприятий в быту и на производстве, создание благоприятного морально-психологического климата способствуют смягчению психопатических черт и предупреждают декомпенсации и срывы.

В клинической психиатрии выделяют аффективно-возбудимый, тормозимый, истероидный и неустойчивый варианты патохарактерологического развития личности.

Наиболее часто встречается **аффективно-возбудимый вариант**. Он характеризуется склонностью к раздражению, гневу, агрессивным поступкам, конфликтам. Развитие указанных черт характера чаще является результатом недостаточного целенаправленного воспитания, воздействия коллектива, родных, близких.

Реже в поле зрения врача-психиатра попадает **тормозимый вариант**. Он проявляется в виде замкнутости, лживости, робости, обидчивости, мечтательности. Указанные черты характера развиваются в результате постоянных запретов и ограничений, деспотизма со стороны родных, руководства на работе. Первые признаки появляются с детства в результате повышенной гиперопеки родителей, подавляющих инициативу и самостоятельность ребенка.

Относительно редко встречаются **истероидный и неустойчивый варианты**. В первом случае преобладает демонстративность, театральность, желание показать свои достоинства и завладеть вниманием окружающих. Во втором — на первый план выступает волевая неустойчивость, подчиняемость чужому влиянию, неспособность к преодолению трудностей. Неустойчивость эмоционально-волевых свойств личности приводит к имитации различных форм поведения посторонних людей (в том числе и асоциальных), что может явиться источником правонарушений.

Глава 14. НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Указанный раздел в МКБ-9 отнесен к неврозам – психогенным нервно-психическим расстройствам, возникающим в результате осложнения особо важных для человека жизненных ситуаций. В клинической картине преобладают эмоциональные и соматовегетативные нарушения, а сама болезнь характеризуется обратимостью расстройств после проведенного лечения и отсутствием психотических проявлений. В МКБ-10 не используется дифференциация между неврозами и психозами и расстройства сгруппированы в соответствии с основными общими характеристиками и схожестью. И хотя термин «невротические» сохранился, он используется в более широком понимании, связанном с психологическими причинами, и трактуется как «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства».

Используемая классификация неврозов по МКБ-9 суживает круг возможностей врача-клинициста, так как представлена коротким перечнем основных и дополнительных форм: неврастения, истерический невроз, невроз навязчивых состояний, невроз страха, депрессивный невроз, ипохондрический невроз, общий и системный невроз.

В новой классификации (МКБ-10) рамки указанных форм намного расширены, дополнены и представлены более удобными для использования в практической деятельности врача. Например, невроз навязчивых состояний представлен тревожно-фобическими расстройствами (F40), другими тревожными расстройствами (F41), обсессивно-компульсивными расстройствами (F42). Тревога в этих случаях вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями и может быть разной интенсивности – от легкого дискомфорта до ужаса. В этой рубрике наряду с известными фобиями выделяются относительно новые формы, в частности социальные фобии (F40), которые могут начинаться в подростковом возрасте и концентрируются в виде страха испытать внимание к себе со стороны окружающих.

В основу обсессивно-компульсивных расстройств (F42) положены повторяющиеся обсессивные мысли или компульсивные действия. Первые представляют собой идеи, образы или влечения, которые постоянно приходят на ум больного. Компульсивные действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки.

В разделе F4 по МКБ-10 представлен ряд нарушений, связанных со стрессом. В МКБ-9 большинство указанных расстройств относятся к реактивным состояниям. В частности, по МКБ-10 подразделяют: реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации (F43), диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44). Причинами первого состояния (F43) могут быть факторы исключительно сильного стрессового жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию, или значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации. Вид реакции во многом зависит от индивидуальных характеристик личности.

В основе диссоциативных и конверсионных расстройств (F44) лежит частичная или полная потеря сознательного контроля над памятью и ощущениями; а также контроля над движениями, которые надо выполнять. Следствием потери такого контроля может быть диссоциативная амнезия (F44.0); фуга (F44.1); ступор (F44.2); расстройства движений и ощущений (F44.4–F44.7); синдром Ганзера (F44.80); транзиторные (конверсионные) расстройства (F44.82), развивающиеся в детском и подростковом возрасте, и другие состояния. Под термином «конверсия» надо понимать неприятный аффект, являющийся следствием проблем и конфликтов, который человек не может разрешить, что и приводит к возникновению той или иной симптоматики.

Практически при всех формах неврозов в трактовке МКБ-9 встречается компонент соматических жалоб при отсутствии объективных причин. Особенно это характерно для неврастении, ипохондрического и истерического неврозов. В МКБ-10 эти проявления выделены в раздел «соматоформные расстройства» (F45). Основным признаком соматоформных расстройств являются повторяющиеся жалобы на соматическое неблагополучие, постоянные требования обследований в поисках физической основы

своего состояния. Больных часто не разубеждает прямая связь между психотравмирующими факторами и мнимым соматическим заболеванием. Для соматоформных расстройств характерен истерический компонент с целью привлечения к себе внимания со стороны врача, окружающих. Особо следует выделить соматоформную вегетативную дисфункцию (F45.3), так как в этих случаях жалобы больных касаются многих систем и органов, которые частично или полностью находятся под влиянием вегетативной нервной системы.

В группу «другие невротические расстройства» (F48) входят: неврастения (F48.0); синдром деперсонализации-дереализации (F48.1), другие специфические невротические расстройства (F48.8); невротические расстройства, неуточненные (F48.9). Следует отметить, что хотя многие названия из перечисленных хорошо знакомы по МКБ-9, однако их трактовка в МКБ-10 представляется в несколько ином плане и требует внимательного осмысления.

К психогенным заболеваниям относят невротические и психотические расстройства, обусловленные стрессом. Возникновение их связано с действием психотравмирующих факторов, которые не только являются основной причиной заболевания, но и накладывают отпечаток на клиническую картину и динамику психогенно обусловленных нервно-психических расстройств.

Клиническая картина состояний, связанных с острой реакцией на стресс. Каждое событие, которое переживает человек, оставляет след в его центральной нервной системе. Особенно значительные воздействия оказывают на организм психотравмирующие факторы (смерть близкого человека, большие жизненные неприятности, пожар, катастрофа и др.), возникающие внезапно или же проявляющиеся хронически в течение длительного времени. В этих случаях развиваются различные нарушения психической деятельности, которые выходят за рамки физиологических границ. Такие расстройства называют реактивными психозами, поскольку обязательными причинами их являются психотравмирующие факторы. Реактивные психозы чаще возникают у ослабленных, астенизированных перенесенными инфекциями или тяжелыми соматическими заболеваниями людей, у психопатов, после интоксикаций, травм головы, длительной бессонницы.

Клиническая картина реактивных психозов разнообразна. При воздействии угрожающих для жизни факторов (землетрясение, наводнение, пожар и др.) могут возникать психические нарушения в виде *аффективно-шоковых реакций*. Как правило, более тяжелая и неожиданная психическая травма вызывает сравнительно бурную эмоциональную реакцию и психическое расстройство. Различают две формы аффективно-шоковых реакций: гипокинетическую и гиперкинетическую. Уже название этих форм отражает особенности их клинической картины.

Гипокинетическая форма характеризуется внезапным развитием, реактивным ступором, обездвиженностью. Человек не может произнести слова, сделать какое-либо движение, чтобы спастись от надвигающейся опасности. Наступает «эмоциональный паралич», безысходное отчаяние или безразличное отношение ко всему окружающему. Подобное ступорозное состояние длится недолго, всего несколько минут, и лишь иногда затягивается на сутки. После выхода больных из аффективно-шокового состояния наблюдается амнезия пережитого. Временами аффективно-шоковая реакция переходит в реактивный паранойд или депрессию.

Гиперкинетическая форма в отличие от предыдущей проявляется резко выраженным психомоторным возбуждением. Возникающая опасность вызывает у человека бессмысленную попытку бежать, которая сопровождается хаотическим двигательным беспокойством. В данном случае человеком руководят страх, тревога. Он обычно не может принимать целесообразных решений и бесцельно бежит навстречу опасности. Этому сопутствуют вегетативные реакции, рвота, понос, непроизвольное мочеиспускание, тахикардия. Считается, что в данном случае нарушается сознание по сумеречному типу (с дезориентировкой в окружающей обстановке и собственной личности и с последующей амнезией).

Наиболее частым видом психогенного расстройства является *реактивная депрессия* (F32.2). Главным ее признаком следует считать пониженное настроение, возникающее после психотравмирующей ситуации. Бредовые идеи и галлюцинации встречаются редко. В элементах поведения больных, в жестах, мимике отражается психотравмирующая ситуация. Речь их тихая, монотонная,

сон, аппетит нарушены. Их постоянно преследуют мысли о неприятных событиях. Реактивная депрессия может сочетаться с театральностью, пуэрилизмом, тревогой и гневливостью. Иногда депрессивное состояние приобретает характер *взрыва тоски* (лат. *raptus melancholicus*). В таких случаях больные мечутся, кричат, рвут на себе волосы, пытаются покончить с собой.

Реактивная депрессия отличается от других видов депрессий тем, что она по времени всегда следует за психогенным моментом. Устранение психотравмирующей ситуации, психотерапия, медикаментозное лечение способствуют выздоровлению больного.

Встречается несколько видов *реактивного параноида* (F23.3). Общим для них является преобладание в клинической картине бредовых расстройств. Развитию реактивного параноида предшествует так называемое предболезненное состояние в виде чувства беспокойства, тревоги, ожидания несчастья. Затем возникают бредовые идеи и галлюцинации. Часто больные высказывают бред преследования, отравления, бред особой значимости. Настроение у них тревожное, тоскливое. Больные возбуждены, плаксивы, просят помощи. Как правило, содержание болезненных высказываний отражает психотравмирующую ситуацию.

В случае острого развития реактивного параноида через 1–1,5 месяца наступает выздоровление с наличием полной критики к перенесенным болезненным переживаниям. Постпсихотическая (постреактивная) астения затягивается на более длительное время.

Реактивный параноид может протекать в следующих атипичных вариантах.

У психопатических личностей под влиянием психотравмы может возникнуть сутяжный бред. Чаще всего он обнаруживается у лиц, отличающихся инертностью, малой подвижностью нервных процессов. В связи с кажущейся больным несправедливостью, затрагивающей их интересы, развивается неадекватно-интенсивная «борьба за правду». Они пишут во все инстанции многочисленные жалобы, протесты, требования. Охваченные этой патологической перепиской, больные часто забывают о профессиональных обязанностях. На прием к врачу приходят с целыми томами копий жалоб и ответов на них. Детализи-

руя каждый факт, связанный с психотравмирующей ситуацией, больные с большим подозрением относятся ко всем лицам, прямо или косвенно имевшим отношение к «делу».

У людей с плохим слухом наблюдается *бред преследования тугоухих*. У них появляется стойкая тревожная подозрительность, идеи отношения, преследования. Больные считают, что над ними смеются, пытаются обмануть, ущемить их права, пользуются их беспомощностью.

Аналогичные расстройства наблюдаются при иноязычном окружении, например у военнопленных в связи с незнанием иностранного языка и трудностью общения с окружающими.

У лиц, находящихся в постоянном контакте с психически больным, возникает *индуцированное помешательство* (F24). Высказывания больного воспринимаются без критики. Чаще всего это бывает у членов семьи, где душевнобольной пользуется авторитетом. Для возникновения индуцированного бреда необходимы длительный, тесный контакт с психически больным, повышенная внушаемость или интеллектуальная ограниченность индуцируемого, наличие правдоподобных бредовых идей. Индуцированное помешательство, так же как и бред тугоухих, может протекать длительно. Выздоровлению способствует устранение патологического психогенного источника.

Значительно реже других форм реактивных психозов встречается *галлюциноз* (F23.3). Ведущими признаками в клинической картине являются слуховые, реже зрительные галлюцинации. Содержание голосов отражает травмирующую ситуацию. Голоса могут быть утешающие, враждебные. Обычно они принадлежат близким и знакомым. Например, дочь, у которой умерла мать, слышит по ночам ее голос, зовущий, упрекающий, плачущий.

Большую группу составляют *диссоциативные расстройства* (F44), при которых на первый план, как правило, выступают: психогенное сужение сознания, фантастические переживания, псевдодементные расстройства, пуэрилизм и др.

Своеобразная клиническая картина наблюдается при сумеречном расстройстве сознания психогенного происхождения. При этом состоянии проявляются яркие галлюцинации, отрывочные несистематизированные бредоподобные идеи. Поведение больных театрально, вырази-

тельно. В их движениях, мимике, позах отражается психотравмирующая ситуация. После восстановления сознания (через несколько часов, дней) обнаруживается амнезия.

У заключенных, находящихся в одиночных камерах, встречается разновидность истерического сумеречного расстройства сознания – *синдром Ганзера* (F44.80). Клиническая картина его характеризуется кратковременным сумеречным расстройством с последующим развитием *псевдодеменции*. Больные не в состоянии отвечать на элементарные вопросы, выполнять простейшие действия. Например, они не могут зажечь спичку, правильно сказать сколько пальцев на руке, где левое ухо и т. д. Несмотря на явную нелепость, ответы обычно соответствуют теме заданного вопроса. Через несколько дней наступает выздоровление с полной амнезией пережитых в болезненном состоянии событий.

Псевдодеменция может встречаться и как самостоятельная форма реактивного психоза.

Возможно также детское поведение взрослого человека, перенесшего психотравму, – *пуэрилизм*. Больные говорят детским голосом, картавят, играют с игрушками, капризничают, плачут, просят «на ручки».

Однако отдельные привычки взрослых при этом сохраняются. Например, больной с детским поведением может выкурить сигарету как взрослый.

При особо тяжелых психотравмирующих ситуациях возникает *синдром регресса психики* («одичания»). Поведение больных при этом напоминает повадки животных. Сознание их затемнено. Они ползают, кусаются, лают.

Еще одной формой реактивных психозов является *истерический ступор* (F44.2). Он проявляется в мутизме и обездвиженности. Лишь мимика больных говорит о большой аффективной напряженности, имеющей непосредственную связь с окружающей ситуацией. Истерический ступор имеет тенденцию к затяжному течению и развивается обычно после психических расстройств, связанных с нарушением сознания.

Клиническая картина невротических расстройств. В настоящее время в разных странах отмечается довольно высокий уровень заболеваемости неврозами. Это связано с воздействием различных факторов, в частности, с относительным несоответствием современного уровня научно-

технического прогресса степени развития психофизиологической адаптации человека. Большой объем информации, воздействующей на психическую сферу, необходимость постоянной ее переработки и хранения, принятие ответственных решений, требующих большого психонервного напряжения на фоне снижения физической нагрузки на организм – все это важнейшие факторы, способствующие возникновению данных состояний.

Невротическое расстройство – психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое нарушение, которое возникает в результате осложнения особенно важных для человека жизненных ситуаций. Оно проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Для него характерны следующие признаки: а) наличие психогенной причины заболевания, связанной с особенностями межличностных отношений человека в обществе и возникающими при этом патогенетически конфликтными ситуациями; б) преобладание в клинической картине эмоциональных и соматовегетативных нарушений как специфических признаков этого заболевания; в) обратимость клинических расстройств, наступающая, как правило, после длительного отдыха, социо- и психотерапии, общеукрепляющего и транквилизирующего лечения.

Современная классификация невротических расстройств основана на особенностях клинических проявлений болезни. Выделяют неврастению, диссоциативные невротические расстройства, обсессивно-компульсивные и фобические состояния. Различают также невротические реакции и невротическое развитие личности.

Неврастения (F48.0) – одна из наиболее распространенных форм невроза. Для нее характерны общевротические симптомы, различные вегетативно-сосудистые расстройства.

Выделяют гиперстеническую и гипостеническую формы неврастении.

Гиперстеническая форма проявляется в чрезмерной раздражительности, эмоциональной лабильности, нетерпеливости, упорной бессоннице, снижении работоспособности, истощении внимания. Наряду с этим наблюдается множество соматических нарушений – головные боли, потливость, сердцебиение, неустойчивость артериального

давления. Отмечается также непереносимость громких звуков, запахов, колебаний атмосферного давления.

Гиперстеническая форма неврастении представляет собой как бы первую стадию заболевания, постепенно сменяющуюся второй – *гипостенической*. Для последней характерны повышенная утомляемость, вялость, пассивность, длительно не исчезающее чувство усталости. Больные безучастны, сонливы, у них отмечается угнетение инстинктивной сферы (пищевой, сексуальной и др.).

Неврастенические расстройства могут приобретать депрессивную окраску и в процессе прогрессирования заболевания достигать развития невротической депрессии.

Течение неврастении, как психогенного заболевания, зависит от многих факторов – патогенной ситуации, особенностей личности больного, сопутствующих соматических заболеваний, характера терапии и др. Заболевание протекает несколько месяцев, а при наличии истощающих организм факторов (переутомление, алкогольная интоксикация, психогенная ситуация) принимает затяжное хроническое течение на многие годы.

Диссоциативные расстройства (истерические – от гр. *hysteria* – матка; в древнегреческой медицине предполагалось, что матка играет роль в происхождении заболевания) характеризуются соматическими и психопатологическими расстройствами. Возникают, как и неврастения, в связи с психотравмирующими ситуациями. Клиническая картина чрезвычайно разнообразна. Соматические расстройства проявляются в истерической икоте, рвоте, кашле, одышке, отказе от еды. Возможны болевые синдромы, имитирующие различные воспалительные заболевания внутренних органов, а также истерические глухонмота (сурдомутизм), спазм век (блефароспазм), слепота (амавроз), параличи и парезы, отсутствие способности стоять и ходить (астазия-абазия) и др. Данные расстройства не имеют в своей основе органического поражения центральной нервной системы и носят функциональный характер.

Помимо указанных нарушений, у больных могут возникать различные эмоциональные расстройства, проявляющиеся в театральных позах, громких вздохах, воплях, столах, заламывании рук, вырывании волос на голове. Иногда возникают нарушение сознания по сумеречному типу и судорожные припадки.

За большое разнообразие клинической картины истерические расстройства получила характерные названия – «хамелеон», «великая симулянтка», и др.

Обсессивные и фобические расстройства (F42, F40) проявляются в возникновении навязчивых мыслей, воспоминаний, действий, влечений, страхов вопреки желанию больного. Несмотря на критическое отношение к навязчивым явлениям, больной не может освободиться от них усилиями воли. При длительном течении заболевания развивается состояние безнадежности и растерянности. Частыми проявлениями невротических нарушений являются фобические расстройства, например страх заболеть неизлечимой болезнью, страх смерти. В условиях закрытых помещений или, наоборот, открытых больших пространств фобии усиливаются.

Данные состояния часто описываются в виде невроза ожидания. При выполнении повседневных, например профессиональных, действий возникают навязчивые ожидания неудачи (у актера – во время игры на сцене перед многолюдной аудиторией, у лектора – во время чтения лекций, у музыканта – при предстоящей публичной игре на инструментах и т. д.).

Невротическое развитие личности. Существует много переходных форм между психогенными и личностными расстройствами. Клиническая картина их крайне разнообразна и отличается сложностью и полиморфизмом.

К невротическому развитию личности может привести длительное пребывание человека в условиях хронической психотравмирующей ситуации. О.В. Кербиков относил невротическое развитие личности к пограничным состояниям, расположенным по степени своей тяжести между патохарактерологическим развитием и неврозами. Это состояние чаще всего возникает в возрасте свыше 30 лет у лиц с патологическими чертами характера или страдающих длительно протекающим невротическим расстройством.

Различают два этапа (стадии) невротического развития: 1) этап невротической депрессии и 2) этап характерологических расстройств по: а) истерическому, б) обсессивному и в) эксплозивному типам.

Невротическим развитием страдают лица, которые в преморбидном состоянии по характеру были прямолинейны, бескомпромиссны, категоричны, к выполнению слу-

жебного долга относились формально, строго придерживаясь инструкций и приказов, отличались эмоциональной замкнутостью, педантичностью. Под влиянием хронических психогенных воздействий спустя 2–3 года и более у них появляются первые признаки невротической депрессии: угнетенное настроение (иногда с идеями самообвинения), двигательная заторможенность, чувство неловкости, соматические жалобы. Больные не справляются со служебными обязанностями, оставляют работу, занимаются домашним хозяйством, не интересуются текущими событиями. Круг их интересов суживается, запас знаний ограничивается. Самочувствие их, как правило, ухудшается по утрам – появляется слезливость, склонность к многословию. Невротическая депрессия сопровождается вегетативными расстройствами, дисгипнией. Больные становятся настороженными, скрытными, недоверчивыми.

Таким образом, в клинической картине невротической депрессии на первый план выступает различная невротическая симптоматика с преобладанием астенодепрессивных расстройств, переходящих в депрессию, при которых возможны суицидальные тенденции.

В процессе клинического наблюдения невротическую депрессию необходимо дифференцировать от депрессивного синдрома эндогенного характера. Невротическая депрессия отличается меньшей глубиной депрессивного состояния, менее выраженными колебаниями настроения в течение суток. В ее симптоматику кроме депрессивных включены также неврастенические знаки. При невротической депрессии больных никогда не покидает надежда на выздоровление. Они строят реальные планы на будущее.

При прогрессировании невротического развития личности появляются характерологические расстройства, в том числе истерические симптомы (плаксивость, ипохондричность) с отдельными вегетативными, двигательными и аффективными расстройствами. Истерические расстройства отличаются парциальностью и сопровождаются смягчением депрессивного состояния.

В других случаях к невротической депрессии могут присоединяться *обсессивные расстройства* в виде навязчивых влечений и страхов. Депрессивное состояние в таких случаях утрачивает свою выраженность и на первый план выступают навязчивые явления и астенический симптомокомплекс.

Реже наблюдается *эксплозивное развитие личности*. Тяжелые конфликтные ситуации сопровождаются повышенной эмоциональной взрывчатостью. Возбудимость на фоне невротической депрессии внешне проявляется в виде повышенной деятельности, сопровождающейся спонтанными колебаниями настроения. В дальнейшем обнаруживается злобно-раздражительный фон настроения, который после эмоционального взрыва переходит в депрессию.

Патогенез психогенных расстройств. Психогенные заболевания чаще возникают у лиц с психопатическими чертами характера. Однако психотравмирующая ситуация может вызвать невротизацию и у психологически полноценной личности, если организм ослаблен перенесенным инфекционным или другим каким-либо соматическим заболеванием, черепно-мозговой травмой, алкогольной интоксикацией, курением, длительным недосыпанием, истощением. Развитие той или иной формы невротического состояния зависит от преморбидных свойств личности, характера психотравмирующей ситуации, наследственной предрасположенности.

Как показали исследования И.П. Павлова и его учеников, диссоциативные расстройства возникают чаще у лиц с художественным типом высшей нервной деятельности; обсессивно-компульсивные состояния – у людей с мыслительным типом; неврастения – у лиц со средним типом нервной деятельности.

Патологической основой психогенных расстройств является «срыв» высшей нервной деятельности в результате «сшибки» процессов возбуждения и торможения под влиянием сверхсильных экзогенных воздействий. Столкновение двух конкурирующих очагов застойного возбуждения также способствует срыву нервной деятельности. Возникновение застойных очагов возбуждения, фазовых гипнотических состояний (запредельного торможения) нарушает целостную системную деятельность мозга. Последнее подтверждается нарушением при психогениях функциональных состояний восходящих проекций (специфической и неспецифической систем) головного мозга, приводящим к изменению информационных процессов, поступающих в кору мозга.

Лечение. Лечение психогенных заболеваний сводится к оздоровлению среды, в которой живет больной и к устранению психотравмирующих ситуаций. Основным методом лечения является психотерапия, преследующая цель воздействовать на психическую деятельность человека с помощью информации. Лечебный эффект при этом достигается путем специфического психического влияния на больного. Врач-психотерапевт может успешно лечить лишь в том случае, если тщательно изучил историю болезни и помимо глубоких знаний обладает большим практическим опытом, умеет установить контакт с больным.

Психотерапия может быть адресована одному больному (*индивидуальная психотерапия*) или одновременно целой группе больных (*групповая, или коллективная, психотерапия*). Как правило, психотерапия проводится при наличии прямого контакта врача и пациента, но может также передаваться по радио, телевидению, с помощью магнитофонов, грампластинок, печатного слова. Эти формы психотерапии оправданы при работе с большими группами людей. Недостаток их — отсутствие обратной связи (больной — врач).

Одним из видов психотерапии является *рациональная психотерапия*. У больного при длительных психотерапевтических беседах путем убеждения вырабатываются полезные для здоровья изменения отношений к психогенной ситуации, породившей заболевание.

Для лечения невротических расстройств широко используется *аутогенная тренировка* как метод лечебного самовнушения. В этом случае большое внимание уделяется самостоятельным тренировкам пациентов, которые, как правило, проводятся два раза в день — утром и вечером. Врач обучает больных приемам концентрации внимания и самоконтроля при помощи дыхательных упражнений, идеомоторной тренировки. Гипносуггестивная психотерапия проводится в форме индивидуального или коллективного погружения пациента в гипнотический сон. В состоянии гипноза устраняется тревога, страх, нарушения эмоциональной сферы.

Для снятия стойких фобических расстройств, диссоциативных моносимптомов применяют наркопсихотерапию. Метод сводится к введению *барбитала, гексенала, пенто-*

тала, после чего на фоне возникающего наркотического сна проводятся психотерапевтические внушения.

Наряду с методами психотерапии широко применяются современные *психотропные средства*. Наибольшее распространение из них получили транквилизаторы – *седуксен, элениум, эуноктин, тазепам, феназепам, мепробамат, триоксазин* и др. Помимо транквилизаторов используются психотропные средства стимулирующего (*сиднокарб, сиднофен*), антидепрессивного (*амитриптилин, пиразидол*) и нейролептического (*терален, меллерил*) действия.

При гиперстенической неврастении применяют *элениум, седуксен, эуноктин, бромиды, настойку валерианы* и др.

При гипостении показано общеукрепляющее лечение витаминами, биостимуляторами (*алоэ, ФИБС, АТФ, ноотропы*).

При навязчивых состояниях назначают *седуксен, элениум, френолон* (гиподозы).

Для больных с ипохондрическими нарушениями рекомендуются транквилизаторы в сочетании с *мелипрамином*.

При терапии психогенных депрессий используют *амитриптилин* и *седуксен*. Иногда проводится плацебо-лечение.

Реактивные психозы, сопровождающиеся беспокойством больных, бредом и галлюцинациями, требуют назначения нейролептических средств (*аминазин, нозинан, трифтазин, галоперидол*). Реактивный ступор можно устранить эфирным рауш-наркозом или гипнотерапией.

Широко применяются физиотерапевтические, а также курортные методы лечения (электро-, свето-, теплолечение, грязи и различные ванны). Показаны лечебная физкультура, иглорефлексотерапия и электросон.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится в случаях заболевания реактивными психозами. Если больной совершил преступление до развития реактивного психоза, то следствие на период болезни приостанавливается и подэкспертному проводится стационарное лечение. После выздоровления больной снова привлекается к ответственности. Если преступление совершено во время психоза, вызванного психической травмой, больные признаются невменяемыми.

Глава 15. ТЕСТ-ЗАДАНИЯ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Решение всех тестовых заданий по клинической психиатрии проводить по следующему алгоритму:

- 1) определение ведущего психопатологического синдрома;
- 2) установление клинического диагноза;
- 3) проведение дифференциальной диагностики;
- 4) назначение клинически обоснованного лечения;
- 5) прогноз заболевания.

1. Больная 46 лет, домохозяйка. Воспитывалась в чужой семье. Окончила 7 классов, в 18 лет вышла замуж. Имеет троих детей. По характеру обидчива, мнительна, заботлива, преданна семье. Работала на обувной фабрике, но недолго. Много времени уделяла кухне, стирке белья, не требуя помощи у детей. Когда дети повзрослели (один сын ушел в армию, другой уехал учиться, дочь вышла замуж), деспотичный, самолюбивый муж стал относиться к ней еще более холодно: поздно возвращался домой, просякивая после работы у знакомых, или вообще исчезал на некоторое время. За год до поступления в больницу у больной стали «путаться месячные». Она чувствовала приливы жара к лицу, к груди, но в последнее время состояние улучшилось. За две недели до поступления в больницу стала проявлять излишнюю тревогу за сына, волновалась, что долго нет письма, предполагая несчастный случай. Ее тревожило положение семейных дел у дочери – «они плохо живут». Больная выражала глубокое беспокойство и по поводу ревизии у мужа на предприятии – «не попал бы он в тюрьму из-за растраты». Стала опасаться, что будущее ее семьи может оказаться весьма трагичным – «сын погибнет во время парашютных прыжков на учениях, дочь оставит муж, он ее может покалечить, когда приходит пьяным. Мужа засудят за растрату. Второй сын очень одинок, голодает, обязательно заболеет, оставит институт. Всех ждет крушение, материальное разорение, распад семьи, потеря здоровья, скорая смерть». Больная корила себя за то, что в свое время не смогла устроить жизнь детей по-другому, что она плохая мать, плохая жена, эгоистка, и поэтому должна принять все беды на себя. Она считала, что ее «необходимо казнить».

При поступлении в больницу больная была крайне встревожена, испытывала тоску, стонала, металась, бегала по палате из угла в угол, выбегала в коридор, хваталась за голову, выламывала пальцы, причитая: «Что же я надела? А что ж сейчас будет? А что же с ними сделали?!» Пыталась разбить голову о подоконник. У врача требовала «постелить ей лишь соломки на полу и посыпать мелкой картошечки с кожурой», ибо она «паршивая, старая кошка, которую хозяин дома должен утопить», винила себя в том, что «все ее домашние умирают, лишившись средств к жизни и крыши над головой».

2. Больная 38 лет. Отец злоупотреблял алкоголем, был вспыльчив, несдержан, умер от инфаркта миокарда. Мать веселая, общительная, добродушная. Дедушка по линии матери умер в психиатрической больнице.

В детские годы болела воспалением легких, скарлатиной. До 12 лет страдала энурезом. Окончила 6 классов, училась посредственно. По характеру была уравновешенной, отзывчивой, тяжело переживала обиды. Работала в колхозе, затем переехала в город, где устроилась работать дворником.

Менструации с 14 лет, замужем не была, детей не имеет. С 9 лет появились головные боли. Однажды мать нашла ее спящей в саду. Как она туда попала, рассказать не могла и только жаловалась на плохое самочувствие, «общую разбитость», болезненность языка. Подобные состояния повторялись. Характер с годами постепенно менялся. Стала раздражительна, упряма, злобна, требовала к себе особого внимания, возмущалась по любому незначительному поводу, долго помнила обиды. С работой справлялась хорошо, однако во время исполнения своих обязанностей была конфликтна с окружающими, груба, придирчива. Будучи взрослой, дважды ушибла голову, но потери сознания при этом не наблюдалось. В больнице по поводу травмы головы не лечилась. У больной периодически появлялось необоснованное тоскливо-злобное настроение, когда «все становилось немилым». В такое время она была особенно мелочно придирчива. Из-за конфликтности с людьми несколько раз меняла место работы.

В больницу поступила в связи с тем, что будучи в бессознательном состоянии была подобрана на улице. В отде-

чении пришла в себя, была удивлена, что оказалась в больнице. В беседе долго и подробно рассказывала о себе, истревая на ненужных мелочах, часто употребляла трафаретные фразы, уменьшительные слова «головка», «ручка» и др. Полностью ориентирована. Много говорит о своем здоровье, работе, с трудом переключается на другие темы. Легко аффектируется. Бреда и галлюцинаций не выявляет. Память снижена, не помнит имена своих близких родственников, ошибается в дате общеизвестных исторических событий. У больной отмечены сниженные интеллектуальные функции обобщения, нахождения сходства и разницы между птицей и самолетом, яблоком и мячиком, пословицы понимает в прямом смысле, например пословицу «Не в свои сани не садись» объясняет: «Конечно, раз саночки не твои, так нечего и садиться» и т.д.

Соматическое состояние удовлетворительное. Неврологически – признаков поражения ЦНС не обнаружено.

3. Больная 42 лет, разнорабочая. Развивалась нормальным ребенком. В детстве отличалась веселым, бойким нравом. Среди сверстниц была инициатором всех игр и проказ. И в то же время ее окружала атмосфера суеверия: отец был суров, придерживался старинного патриархального уклада с жестким режимом подчинения, ближайшие соседи, родственники были выходцами из старообрядцев, среди которых бытовали верования в колдовство, черную магию, заговоры. Школу начала посещать с 8 лет. Учеба давалась легко, но с 5-го класса оставила школу. С 16 лет работает на ковровом комбинате. В 20 лет вышла замуж, имеет 4 детей. Отношения в семье были хорошие, но вскоре стала конфликтовать с невесткой, живущей по соседству. Со свойственным ей стремлением к властвованию и некоторой необузданностью влечений стала устраивать семейные скандалы. Больше всего доставалось невестке за то, что та стремилась «переманить к себе мужа и каким-то образом отвратить его от нее, вызывая у него половую к ней слабость, апатию, холодность и нелюбовь к своим детям». Строила догадки, якобы она (невестка) применяет «черную магию», так как после состоявшегося развода муж на самом деле стал сожительствовать с невесткой. Конфликт все нарастал. Больная стала подмечать, как невестка «берет у нее след», «подбрасывает к веранде дохлого кота» и т.д.

Около трех лет назад, после того как больная начала собирать подписи под большим обстоятельным заявлением в суд, ее госпитализировали в психиатрическое отделение. В отделении вела себя спокойно, активно, свободно и непринужденно поддерживала беседу, охотно, в связной форме, с достаточной эмоциональной живостью излагала обстоятельства конфликта с невесткой. В последние годы, по ее словам, терпела ряд жизненных неудач, которые, на ее взгляд, не случайны, а имеют особую связь с характером невестки («когда она появляется рядом, тогда ее всю трясет»). «Почему, например, только с ней ругаются люди ни с того, ни с сего? Почему только ее проверяют в фабричной проходной, а не других? Почему только ей не возвращают люди одолженные деньги? Каким образом она (невестка) это делает? Вы, конечно, в это не верите, тогда я и говорить не буду, однако пусть скажет моя мать или мой дядя, они скажут то же самое: ее подучили колдовству. И тем же методом, употребляя заговоры, я хотела дать отпор, — говорит больная, — но я теперь вынуждена на нее подать жалобу».

В процессе беседы больная смягчает свои формулировки, соглашается и с мнением врача, что «лучше смотреть на эти вещи, как на обычный бытовой конфликт с невесткой». Обещает пересмотреть свое мнение. Память, интеллект не нарушены.

4. Больной 20 лет. Отец с невысоким интеллектом, злоупотребляет алкоголем. Мать по характеру тревожно-мнительная. Родился первым ребенком (в семье трое детей). Во время беременности мать болела тяжелой формой гриппа. В раннем детстве у больного отмечалась предрасположенность к заболеванию детскими инфекциями; перенес корь, скарлатину, фурункулез, часто простуживался. Рос слабым ребенком, ходить начал к трем годам, говорить — к четырем, отставал в физическом развитии от сверстников. В школу пошел с 8 лет, плохо усваивал программу и был переведен во 2-й класс после двух лет учебы в первом, но заниматься не смог. Дальнейшее обучение проходил в спецшколе, где успешно окончил 7 классов и одновременно приобрел трудовые навыки. После школы устроился подсобным рабочим в магазин, выполняя в основном работу грузчика. На работе был старательным, исполнительным, однако при незначительном затруднении проявлял раздражительность, вспыльчивость. Друзья,

как правило, были на несколько лет моложе его. Любил играть с малыми детьми. Легко поддавался внушению, подчинению, из-за чего однажды совершил мелкую кражу. Не курит, алкоголь употребляет эпизодически. После принятия небольшой дозы алкоголя становится возбужденным, конфликтным.

Во время обследования предъявляет жалобы на головную боль. Хорошо ориентируется в месте нахождения, но не понимает, для чего существуют такие учреждения, как поликлиника, диспансер. Правильно называет год, но не знает числа, месяца, считает, что ему это незачем. Обладает знаниями на уровне первого класса, причем счетные операции выполняет в пределах 10, используя при этом пальцы рук, часто ошибается в решении несложных арифметических задач. Совершенно не ориентируется в основных текущих событиях в стране, объясняя это тем, что любит смотреть по телевизору только мультфильмы. С большим трудом и ошибками читает и пишет. Не понимает разницы между республикой и столицей (Минск называет республикой). Крайне ограничен запас слов, суждения примитивны. Не может запомнить двузначное число. На лице во время беседы часто появляется неадекватная улыбка. Страдает функция обобщения – не может сказать одним словом, что такое стул, стол, диван и др. Из прочитанной небольшой сказки не может запомнить ни одного персонажа, рассказать содержание.

Физическое состояние: умеренно выраженный инфантилизм. Неврологически – без особенностей.

5. Больной 43 лет, служащий. Развитие в детстве нормальное. Отец больного злоупотреблял алкоголем, мать нервная; в семье были постоянные ссоры. В детстве ничем не болел. В школу пошел с 8 лет, окончил 8 классов и сельскохозяйственный техникум. По специальности работать не стал, устроился в городе на крупном предприятии агентом по снабжению. Вел долго холостяцкий образ жизни, любил шумные компании, командировки, заводил случайные связи с женщинами, неумеренно употреблял алкоголь. По характеру – общительный, легко сближался с людьми, особенно с лицами со сходными интересами, но в своих привязанностях был непостоянен, на жизнь смотрел легкомысленно, стремился лишь к одному – получить максимум удовольствий. Года за два до поступления в

больницу стал ощущать недомогание, легкое уставание, головную боль, слабость. Эти явления нельзя было объяснить нагрузкой на работе. Они не проходили после отдыха и сопровождались нелепыми поступками. Так, например, исполняя служебные обязанности он, ничем не объясняя, приобрел для предприятия огромное количество китайских вееров, не давая себе в этом отчет. Стал нарушать предписания – порядок расходования средств, заполнения необходимых документов. Стал без всякого стеснения нецензурно выражаться, неаккуратно застегивался, надевал туфли на босую ногу. Ходил пошатываясь, размахивая руками и неровно передвигая ногами, с окружающими общался шумно с видом подвыпившего, развязно-веселого, грубо-циничного гуляки, затрагивал прохожих, заходил без стеснения в дома, вызывал на улицу людей, «желая устроить факельное шествие», гонялся за собакой, собирал конфетные бумажки, окурки, поднял валяющийся на земле соленый огурец с земли и стал есть его, на грудь прикреплял куски блестящей жести от консервных банок и разноцветные бумажки.

При поступлении в психиатрическую больницу написал карандашом на клочке бумаги крайне неровными, напизанными друг на друга буквами чек на 5 000 000 рублей и вручил врачу «на карманные расходы». Намеревался приказать за ночь построить через Двину мост из чистого золота. Заявлял, что имеет 40 000 жен и денег неисчислимое количество во всех банках мира. Считал себя председателем космического сената и владельцем всех акций мира. Плохо произносил слова: например, вместо «носовой платок» – «плотовой носок». Не мог в уме отнять от ста два раза по 12. Лицо больного маскообразно, зрачки не реагируют на свет.

6. Больной 40 лет. Отец погиб в автомобильной катастрофе. По характеру был уступчив, добродушен. Мать умерла от туберкулеза легких. Родной брат отца страдал алкоголизмом.

Больной в детстве рос и развивался нормально. Окончил 8 классов, затем сельскохозяйственный техникум (учился посредственно).

Работал зоотехником. Был мнителен, обидчив. Отслужив срок в армии, продолжал работать по специальности. Алкоголь до 22 лет употреблял умеренно (выпивал 1–2 ра-

за в месяц) в небольших дозах. Женился, имеет троих детей. Со слов больного, в связи с неприятностями на работе и семейными неполадками стал злоупотреблять алкоголем — «замачивал горе». Выпивал вначале 2–3 раза в неделю, в последние три года начались запои по 15–20 дней с небольшими перерывами (4–5 дней). С 24 лет опохмеляется. Явления похмельного состояния с каждым годом протекали все тяжелее. В последнее время после длительных запоев ухудшался сон, появлялись «кошмарные сновидения, неопределенные страхи». Из-за частых пьянок совершал прогулы, получал выговора. В семье стал непереносим, конфликтовал с женой, избивал детей, продавал вещи и деньги тратил на спиртные напитки.

Незадолго до поступления в больницу перенес воспаление легких, а за несколько дней до поступления много пил, на работе ему померещился мужской голос с упреками: «пьяница», «свинья», «семью разорил». Считал, что это специально подстроено. Придя домой, снова выпил, ночью плохо спал, появилась подозрительность, тревога, необоснованный страх, «услышал», что за окном двое мужчин говорят о нем, причем один обвинял его, угрожал, другой пытался защищать. Выскочил из дома, побежал к соседям, просил помочь ему, был возбужден. В таком состоянии был доставлен в психиатрическую больницу.

При поступлении в отделение вел себя несколько ажитированно. Ориентировка всех видов сохранена. Испытывал страх. Считает себя психически здоровым, а кажущиеся голоса принимает за реальные, объясняя их тем, что люди — «завистники», они хотят повредить ему на работе, в жизни. Постоянно слышит мужские голоса, иногда женский, который тоже бранит его, обзывает «развратником», «пропойцей». Во время беседы подозрительно к чему-то прислушивается, отвлекается, неожиданно прерывает разговор возгласом: «Когда, наконец, прекратят обсуждать меня, мои поступки?» — хотя об этом речь не шла. Интеллектуально-мнестические функции — без грубой патологии.

Со стороны внутренних органов была обнаружена болезненность в правом подреберье, установлено также, что печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги; систолический шум на верхушке сердца; пульс — 100 ударов в минуту, ритмичный; реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости — отрицательная.

Неврологически – тремор конечностей, в позе Ромберга – легкое пошатывание.

7. Больной 38 лет, инженер-технолог. Образование среднетехническое. Работал технологом на нефтеочистительном заводе. С детства отличался эгоцентричностью, позерством. Однажды был вовлечен в компанию пьяных людей. В результате завязавшейся драки было совершено убийство. Во время предварительного заключения в следственный изолятор, в камере-одиночке проявил странности в поведении. Состоялась беседа с врачом, который его спрашивал: «Где вы сейчас находитесь?». Больной ответил: «В ресторане «Бристоль»... На вопрос: «Сколько Вам лет?, ответил: «15 лет». На просьбу зажечь спичку движения подследственного напоминали действия ребенка, который первый раз в жизни взял коробок со спичками. На вопрос: «Сколько пальцев на руке?», ответил: «Четыре». В результате у врача сложилось мнение, что больной как бы не хочет замечать ни стен тюремной камеры, ни своего одиночества, не хочет знать, что осужден. Не хочет осознать гнетущую ситуацию. На прощание сказал врачу: «Благодарю за гостеприимство, как-нибудь загляну к Вам еще...»

8. Больной 33 лет. Отец злоупотреблял алкоголем, умер в 65-летнем возрасте от болезни сердца. По характеру был вспыльчив, груб, неуравновешен. Мать – спокойная, застенчивая, постоянно тревожная, мало давала ласки сыну. В детстве рос и развивался нормальным ребенком, был здоров. Окончил 8 классов, учился без напряжения. По характеру несколько замкнут, недоверчив. После школы поступил в станко-инструментальный техникум и успешно закончил его. Работал на заводе технологом. В течение трех лет служил в армии, затем вернулся на завод. На работе после незначительного конфликта с инженером «стал замечать, что окружающие как-то особо на него обращают внимание». Постепенно подозрительность усиливалась, нарастала тревога. Начал подвергать анализу свои черты характера, взаимоотношения с сослуживцами, родственниками. Отношения к близким, знакомым и родственникам изменились, появилась враждебность. Временами испытывал растерянность, чувствовал, что изменился сам, изменились люди, не понимал, что с ним происходит. Вскоре подозрительность переросла в уверенность в том, что за ним следит определенная группа

людей, которая готовит ему расправу. В связи с этим появилось чувство страха, ухудшился сон. Он «видел» своих преследователей на улице. Они подавали друг другу знаки. Мерещилась изогнутая спиралью проволока, обозначающая, что его «изогнут, скрючат». Прибегал к различным способам, чтобы избавиться от этих людей: менял место работы, место жительства, но они повсюду появлялись вновь. Решился обратиться за помощью в милицию, там вел себя странно, был возбужден, подозрителен, требовал немедленно оградить его от «врагов». В результате был доставлен в психиатрическую больницу.

В больнице вел себя встревоженно, считал, что «все это проделки шайки, которая решила с ним расправиться». Окружающих больных и персонал принимал за специально подосланных людей, считая, что они «только и ждут удобного случая, чтобы убить его». Сопrotивлялся и отказывался от приема назначенного лечения, манипуляций. Из разговора окружающих «слышал» угрозы в свой адрес, требовал отпустить его, так как «живым не дастся в руки» и «будет много крови». Во всем видел приметы расправы: «Почему его койка стоит под углом к остальному ряду кроватей? Почему сосед сказал «асфальт»?»

В дальнейшем, после выписки, не реже одного раза в год поступал в больницу (всего 5 раз), что было связано с повторением описанной выше клинической картины – испытывал страхи, опасение за свою жизнь, «слышал голоса преследователей», замечал «установленную за ним слежку». Состояние улучшения, в процессе которого больной постоянно находился на амбулаторном лечении, характеризовалось нарастанием замкнутости, безынициативности, равнодушия ко всему. Последние два года имеет третью группу инвалидности, работает разнорабочим.

Очередное поступление в больницу связано с тем, что на работе поругался с мастером цеха, требуя «прекратить преследования, издевательства над ним». В отделении вел себя настороженно, ко всему прислушивался, озирался по сторонам. По секрету сообщил врачу, что «среди больных и медперсонала есть враги общества и его личные враги», просил помочь ему скрыться, потому что «слышит», как они сговариваются его убить.

Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено, неврологически – без особенностей.

9. Больной 24 лет. Развивался нормальным ребенком. Брат длительно болен психически. Успешно окончил 8 классов. Относился к числу способных учащихся, но в то же время был медлительным, ничем не увлекался. Три года служил в Советской Армии. Служба давалась с трудом, ибо, как сам определял, «был внутренне замедленным и темп его не поспевал за жизнью». После армии в течение шести лет работал токарем на станкостроительном заводе. Характеризовался «добросовестным, но медлительным». В последний год часто стал обращаться за тем, «чтобы изменили ему работу на более легкую». Затем обнаружил «нечто малозаметное, необычное». Стал невразумительно изъясняться, предпочитал письменную форму. Мало ел, плохо спал. За несколько дней до госпитализации не выходил на работу, время проводил в постели. Перестал за собой следить, стал неряшливым, не умывался.

При поступлении в больницу был пассивен, вял, безынициативен, эмоционально тускл, монотонен, в контакт вступал формально. Объяснял пребывание в больнице тем, что «сам все понял и прозрел в особую сущность жизни. Переоценил все заново... Имеющие силу ошибаются в смысле. Они благодаря своей эрудиции и риторике окружили себя информационным барьером, а взаимоотношения людей подчинены закону силы информационного поля».

В отделении вел себя замкнуто, бездеятельно, ничем не занимался, не интересовался, был безразличен к родным, посетителям, ко всему окружающему. Пребыванием в психиатрическом отделении не тяготился. Говорил мало, только отвечал на вопросы, притом коротко, формально, общими фразами. Подолгу лежал в постели. Ел с неохотой, был неряшлив, не следил за внешностью, за постелью, сторонился больных, не принимал участие ни в каких разговорах. Ничего не читал, не увлекался играми. Контакта с лечащим врачом избегал, выпиской из больницы не интересовался.

10. Больной 23 лет. Родители здоровы. Наследственность психически не отягощена. В детстве развивался правильно. Болеет корью, скарлатиной, простудными заболеваниями. В школу пошел с 7 лет. Учеба давалась легко. Окончил 10 классов, поступил в институт. По характеру неуравновешен, мнителен. В 18-летнем возрасте была

травма головы с кратковременной потерей сознания, в больнице не лечился. Алкоголь употреблял эпизодически. Не женат. На пятом курсе института заболел болезнью Боткина, в связи с чем находился в течение месяца в инфекционной больнице. После выздоровления ощущал слабость, заметно похудел. В институте имел место конфликт с товарищем из группы, который, однако, быстро разрешился. Спустя неделю после выписки, началась сессия. Много готовился к первому экзамену, недосыпал. Экзамен сдал благополучно. В тот же день, в связи с приездом родственников, вечером выпил 150 грамм 40% алкоголя. Выйдя из дома через 20–30 мин, поднял с земли железный прут и пошел с ним по улице. Через некоторое время со словами «со всеми моими врагами так будет» ударил прутом первую встречную женщину по голове и, не оглядываясь, пошел дальше, успев травмировать еще двух женщин. Был задержан прохожими, оказывал при этом сопротивление. (Внешних признаков опьянения не обнаруживал.) Спустя 15–20 мин впал в сонное состояние. Проснулся через 1,5–2 ч будучи уже в милиции. Здесь он проявил полную ориентированность во времени, месте, в окружающей обстановке. Выразил непонимание того, как оказался в милиции. После того как ему рассказали о совершенном преступлении, сильно разволновался, не пытаясь оправдаться.

Клиническое обследование показало, что психическая симптоматика отсутствует, мышление логичное; память и интеллект не нарушены, критичен к своему состоянию и сложившейся ситуации. Соматически и неврологически – без особенностей.

11. Больной 45 лет. Рос болезненным ребенком. Одна болезнь сменялась другой – корь, пневмония, плеврит, скарлатина, паротит, ветрянка, дифтерия, грипп, отиты, частые простуды. Любил уединение, отличался мечтательностью, много читал. В ватаге детей из-за превосходства сверстников в активности, физической силе во всем им уступал, был боязлив, слабохарактерен. Предпочитал одинокие игры. Окончил 10 классов с перерывом вследствие войны. Во время войны семья терпела бедствия на оккупированной территории: голод, отсутствие жилья, беженство, угрозу расстрела. С возрастом указанные недостатки в характере и здоровье больного стали менее

выступать благодаря успехам в учебе, интеллектуальному превосходству в кругу людей, среди которых имел ряд преимуществ, обусловленных скорее оригинальностью собственного ума, чем знаниями. Хотя умственное развитие его было обычным, он всегда производил впечатление эффектной манерой держать речь, вести дискуссии. Успешно окончил технический вуз, поступил в аспирантуру. Женился, имел двоих детей. Писал диссертацию на соискание степени кандидата наук. В процессе подготовки к ее защите испытывал большие трудности – казалось стремление его «оригинальничать», а также оторванность темы от ведущей проблематики вуза. С большими задержками и массой неувязок проходило оформление диссертации. Автор нервничал, бросал и начинал заново, трижды переписывал. Защита все-таки состоялась и прошла успешно, хотя соискатель «весь был издерган и измотан».

Вскоре на него внезапно обрушились беды: ВАК не утвердил диссертацию, а незадолго до этого в автомобильной катастрофе погибла жена, всегда глубоко убежденная в исключительных способностях мужа, его незаурядном таланте. С большим потрясением пережил он «свой стыд и позор» и утрату самого близкого человека – «главную опору его самоутверждения». Впал в безысходное отчаяние, уныние, тоску, «жизнь его потеряла всякий смысл». Появилось самоуничижающее чувство собственной непригодности, стал презирать себя, называя «идиотской тварью», «трепачом», «заведшим в заблуждение людей в отношении своей особы», «болтуном и фантазером», «моллюском» и т.д. На работе перестал вникать в производственные дела, рассеянно выслушивал людей, не следил за внешностью, долго просиживал на одном месте. Ночью не ложился спать, стоял у окна или ходил по комнате, потерял аппетит. Такое состояние длилось около шести месяцев, затем начал приходить в норму: «перестроился и перероентировал себя на новый лад», «усмотрел путь и новые возможности жизни, отдалил себя от неприятностей...»

12. Больная 29 лет. Отец здоров, по характеру спокоен, уравновешен. Мать тревожно-мнительная. Брат отца – психопатическая личность. Родилась в срок, росла и развивалась нормально. Окончила 10 классов. Перенесла воспаление легких, болезнь Боткина. Была подвижной,

общительной, много читала. После школы окончила политехнический институт, работала инженером. Замужем, имеет ребенка; спустя 8 месяцев после его рождения, в 24 года, почувствовала какую-то легкость, жизнерадостность. Решила съездить в соседний город к родственникам. Во время поездки появилась повышенная говорливость, вмешивалась в любые разговоры, была весела и беззаботна, кокетлива, ей «хотелось всем помочь». Встретившие родственники заметили в ней чрезмерную веселость, говорливость, подвижность. Ночью она не могла заснуть, была активна, всех заражала своим весельем. В связи с подозрительной возбужденностью ее, пытавшуюся ночью уехать на поезде к другим родственникам, доставили в психиатрическую больницу.

В больнице отличалась тем же повышенным настроением, все время шутила, смеялась. Добиться связности речи не представлялось возможным. Больная часто отвлекалась от темы, говорила быстро, одна незаконченная мысль сменялась другой, смежной по ассоциации. Во время беседы могла запеть, начать танцевать. В отделении вмешивалась во все дела, бралась за любую работу, но не оканчивала ее, все время находилась в движении. Много говорила о себе, своих достоинствах, преувеличивая их и считая себя «самой красивой женщиной в мире», обнажившись, могла рассказать о своих любовных похождениях. Называла себя «первой актрисой мира». Декламировала стихи из своих школьных лет, рифмовала и сама.

Соматически и неврологически: патологических изменений не обнаружено.

Спустя год после выписки, снова оказалась в больнице со сходным состоянием, когда без видимых причин появилась веселое настроение, повышенная активность и подвижность. В промежутках между приступами болезни продолжала работать инженером, хорошо справлялась со своими обязанностями.

В последнее время причиной поступления в больницу служило расстройство сна на фоне радужного настроения, повышенной активности. В отделении была многоречива, легко вступала в контакт с окружающими, полностью ориентирована. Ускоренный темп речи обычно сопровождался богатой мимикой. Больная утверждала, что она совершенно здорова, что смогла бы «горы сдвинуть», а ее

держат в больнице. Возмущение быстро сменялось веселым настроением. Быстро перезнакомившись со всеми больными, решила создать «больничный хор». Считала себя «великим дирижером», требовала подчинения, в волосы вплетала цветные бумажки, пыталась курить. Разучивала с больными танцы, громко смеялась, пела. Отмечена гипермнезия.

13. Больной 44 лет. Отец умер от туберкулеза легких, по характеру был угрюм, неразговорчив. Мать здорова. Дядя по линии матери психически болен, умер в психиатрической больнице.

Больной в детстве развивался нормально. Перенес корь, простудные заболевания. Окончил 7 классов, учеба давалась легко. Из-за неуравновешенного характера трудно сходилась с людьми, мало имел друзей. С 15 лет работал в колхозе – вначале учетчиком, затем бригадиром, в последние несколько лет – разнорабочим. Женат, имеет двоих детей. С 12-летнего возраста появились судорожные припадки с потерей сознания, не помнил, что с ним происходило с момента наступления припадка. За несколько лет до первого припадка наблюдалась быстрая смена настроения, часто отмечался депрессивный оттенок, в таком состоянии убегал из дома в лес. Работая бригадиром, нередко выпивал. Если судорожные припадки до выпивок почти не имели места (иногда по ночам), то после них они участились. Однажды, падая во время припадка, тяжело ушиб голову, по поводу сотрясения мозга лечился несколько дней в стационаре. В характере больного появились черты злобности, жестокости, несдержанности, в связи с чем однажды ударил подчиненного. В результате был отстранен от должности бригадира. Жена отметила, что с ней и с детьми иногда бывает очень ласков, обходителен, старается создать благополучие в доме; временами же без причины становится грубым, злым, избивает детей. Как-то в летнее время после трудоемкой работы на сенокосе пришел домой возбужденный, говорил не по существу, испытывал страх, тревогу. В связи с этим был доставлен в психиатрическую больницу, где при опросе проявил себя неконтактным, вскакивал, стремился куда-то бежать, сопротивлялся обследованию. Установлено, что больной дезориентирован во времени и месте. При беседе бессвязно

кричал: «Пытать, дьяволы, застрелю!» Потом, несколько успокоившись, спрашивал: «Неужели не видите потока крови? – Вот она, вот!» И тут же угрожал окружающим. В отделении вел себя настороженно, к чему-то прислушивался, оглядывался. С криком «не отравишь!» выбил тарелку из рук медсестры при попытке накормить его. По ночам спал плохо.

Под воздействием лечения психомоторное возбуждение исчезло. В психическом состоянии отмечена замедленность, детализация мышления, двигательная заторможенность. Со слов самого больного такие изменения появились у него лет 10–12 назад.

Неврологическое состояние без особенностей. Соматически здоров.

14. Больная 27 лет. Развитие в детстве без особенностей. Перенесла корь, скарлатину, позже были частые ангины, простудные заболевания. В школу пошла с 7 лет, окончила 8 классов. Учеба давалась легко. Дружеские отношения с товарищами заводила неохотно, обществом шумной компании ребят тяготилась. Росла робким, застенчивым, прилежным ребенком. Часто посещала кино. Была экзальтированной, романтической, «влюбилась позарез» в одного десятиклассника. Успешно окончила школу медсестер. Вышла замуж за военнослужащего. Имеет одного ребенка, несколько лет работала по специальности. Отношения с мужем хорошие.

Незадолго до госпитализации в психиатрическую больницу в отделение, где она работала, поступил на лечение по поводу бронхиальной астмы один рабочий, о котором было известно, что он находился 7 лет в заключении за ограбление. Этот больной часто грубил медперсоналу, а однажды, где-то напившись алкогольных напитков, учинил в больнице дебош. Была вызвана милиция, составлен протокол. Свидетельницей происшествия выступила наша больная. После оформления дознания больной, учинивший скандал «рецидивист и бандит» пригрозил ей: «Ты еще узнаешь!» Через несколько дней она стала бояться ходить по улице, особенно в ночное время. В более безлюдных местах бежала, часто оглядывалась. Да и днем ей казалось подозрительным, если кто-то в толпе касался ее сумочки или плеча. Часто «ощущала», что какие-то незна-

комые мужчины следовали за ней. Вскоре прекратила выходить на улицу, сидела в квартире на замке, выглядывая с тревогой из окон и прислушиваясь к шороху за дверями. Мужу рассказала «всю историю» и для убедительности указала на «типа», который, подняв воротник, покуривал возле уличного фонаря как раз напротив их подъезда. Муж согласился с тем, что ее преследуют, чтобы отомстить. Тогда ради проверки они проехали вдвоем в трамвае, и муж «наблюдал, как в трамвай вошел один из тех и взялся за поручни ее сидения. Когда же она поднялась и быстро вышла из трамвая, он также соскочил через заднюю площадку и пошел вслед за ней».

Во время обследования больная была общительна, говорила с выраженным волнением. Охотно сообщила все детали происшествия, вела себя активно. Интеллектуально сохранена. Через две недели пребывания в больнице успокоилась, перестала считать пережитые ею события серьезными, допускала мысль, что речь идет о случайном впечатлении от случайно встреченных ею лиц.

15. Больной 85 лет. Отец умер в 65 лет от сердечной недостаточности, по характеру был спокоен, уравновешен. Мать мнительная, вспыльчивая, обидчивая женщина. Родной брат матери страдал алкогольной зависимостью.

Больной развивался нормальным ребенком. Перенес детские инфекции. Окончил 8 классов, учеба давалась легко. По характеру был добродушен, мягок, отличался некоторой самоуверенностью. После школы работал на заводе, а затем, окончив курсы шоферов, водителем в автопарке. Алкоголь начал употреблять с 18 лет, вначале эпизодически, объясняя это желанием «не отставать от взрослых», «для смелости». Служил в армии в течение трех лет. После службы вновь работал шофером. Женился, имеет двоих детей. С 23 лет стал злоупотреблять алкоголем: выпивал вначале 3–4 раза в месяц, затем 2–3 раза в неделю. Пьянел от 500–700 г 40% алкоголя. Спустя два года перестал контролировать количество выпиваемого алкоголя, по утрам опохмелялся в связи с появлением тремора рук, плохого настроения. Приходил на работу в нетрезвом состоянии, был отстранен от должности шофера и стал работать автослесарем.

Злоупотребление алкоголем приводило к частым конфликтам в семье. Дома не отдавал деньги, будучи пьяным

устраивал скандалы, дважды находился в медвытрезвителе. В последнее время стал выпивать почти ежедневно. Промежутки между пьянством сократились до 1–2 дней. Часто совершал прогулы, неоднократно менял места работы. Все интересы сводились к тому, чтобы достать денег на выпивку. Стал пьянеть от 150–200 г водки. В состоянии опьянения был крайне раздражителен, конфликтен. Несколько раз после длительных запоев нормальный сон нарушался и сопровождался устрашающими кошмарными сновидениями. За несколько дней до поступления в больницу, после очередного запоя, сон стал прерывистый, беспокойный. Появились неопределенные страхи, неусидчивость, суетливость. У жены спрашивал, не замечает ли она в комнате каких-нибудь животных. Ночью вскакивал, пытался выпрыгнуть из окна, в связи с чем был доставлен в психиатрическую больницу.

В отделении вел себя беспокойно, не понимал, где находится, не мог сказать, какое сегодня число, год, месяц. Со страхом смотрел на врача, больных, что-то шептал. Внезапно вскакивал, смотрел под стол, топтал кого-то воображаемого ногами и взволнованно спрашивал: «Неужели не видите? Не угрожайте, пощадите меня». Установить с больным продуктивный контакт не удавалось. Он часто отвлекался – на чистом листе бумаги видел буквы и начинал читать.

Обследованием установлено: лицо гиперемировано, пульс – 150 ударов в минуту, выраженный тремор всего тела, профузный пот, температура 38,1 °С, артериальное давление 130/95 мм рт. ст. Неврологически – без особенностей.

16. Больной 38 лет. Рос в семье служащих. Был робким, застенчивым, молчаливым, замкнутым ребенком. Брат отца покончил жизнь самоубийством. Мать – женщина мнительная, пугливая, нерешительная. Будучи еще ребенком, ужасно боялся насекомых. Завидя муху, кричал, «заходясь до синевы». Панически боялся солнечного света и особенно четко вырисовывающегося в тучах солнечного диска. У него возникало ощущение ослепления и сжигания всего вокруг. Дружить с детьми отказывался из-за боязни, что «его побьют». Один раз пробовал подраться, но внезапно ослабела рука, подкосились ноги.

Когда за ним погнался петух, пациент сразу упал наземь. Боялся углей, горящих в печке, уколов. В школу пошел с 7 лет. Проявил способность к рисованию. Когда ему читали книгу, тут же зарисовывал эпизоды и сцены из нее. Был музыкален. Однако и в школе был пуглив – не выходил на переменах в коридор, боялся бойких мальчишек, толкания во время беготни, чрезмерно болезненно воспринимал удар волейбольным мячом, брошенным резко. Любил читать про морские путешествия. Успешно окончил 10 классов. Отличался уступчивостью, податливостью. Предпочитал посторониться, дать дорогу более решительным и напористым (например, в очереди при посадке в транспорт и т. д.). В высшее учебное заведение поступить мог, но отказался ехать сдавать экзамены – трудности казались ему непреодолимыми, боялся провала. Из-за излишней застенчивости отказался встречаться с девушкой, которая ему нравилась. Он боялся, что она сочтет его «слабаком». Окончил бухгалтерские курсы, работал в сберегательной кассе. Предпочитал общество стариков, а многолюдности избегал – не знал, как себя вести. Быстро утомлялся на работе, часто появлялась вялость, болела голова. После отдыха, сна чувствовал себя хорошо. Легко поддавался самовнушению, особенно если случалось несчастье, кто-то тяжело заболел или умирал. Женился поздно – в 36 лет. В семье лидировала жена, и он ей во многом уступал.

Был направлен невропатологом к психиатру, когда после длительной командировки пожаловался на чувство «прикованности ног к полу», необходимость при движении наклоняться с усилием вперед, «как будто нужно пройти стену».

17. Больной 22 лет. Отец и мать здоровы, по характеру спокойные, уравновешенные люди. В детстве рос и развивался нормально, не отставал от сверстников. В школу пошел с 7 лет, окончил 10 классов, учеба давалась легко, любил технику. В школьные годы болел воспалением легких, перенес аппендэктомию. Был общителен, добродушен. После школы поступил в машиностроительный институт. Алкоголь употребляет эпизодически (в последнее время несколько чаще), не курит. Не женат. Будучи на последнем курсе, перед сессией много работал, недостаточно питался.

За несколько дней до поступления в больницу повысилась температура до 38–39 °С, почувствовал слабость, недомогание, озноб, появились сильные головные, боли, насморк, кашель, сон стал тревожный, возникло неопределенное чувство страха. При поступлении в психиатрическую больницу проявил дезориентированность во времени и месте, резко выраженное психомоторное возбуждение. Много говорил, стремился куда-то бежать, сопротивлялся при обследовании. Считал, что его окружают враги, слышал, как они о нем говорят, указывал на них: «Вот они, вот», хотя вокруг никого не было. Защищался от кажущейся опасности, разговаривал с несуществующими исследователями. Испытывал неприятные ощущения в теле – «как будто кто-то кожу приподнимает». Больной не всегда понимал обращенные к нему вопросы, неадекватно улыбался, производил стереотипные движения. К окружающим относился настороженно, подозрительно.

При осмотре соматически: зев гиперемирован, легочное дыхание справа несколько ослаблено, пульс 98 ударов в минуту, ритмичный, в крови лейкоцитов $12 \cdot 10^9$. Неврологически – без особенностей. После проведенного лечения, через 8 недель, больной был выписан в хорошем состоянии.

18. Больной 30 лет. Отец погиб на войне, мать умерла от туберкулеза. Воспитывался в детдоме. В школу пошел с 7 лет. Учился хорошо. Был настойчив, крайне упрям. Личное мнение отстаивал без всяких компромиссов. Никогда не признавал себя виновным, неправым. Любил вступать в пререкания, бесконечные словопрения. Мог придираться к собеседнику из-за мелочи и доискиваться, почему тот именно так сказал или так сделал. Окончил 10 классов. В 19 лет был призван в армию. Служил в пограничных войсках. Армейская служба его удовлетворяла своей четкой размеренностью, упорядоченностью, прямо-той и ясностью требований. Даже отличился на службе благодаря своей педантичности, прямолинейности, настойчивости. Не курил, алкоголь не употреблял. После армии был рекомендован в юридический институт по линии службы в госбезопасности, но в скором времени был отчислен по несоответствию, ибо отличался склонностью к безудержным словопрениям, неумной критике существующих в вузе порядков и поведения преподавателей, вы-

давал секреты. После этого стал разъезжать по городам, ходил по инстанциям, доказывал свою правоту. Обладая высокими самомнением, уровнем притязаний, выдавал себя за «жертву произвола властей» и «борца за правду». Несмотря на активно принимаемые меры по трудоустройству, считал, что его «лишают места, лишают возможности трудиться и приносить пользу из-за его убеждений, из-за его правоты». При этом подчеркивал свою необеспеченность, гонение, чинимое администрацией того или иного предприятия в отношении его. Писал множество жалоб. Даже если не было на то причины, найдя повод, провоцировал конфликт. Товарищи его сторонились, ибо «он не такой, как другие, все жалуется на плохие условия, в которых живет, что нет возможности угостить людей, что его преследуют за правду».

На приеме у психиатра больной был подчеркнута вежлив, корректен. обстоятельно и многословно изложил историю своих «заключений и мытарств». Изобразил дело так, что «он – человек справедливый и не нарушающий конституционный правопорядок – подвергается преследованию и гонению властей».

Больной жестко прямолинеен, не терпит возражений, в противном случае аффектируется, повышает голос. Приводит множество пояснений, фактов, дополнений к уже сказанному. Память, интеллект у больного не нарушены.

19. Больной 30 лет. Отец погиб на фронте. По характеру был спокойным, уравновешенным. Мать вспыльчива, властолюбива, пристрастна к алкоголю. Сестра матери страдает психическим заболеванием.

В детстве развивался нормально. Болел корью, скарлатиной, воспалением легких. Окончил 8 классов, успеваемость была средней. С 15 лет начал трудовую деятельность, работал на заводе слесарем. Отличался стеснительностью, в то же время был достаточно общителен и настойчив. Два года служил в рядах Советской Армии. Затем работал на Сахалине рыбаком. В 26-летнем возрасте, во время плавания на корабле, вдруг стал замечать, что в кубрике появился неприятный запах, решил, что он исходит от него самого, так как в последнее время испытывал неприятные ощущения со стороны различных частей тела. Начал подозревать, что это «проделки» кого-то из экипажа. Появилась недоверчивость к людям, стал избегать общения с

ними. Ночью слышал голоса. Они отличались от реальных тем, что звучали «как в телефонную трубку». Возвратившись на берег, уволился, но неприятные запахи, ощущения «ползания мурашек» по телу не прекращались. Усилились голоса, которые ругали, «заставляли думать так, как им хотелось, гоняли его мысли». Не выходил из дома, был насторожен, не спал. Госпитализирован в психиатрическую больницу.

В отделении был напряжен, недоверчив. Свое состояние связывал с тем, что ему во сне подключили какую-то аппаратуру, она якобы и руководит его действиями, поступками, угадывает его мысли, которые он сам не ощущает, а окружающие знают о них. С целью «обозлить людей» против него сделали так, чтобы «от тела исходили неприятные запахи, ему показывают различные картины, которые он видит «внутренним взором». Иногда чувствует, как кто-то говорит его голосом помимо его воли.

После проведенного лечения стал критически относиться к перенесенному, однако появилась еще большая сдержанность в проявлениях эмоциональных реакций, замкнутость. Во время улучшения состояния продолжал работать, находясь под наблюдением в психиатрическом диспансере. Спустя 3,5 года повторно поступил на стационарное лечение, в связи с тем что дома ощущал страхи, замечал особое к себе отношение. Постоянно слышал в голове два голоса – мужской и женский, которые переговаривались между собой, «мешали думать». В отделении был злобен, требовал «отключить аппаратуру», не делать из него «импотента», «робота».

Эмоционально – неадекватен. Неврологически – без особенностей. Соматическое состояние удовлетворительное.

20. Больной 80 лет. Рос и развивался нормально. Психопатологически наследственность неотягощена. Окончил до революции приходскую школу. Участвовал в Первой мировой и гражданской войнах. Учился на рабфаке, работал в строительной бригаде, затем на должности директора льнокомбината. Переболел малярией, сыпным тифом. Имел травму головы с потерей сознания. В 48 лет был оперирован по поводу паховой грыжи. В 56 лет умерла жена. В молодости злоупотреблял алкоголем, много курил. С 55-летнего возраста страдает радикулитом. Имеет троих взрослых детей. Пенсионер, проживает с дочерью, у

которой двое детей, муж работает на автобазе, живет в коммунальной квартире из трех комнат.

Был деятельным, самоуверенным, общительным, пользовался широкими связями с должностными лицами, совершал всевозможные сделки. Допускал неверность супруге, часто возникали раздоры, «но всегда выходил гладко». В возрасте 65 лет в характере стала проявляться сварливость, брюзжание, начал обвинять близких в том, что они ему «жалеют еды, попрекают куском хлеба, не считаются с ним и его не уважают». Ругал дочь за излишнее расходование денег, прятал свои деньги в тайнике, расходуя их бережливо, покупая самые дешевые вещи. Ночью вставал, сутился, проверял, не унесла ли невестка, которая накануне приходила в гости, две мельхиоровые ложки. Отказывался одевать давно приобретенные новые хромовые сапоги, считая, что «еще будет подходящий случай» для этого. Вмешивался в семейные дела дочери, усердно давал советы и пытался руководить всеми. В беседе говорил неумолчно, не давая собеседнику слова, утомляя своими разговорами о прошлой жизни, события которой вспоминал детально, с наслаждением. Подробно описывал военные эпизоды, как «под Ростовом шли с боями». Но часто забывал то, что происходило в последнее время, не помогали и неоднократные напоминания. Порицал все современное – манеры, моду, поведение молодежи, товары, превозносил старое. Рассеянно искал свои вещи, не замечая их, а отыскав, связывал в узел и сторожил. Делал большие запасы продуктов.

Накануне поступления в больницу стал уверять, что «квартиру обворовали соседи, что его лишили пенсии, хотят выселить, увезти за город и выбросить на свалку». В момент поступления не мог назвать улицы и номера дома, в котором живет, не знал число, время года, объясняя с брюзжанием, что не имеет календаря и не выходит на улицу, поэтому и не может сказать номер дома. Злился, считая, что «его принимают за мальчика», он же еще в состоянии «занимать большой пост и способен как мужчина».

21. Больной 36 лет. Отец хронический алкоголик, умер в 49 лет в психиатрической больнице, по характеру был злобный, деспотичный. Мать – слабовольная, легко ранимая женщина.

В детстве развивался хорошо. Перенес детские инфекции. Окончил 10 классов, учился посредственно, любил математику. Был молчалив, скрытен, сдержан. После школы поступил на курсы бухгалтеров, по окончании которых все время работал по профессии. Взрослым болел брюшным тифом. Женился в 26 лет, имеет двоих детей. Злоупотреблять алкоголем начал с 20 лет. «Сам не заметил, как пристрастился к выпивкам, «дружки сманили». Онохмеляется с 22 лет. Вначале пьянел от 200–800 г 10% алкоголя, затем, через 5–6 лет, – от 600–1000, а в последние 2–3 года от 100–150 г. Постепенно в характере больного появились такие черты, как вспыльчивость, несдержанность, конфликтность, что приводило к неприятностям на работе.

Однажды во время выпивки, спустя три года после женитьбы, сослуживец по работе сказал, что несколько раз видел его жену с одним и тем же мужчиной. Решил, что жена ему изменяет. Придя домой пьяный, устроил скандал, требовал признания и верности. После этого пытался поймать жену «с поличным», следил, когда она уходила и приходила, часто звонил на работу. Потребовал, чтобы в доме не появлялся ни один мужчина, соседи, запретил жене ходить в магазин, к подругам. Настроение было тревожное, подавленное. Постоянно обвинял жену в измене, а после принятой дозы спиртного угрожал. Иногда прячется под кроватью, в шкафу, чтобы выследить любовников. Заставлял ребенка (от другого отца) требовать верности от матери. Жена, не в состоянии терпеть скандалы, обвинения, выпивки мужа, обратилась в милицию. В милиции был возбужден и продолжал доказывать, что это в интересах любовников упрятать его в тюрьму. В связи с ненормальным поведением был доставлен в психиатрическую больницу.

В отделении вновь приводил свои доводы в отношении неверности жены. Рассказывал, что сам однажды «слышал» как она за дверью разговаривала с любовником, но не успел поймать его, так как тот выскочил через окно. Говорил о «развратном» образе жизни жены, был взволнован, жестикулировал. Ориентировка всех видов сохранена. Память и интеллект – без грубой патологии. Неврологически – тремор рук, век. Соматически – пульс 110 ударов в минуту, ритмичный, незначительный систоличе-

ский шум на верхушке при аускультации сердца. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. Незначительная болезненность в эпигастральной области.

22. Больная 44 лет. Родилась в семье военнослужащего в Ленинграде. Отец погиб на фронте во время Великой Отечественной войны, осталась одна у матери. Мать чрезмерно ее опекала, проявляя тревожную озабоченность. Девочка по характеру была впечатлительной, робкой. Окончила 8 классов и индустриальный техникум. Училась на отлично. Была развитой, начитанной. В мечтах строила большие планы на жизнь, исполненные романтики, но часто отказывалась их реализовать из-за боязни «провала». Предметы изучала прилежно с излишней скрупулезностью, хотя не имела ко многим из них никакого интереса. Изнуряла себя избытком информации, чтобы лучше понять материал, избежать укоров совести. Обвиняла себя в праздности и лени. Пыталась изучить психологию, философию для личных целей, ибо ее тревожила мысль, что если своим промахам и недостаткам не найдет объективных причин, то у нее усилится чувство ответственности и вины. Склонна к самоанализу. После учебы работала инженером-технологом на заводе. Замужем, имеет 2 детей.

Заболела в 36 лет. Болезнь связывала с переутомлением на работе и неполадками в семье (муж грубо с ней обращался). Стала угнетенной, появилось чувство безысходной тоски и отчаяния, внутренней скованности. Упрекала себя в том, что не в состоянии сама думать, решать, что «вся целиком в судьбе», ей казалось, что «люди считают ее виноватой», что «у людей к ней такое чувство, будто она шпионка и предательница». В лицах людей, их жестах, словах ощущала осуждение, то же было и в воспоминаниях. Больная с ужасом представляла, что все ее «гадкие» черты лишили ее выбора в жизни и она могла располагать лишь самым постыдным, что она даже бессильна это опротестовать, что вся жизнь прожита бесполезно, преступно, а теперь она, как все думают, «связалась с предателями Родины, влипнув в свою судьбу, как гнусное доисторическое насекомое в янтарь, не имея никакой возможности даже покончить жизнь самоубийством».

В стационаре больная была глубоко заторможена, с трудом отвечала на вопросы, сидела склонив голову, с не-

подвижным взором. После проведенного лечения выздоровела и продолжала работать инженером-технологом. С работой справлялась. Жалоб на состояние здоровья не предъявляла. Оставалась деятельной, активной, эмоционально живой в течение двух лет, затем заболевание повторилось. Был отмечен резкий упадок настроения, появилось чувство самообвинения, отсутствия значимости «мелких, случайных» событий. Стала замкнутой, старалась уйти от общения. Через три недели лечения у больной начало обнаруживаться улучшение состояния, она стала критично относиться к своему прошедшему заболеванию, восстановилась жизненная активность. Была выписана и вернулась к прежней должности. Затем снова наступил рецидив болезни. Заболевание имело место и в возрасте 40 лет. Оно длилось в течение двух месяцев. Больная после выздоровления отнеслась критически к перенесенному состоянию, снова успешно справлялась с прежней работой, активно исполняла и домашние обязанности, однако ощущала зависимость, подчиненность, стремилась к уединению, занималась самоанализом. Проявляла повышенное беспокойство о своем здоровье.

23. Больная 42 лет. Родная сестра находится в интернате для душевнобольных. Отец умер в 65 лет от рака желудка, по характеру был спокоен, застенчив. Мать — раздражительная, вспыльчивая женщина, умерла в 63 года.

Больная развивалась нормально. В детстве болела скарлатиной, малярией. Окончила 10 классов, учеба давалась легко, была приветлива, отзывчива, подвижна. После школы поступила в пединститут. Закончив его, работала преподавателем. Замужем, родила двоих детей. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Отношения в семье хорошие.

В 30-летнем возрасте, спустя год после рождения второго ребенка, было замечено значительное ухудшение настроения без объективных причин, появилась какая-то тоска, пропал интерес к любимой работе, на уроке была задумчива, рассеянна. Считаясь хорошей хозяйкой, преданной матерью, вдруг перестала уделять внимание дому, семье, рассуждая, что «все это не нужно и бесполезно», «все валится из рук», «очень тяжело все делать». Приходя с работы, большую часть времени проводила в постели, неохотно, тихим голосом отвечала на вопросы

мужа, сама не могла объяснить, что с ней случилось. Со слезами на глазах утверждала, что она никому не нужна, «лишняя в мире».

При поступлении в больницу отмечено сохранение всех видов ориентировки. Во время беседы с врачом сидела, опустив голову, с печальным выражением лица. На вопросы отвечала тихим голосом, медленно, на глазах часто проступали слезы. Обвиняла себя в том, что плохо воспитывала детей, недобросовестно относилась к работе. При этом приводила незначительные примеры своих проступков — «опоздала к началу занятий», «не приготовила вовремя обед» и т. д. Считала, что она ни на что не способна, «недостойна жить», так как приносит всем только горе — «все люди от меня страдают».

В период пребывания в отделении большую часть времени могла сидеть или лежать в постели, часто плакала, в контакт почти не вступала. Сделала попытку покончить с собой. Отказывалась от приема пищи, не спала, жаловалась на «тяжесть в области сердца — как будто камень».

Соматически — состояние, соответствующее пониженному питанию, тоны сердца приглушены, брадикардия, артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Неврологически — сухожильно-периостальные рефлексy несколько снижены.

После проведенного лечения через три месяца была выписана. Продолжала работать по своей профессии, легко с ней справлялась. Сходные с вышеописанным состоянием повторились дважды: спустя 5 лет и 4 года, когда без видимых причин, появлялось гнетущее настроение, вялость, заторможенность, нежелание жить. После проводимого лечения продолжала работать педагогом. Снижения интеллектуальных способностей не отмечалось.

24. Больной 34 лет. Мать умерла от рака молочной железы в 46-летнем возрасте. Рос и развивался нормально, в детстве ничем не болел. В школе учился легко и успешно. Окончил 10 классов и политехнический институт. Работал на строительстве крупной электростанции. Женат. Приобрел личный автомобиль. Однажды, выехав за город, потерпел аварию. Был доставлен в больницу в бессознательном состоянии. Через 4 ч пришел в себя, но не был в состоянии проделать какое-либо умственное упражнение, физическое усилие; не мог вспомнить ни одного факта или события, совершившегося за несколько недель до катаст-

рофы. Жаловался на сильные головные боли, головокружение, звон, шум, тяжесть в голове. Наблюдалась повышенная потливость, гиперемия или же бледность лица. Больной испытывал ощущение то жара, то холода в конечностях, отмечался акроцианоз. Зрачки были неравномерны, отмечалась невозможность конвергенции глаз. В течение ряда лет (3–4 года) больной обнаруживал высокую умственную истощенность, непереносимость воздействия обычных раздражителей, вегетативные расстройства, изменение характера – стал легко возбудим, бурно инфектировался. Затем наступали периоды благодушной веселости, эйфории. Спустя 5–6 лет у больного стала проявляться вялость, снижение инициативы, аспонтанность, пропали всякие побуждения, интересы, появились признаки очагового поражения ЦНС: анизокория, сглаженность правой носогубной складки, анизорефлексия, отсутствие аппетита, формальное общение с родными и знакомыми, равнодушие к себе. Подолгу лежал неподвижно в кровати, укрывался с головой одеялом и ни на кого не обращал внимания. Отмечалась полная невозможность привлечь и сосредоточить внимание больного на каком-либо предмете. Такое состояние было стойким длительное время, но отмечались и периоды улучшения, сопровождавшиеся лишь частыми головными болями, головокружением, слабостью активного внимания.

Глава 16. КОНТЕНТ-АНАЛИТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Из приведенных в таблицах 25 описаний отдельных психопатологических расстройств выбрать 5, относящихся к одной группе симптомов, синдрому или заболеванию, которые соответствуют поставленным в конце задания обобщенным вопросам, и дать каждому из них терминологическое определение.

Таблица 1

1. Образование ложных суждений и умозаключений о том, как окружающие люди стали плохо к больному относиться.

2. Полное отсутствие смысла в речи больного при сохранении ее грамматического строя.

3. Потеря способности запомнить текущие события.

4. Стремление к воровству при осознании нелепости и предосудительности подобного акта, сопровождающееся внутренним противоречием, раздваиванием.

5. Насыщение речи мелочной, подробной детализацией малосущественных, но относящихся к сути фактов. Застревание на одной теме.

6. Отсутствие любых эмоциональных переживаний.

7. Подмена общих понятий окружающими предметами, а предметов, явлений, событий – отвлеченными знаками, метками, образами.

8. Возникновение болезненного искаженного отношения мысли к действительным, но случайным фактам, придание им иного, особенно важного смысла.

9. Влечение к поджогам при наличии сопротивления воли и осознании безрассудства подобных актов.

10. Потеря способности восстановить в памяти события, предшествовавшие повреждению головного мозга.

11. Возникновение эмоций, противоположных соответствующим данной конкретной ситуации.

12. Ложные умозаключения больного о том, что кто-то подвергает его тело и мозг физическому воздействию на расстоянии.

13. Злобно-тоскливое настроение, часто возникающее пароксизмально.

14. Вторжение в сознание (помимо воли) желания запомнить имена, фамилии, названия учреждений, городов, рек и повторять их вслух.

15. Образование ложных суждений и умозаключений о собственном ничтожестве, греховности, порочности, малоденности.

16. Возникновение ассоциаций часто по созвучию, течение их ускоренное, поверхностное, с преждевременным переходом к другой, но смежной теме.

17. Стремление больного рассказать в различных вариантах вымышленные события часто фантастического характера.

18. Появление в сознании одновременно двух противоположных чувств (например, любовь и ненависть).

19. Боязнь стесненного пространства, закрытых помещений при критическом отношении к подобным переживаниям.

20. Стремление к демагогии, бесплодному мудрствованию по любому поводу.

21. Нарушение точности в определении времени действия реальных событий или добавление к ним вымышленных эпизодов.

22. Отсутствие возможности удерживаться от чрезмерных и бурных проявлений, адекватных эмоций по любому незначительному поводу.

23. Безудержное влечение к путешествиям, странствиям.

24. Облегченное по сравнению с нормой воспоминание фактов прошлого опыта.

25. Возникновение у больного ложных идей о том, что у него сгнили или вообще отсутствуют некоторые части тела.

Вопросы

I. Расстройства мышления по форме и течению мыслительного процесса.

II. Нарушения памяти.

III. Расстройство эмоций.

IV. Навязчивые явления.

V. Виды бреда.

Таблица 2

1. Голоса «внутри головы», с которыми больной ведет замкнутый диалог.

2. Радостное, болезненно приятное настроение.

3. Болезненное переживание собственной эмоциональной холодности.

4. Появление беспричинного отрицательного отношения больного ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления, противодействия.

5. Преувеличение собственных способностей и достоинств, мнение о собственной исключительности.

6. Отсутствие воспоминаний об ограниченном фрагменте событий из жизни.

7. Наплыв мыслей, которые имеют «принудительный» характер.

8. Облегченное и обостренное воспоминание.

9. Угнетение, замедление ассоциативного процесса.

10. Повышенное стремление к деятельности с легкой отвлекаемостью от любого начатого дела.

11. Больной считает, что окружающие знают, о чем он думает.

12. Ощущение действия воли извне, управляющей душевным процессом больного.

13. Больной не может определить число, месяц, год на данный момент.

14. Резкое ограничение моторики или полная обездвиженность.

15. Ускоренное, но поверхностное течение мыслей с повышенной отвлекаемостью.

16. Непреднамеренное произношение слов и ощущение этого больным.

17. Образование типичной складки на границе внутренней и средней трети верхнего века, придающее лицу выражение скорби.

18. Маниакальное, неосознанное выполнение нецеленаправленных, подчас сложных и точных действий, о которых больной ничего не помнит.

19. Сохранение приданного извне положения отдельных частей тела.

20. Наличие безотчетного переживания (тоска, печаль, грусть).

21. Больной не может определить место своего нахождения.

22. Ограничение деятельности, подвижности, сопровождающееся угнетенным настроением.

23. Отсутствие способности изменить положение отдельных частей тела из-за напряжения мышц.

24. Ограниченно направленный фрагментарный характер восприятия без учета окружающей действительности в целом.

25. Полное молчание больного при отсутствии нарушений со стороны речевого артикуляционного аппарата.

Вопросы

I. Синдром Кандинского – Клерамбо.

II. Кататоническая шизофрения.

III. Маниакальный эпизод.

IV. Депрессивный эпизод.

V. Сумеречное расстройство сознания.

Таблица 3

1. Полное обратное развитие психотической симптоматики и восстановление прежней трудоспособности.
2. Погружение больного в собственные болезненные переживания, оторванность их от действительности.
3. Снижение интеллекта, сведение всех жизненных интересов к собственным переживаниям и ощущениям.
4. Пространные рассуждения формально логичные, но бессодержательные, пустое мудрословие.
5. Яркое выраженное внезапное проявление чувства, обычно являющееся результатом несдержанности.
6. Сохранность трудоспособности при наличии остаточных явлений перенесенного психоза.
7. Форма заболевания, выраженная наличием систематизированности преимущественно в плане эмоционально-поведом.
8. Быстрое, поверхностное течение мыслительного процесса.
9. Болезненная переоценка больным своих способностей, достоинств.
10. Нарушение речи, связанное с трудностью подбора нужных слов и выражений.
11. Улучшение психического состояния со снижением трудовой квалификации.
12. Концентрация внимания больного на собственной личности.
13. Стереотипное повторение больным одних и тех же фраз.
14. Приятное, веселое, радушное, беззаботное настроение.
15. Внутрибольничное улучшение клинического состояния.
16. Форма заболевания, проявляющаяся в стойких явлениях изменения личности больного (повышенная возбудимость, раздражительность, слабость, быстрая умственная истощаемость) с появлением симптомов нарушения мышления и сопровождающаяся монотонностью характерно пониженным настроением, чувством безысходности.
17. Отсутствие улучшения клинического состояния больного вместо ожидаемого выздоровления.
18. Замена понятий в суждении больных предметами, людьми.

19. Форма заболевания проявляется в однообразно протекающих истерических расстройствах с бедной аффективной окраской с явлениями аутизма, отчуждения, трудностью адаптации, утратой контактов.

20. Речь больного характеризуется грамматически правильно построенными фразами при отсутствии смысловой связи между ними.

21. Форма заболевания выражена длительно протекающими невротическими расстройствами, часто с навязчивостями и фобиями, что приводит к уплощенности чувств, утрате психической активности.

22. Стремление к мало продуктивной, но активной деятельности.

23. Отсутствие способности длительно сосредоточивать внимание на предметах, явлениях.

24. Форма заболевания выражена длительно протекающим симптомокомплексом, состоящим из массы необоснованных жалоб на различные тягостные ощущения, обычно имеющие вычурные, иногда бредовые трактовки, приводящие к весьма постепенному изменению, снижению личности.

25. Мышление характеризуется трудностью перехода от одной мысли к другой, мелочной детализацией.

Вопросы

I. Ремиссии при шизофрении по М.Я. Серейскому.

II. Виды расстройств мышления при шизофрении.

III. Хронические проявления нарушения психической деятельности при эпилепсии.

IV. Формы вялотекущего варианта непрерывно-прогредиентной шизофрении.

V. Признаки маниакального эпизода при аффективных расстройствах.

Таблица 4

1. Малый словарный запас.

2. Сон, не свойственный здоровому человеку, обычно наблюдается после состояния, связанного с предшествующим расстройством сознания.

3. Речь состоит из грамматически правильно построенных фраз, не связанных по смыслу между собой, или их отрывков.

4. Повторение, копирование слов, движений, мимики окружающих.

5. Состояние неожиданной потери сознания с тоническими и клоническими судорогами.

6. Симптомокомплекс, включающий тоскливое настроение, бредоподобные идеи самообвинения, общее физическое недомогание, дрожание конечностей и всего тела и уменьшающийся после приема алкоголя.

7. Событие в личной жизни, обуславливающее болезненное изменение психического состояния.

8. Стойкие поведенческие реакции взрослого, напоминающие ребенка.

9. Кратковременное (10–30 с) состояние, возникающее внезапно, без видимых причин и сопровождающееся потерей сознания при отсутствии выраженных и координационных нарушений, с последующей амнезией.

10. Угнетение волевых качеств в результате хронической интоксикации.

11. Неожиданное проявление двигательной активности, носящее целенаправленный характер.

12. Действия, связанные с помрачением сознания и наличием психотравмирующей ситуации.

18. Стойкий результат врожденного психического свойства, оказавший влияние на уровень трудовой деятельности.

14. Симптомы врожденной патологии физического развития.

15. Потеря памяти на время болезненного периода, возникшего в результате сильного душевного волнения.

16. Склонность к грубым, плоским шуткам; мрачное пессимистическое отношение к жизни, к себе.

17. Отсутствие способности обобщения более или менее простых предметов, вещей.

18. Проявление в связи с хронической интоксикацией отрицательных черт характера: невыполнение обещаний, отсутствия внешней искренности и др.

19. Приобретенная несовместимость человека с обществом в связи с аморальным поведением в семье и на производстве, цинизмом, потерей такта, чувства стыдливости и пр.

20. Период времени, характеризующийся воздействием каких-либо психогенных факторов, истощающих нервную систему.

21. Моторное возбуждение, имеющее нецелесообразный, хаотический характер и осуществляющееся на малом пространстве.

22. Состояние, характеризующееся стремлением к путешествиям, походам, протекающее внешне упорядоченно, но автоматически как результат суженного поля сознания с последующей амнезией происходящего.

23. Однообразие в двигательной активности больного.

24. Остро возникающее помрачение сознания, сопровождающееся эмоционально насыщенными яркими галлюцинациями, появлением отрывочных образных бредовых идей, возбуждения и агрессивности.

25. Остро возникающее тоскливо-злобное настроение, приводящее иногда к агрессии.

Вопросы

I. Легкая умственная отсталость.

II. Признаки алкогольной зависимости.

III. Патологический аффект.

IV. Кататоническое возбуждение.

V. Острые проявления при эпилепсии.

Таблица 5

1. Настороженность, ощущение неопределенной угрозы, тревоги, проявляющиеся в начальные периоды болезненного процесса и приводящие к эмоционально-волевому оскуднению личности.

2. Склонность к внезапному и бурному проявлению аффекта с агрессивными тенденциями.

3. Уменьшение объема внимания наряду с трудностью его сосредоточения: больной не в состоянии найти вещь, лежащую на видном месте, а обнаружив, тут же роняет ее.

4. Угнетенное настроение с тревогой, суетливостью, стонами и причитаниями.

5. Склонность к спорам, пререканиям, приводящим к нарушению отношения с окружающими.

6. Чрезмерная склонность к соблюдению порядка, законности вплоть до педантизма и мелочности.

7. Монотематическое высказывание ложных суждений и умозаключений в четко формируемых словах при сохранении последовательности наряду с прогрессивным течением процесса.

8. Однообразная хлопотливость со стремлением вмешиваться в дела своих близких и сослуживцев.

9. Речь, сопровождающаяся употреблением уменьшительно-ласкательных слов и внешним добродушием.

10. Категоричность, бескомпромиссность суждений. Отстаивание своей точки зрения.

11. Высказывание ложных идей «малого размаха», ограничивающихся внутрисемейными, межсоседскими отношениями в соединении с тревожно-тоскливым чувством.

12. Ведущее место в синдроме занимают бредовые идеи несистемного, полиморфного характера с галлюцинациями, признаками синдрома Кандинского – Клерамбо и другими при постепенно развивающейся деградации личности.

13. Склонность долго питать обиду, вплоть до самой мечтательной, вынашивать желание отомстить за нее.

14. Высокомерие, постоянное желание быть замеченным в своем мнимом превосходстве перед другими, проявляющееся с детства без признаков снижения интеллекта.

15. Обездвиженность без склонности к парадоксальным позам с тревожно-тоскливым проявлением эмоциональной стороны жизни, возникающая в пожилом возрасте.

16. Склонность к наименьшей трате денег, материальных средств.

17. Демонстрация и утрирование жалоб, излишняя драматизация своего положения с преобладанием тоски, тревоги («не нахожу себе места»).

18. Стремление к пространственным многочисленным жалобам в различные инстанции с требованием «восстановить справедливость».

19. Преобладание бредовых идей величия, фантастического, конфабуляторного характера, возникающих на фоне более грубого эмоционально-волевого оскуднения личности.

20. Прогрессирующее снижение темпа и подвижности всех психических процессов.

21. После длительной психической болезни появляется обездвиженность, негативизм, стереотипия с чертами внутренней опустошенности.

22. Суждения, возникающие на почве реальных событий, но в дальнейшем приобретающие в сознании больного незаслуженно доминирующее положение.

23. Приверженность к традиционным, устоявшимся взглядам, непризнание и непонимание нового.

24. Болезненная словоохотливость, многоречивость.

25. Процесс, возникающий в пожилом возрасте и приводящий к глубокому слабоумию.

Вопросы

I. Этапы течения параноидной шизофрении.

II. Параноидное расстройство личности.

III. Черты эпилептических изменений личности.

IV. Форма инволюционных психозов.

V. Черты старческих изменений личности.

Таблица 6

1. Расстройства, подобные паркинсоническим, но обусловленные воздействием психотропного препарата.

2. Ограниченное, фрагментарное восприятие окружающей обстановки, приводящее к дезориентировке.

3. Необоснованное обвинение большим людей в нанесении ему материального убытка.

4. Повышенное настроение с двигательной расторможенностью, сопровождающееся раздражительностью, вспыльчивостью, сварливостью.

5. Болезненное стремление к путешествиям с восприятием окружающих предметов и явлений не в полном объеме, частично.

6. Превалирование на первых этапах болезни необратимых изменений в эмоционально-волевой и других сферах личности.

7. Явления непоседливости больного на фоне лечения.

8. Обездвиженность на фоне эйфории и чувственного возбуждения.

9. Относительное сохранение памяти к прошлым событиям при затрудненном запоминании текущего.

10. Течение болезненного процесса, быстро приводящее к эмоционально-волевому и интеллектуально-мнестическому снижению личности.

11. Отсутствие ускорения ассоциативного процесса при наличии повышенного настроения.

12. Сокращение мышц шеи, лица, взора лекарственного происхождения (по автору).

13. Внешне правильные движения, действия, но совершаемые бессознательно.

14. Развитие синдрома расстройства сознания в связи с резким повышением дозы или отменой психотропных средств.

15. Наличие в течении болезни большого разнообразия симптомов и синдромов, быстро сменяющих друг друга.

16. Обильная, излишняя говорливость, сопровождающаяся массой двигательных актов.

17. Отсутствие воспоминания о периоде заболевания.

18. Затруднение изменения течения болезни лечебными мероприятиями.

19. Наиболее часто встречающиеся нарушения функции одного из паренхиматозных органов в процессе лечения психотропными препаратами.

20. Патологическая склонность к накоплению сбережений и боязнь тратить их на повседневные жизненные нужды.

21. Ускоренное, бессвязное мышление, хаотичность действий на фоне безудержно-веселого настроения.

22. Непризнание нового, приверженность к старым взглядам, привычкам.

23. Внезапность возникновения и окончания болезненных проявлений.

24. Проявление на эйфоричном фоне резко ускоренного ассоциативного процесса с помрачением сознания снежного типа.

25. Необратимый, полный упадок в основных сферах психической деятельности человека как результат болезненного процесса.

Вопросы

I. Признаки злокачественной шизофрении.

II. Атипичные маниакальные состояния.

III. Осложнения и побочные действия при лечении современными психотропными средствами.

IV. Эпилептический амбулаторный транс.

V. Симптомы старческих нарушений психической деятельности.

Таблица 7

1. Неправильное поведение больного с нелепой веселостью и манерностью.

2. Кажущееся исчезновение сниженного фона настроения под воздействием проводимого лечения.

3. Нарушение ориентировки во времени и месте, связанное с патологией памяти.

4. Астенический симптомокомплекс как результат органического поражения центральной нервной системы.

5. Проявление болезни, характеризующееся полной или частичной дезориентировкой, а также зрительными галлюцинациями, бессвязностью мышления, бредово-галлюцинаторными переживаниями, амнезией, сопровождающееся гипертермией.

6. Эксплозивность, конфликтность, раздражительность, брюзгливость больного при наличии неврологических знаков нарушения нервной системы.

7. Болезненные проявления, выражающиеся в мимике, позах и движениях, носящих утрированный, нецеленаправленный характер.

8. Поверхностное бегущее мышление на фоне сниженного настроения.

9. Отсутствие способности запомнить текущее событие.

10. Эйфория, многоречивость, благодушие, обстоятельность, снижение памяти с наличием травматического повреждения головного мозга больного в анамнезе.

11. Бесцельная, неестественная двигательная активность, сопровождающаяся неадекватной мимикой, смехом, гримасничаньем, кривлянием.

12. Высокая температура тела больного.

13. Воспоминания больного о событиях, имевших место, дополненных вымыслами и отнесенных к другому периоду жизни.

14. Бесчувственность, безразличие больного к собственной личности, окружающей среде, обусловленные органическим генезом.

15. Угнетенное настроение различной степени выраженности, сопровождающееся двигательным возбуждением.

16. Вымыслы об имевших место в указанное время событиях, фактах фантастического характера.

17. Развитие бредовых идей при высокой температуре, ее подъеме и спаде.

18. Нарушение мышления, характеризующееся тем, что грамматически правильно построенные фразы не связаны логически.

19. Сохранность интеллекта при наличии фиксационной амнезии.

20. Развитие угнетенного настроения при перемене места жительства.

21. Развитие интеллектуально-мнестического снижения в результате различных экзогений.

22. Обострение памяти при наличии гипертермии.

23. Возникновение чувств, противоположных вызвавшей их причине.

24. Наличие соматических признаков (гипертермия, тахикардия, одышка, озноб, потливость и др.) экзогенного происхождения.

25. Неяркое, невыразительное проявление угнетенного настроения.

Вопросы

I. Симптомы гебефренического синдрома.

II. Атипичные формы депрессий.

III. Корсаковский амнестический синдром.

IV. Психоорганический синдром (этапы течения).

V. Признаки экзогенных инфекционных психозов.

Таблица 8

1. Ведущее место в клинической картине болезни с приступообразным течением занимает кататонический синдром при ясном сознании с приступообразным течением.

2. Зрительные галлюцинации, хорошо проецируемые в реальное пространство и обладающие интенсивной напряженностью форм, яркостью света и цвета. В анамнезе — признаки судорожного синдрома.

3. Все нарастающая выносливость к алкоголю.

4. Внезапно возникающее тоскливо-злобное, ворчливое настроение.

5. Течение болезненного процесса с обратным развитием состояний аффективной приподнятости или же угнетенности, разделенных светлыми промежутками, однако при наличии некоторой прогрессиентности, способствующей в период ремиссии обнаружению признаков «психической слабости».

6. Угнетение настроения после психотравмы. Переживание тематически отображает содержание ситуации, вызвавшей заболевание.

7. После употребления некоторой дозы алкоголя, нарастает потребность в еще больших дозах, вплоть до окончательного глубокого опьянения.

8. После события, вызвавшего тяжелые душевные переживания, возникают бредовые, ложные идеи, отражающие, однако, содержание психической травмы.

9. Развитие симптомокомплекса, включающего голоса, проецируемые больным внутрь своей головы, чуждость, открытость и насильственность мыслей («они не мои, их все знают и кто-то их делает»), собственное мнимое проговаривание слов. Болезнь течет хронически в виде приступов с постепенным развитием негативных расстройств.

10. Пароксизмальность в возникновении параноидного синдрома, тождественная другим пароксизмам при этой же болезни.

11. Стремление в кругу знакомых держать инициативу в регулировании темпа и дозировки потребления алкоголя.

12. Безотчетное бегство от неприемлемой, тягостной ситуации к переживаниям и поведению малого ребенка.

13. Периодическое возникновение бредовых идей различного содержания с выраженными аффективными нарушениями в форме угнетения настроения и тоски, характеризующееся слабой прогрессивностью.

14. Возникающее остро, без видимых причин, глубокое помрачение сознания с дезориентировкой, двигательным автоматизмом и последующей амнезией.

15. Утрированно нелепые ответы на элементарные задания после предшествовавших душевных переживаний.

16. Склонность к плоским несмешным шуткам, анекдотам, при наличии собственного веселья, смеха.

17. Остро болезненный процесс, характеризующийся возникающим параноидным синдромом со склонностью к развитию спонтанных ремиссий.

18. Кататонический синдром со сновидными нарушениями сознания.

19. Приступ психической болезни, характеризующийся наличием истинных, чаще вербальных, галлюцинаций и отрывочных образных бредовых идей. Последующий приступ более тяжелый, чем предыдущий, что выражает прогрессивность процесса.

20. Сужение сознания со стремлением разыграть мнимую ситуацию, отражающую сложившееся психотравмирующее обстоятельство.

21. Стремление к выравниванию психических функций путем приема алкоголя, превратившееся в жизненную потребность.

22. Сочетание ипохондрического синдрома с депрессивными признаками болезни, протекающей в виде сдвигов, приводящих к эмоционально-волевому оскуднению личности.

28. Возникновение острого психоза при явлениях токсикоза, подобного тяжелому инфекционному заболеванию, не обусловленному никакими известными соматическими болезнями и наиболее часто заканчивающемуся летально. Случаи выздоровления достаточно полноценны.

24. Обездвиженность как эквивалент судорожного приступа.

25. Периодическое колебание настроения в сторону гипер- и гипотимии с некоторым расстройством поведения и весьма вяло прогрессирующим изменением и снижением личности.

Вопросы

I. Приступообразно-прогредиентная шизофрения.

II. Формы рекуррентной шизофрении.

III. Эпилептические эквиваленты.

IV. Формы реактивных психозов.

V. Симптомы хронического алкоголизма.

Таблица 9

1. Появление зрительных обманов восприятия в виде различных проецируемых в пространство существ устрашающего характера, черно-белой окраски, удлиненной формы. Дезориентировка в месте, времени. Тремор конечностей, отсутствие сна.

2. Большие размеры черепа. Особенно выступают лобные и теменные части головы. Выпучивание глаз. Интеллект низкий.

3. На фоне плохого слуха возникает стойкая тревожная подозрительность в отношении недоброжелательности окружающих, высмеивания его недостатков, ущемления прав.

4. Быстро прогрессирующее ослабление интеллекта, все нарастающее огрубение критики, снижение в этических чувствованиях, в соображениях этикета, расточительность. Специфические серологические реакции положительные.

5. Отражение в тематике бреда содержания психотравмы.

6. Повышенное, радостное, беззаботное настроение.

7. Особенности форм мысли, в которых предпосылки не соответствуют умозаключению.

8. При хорошей ориентировке в месте, времени, в собственном «я» больной слышит извне хорошо проецируемые человеческие голоса. Ведется спор о больном в третьем лице: «Один голос осуждает, второй защищает». Тематика голосов отражает один из существеннейших пороков больного, приведший к душевному расстройству.

9. Неожиданные, тематически весьма отдаленные переходы в речи больного.

10. Малые размеры черепа, низкий интеллект.

11. Соединение слов, понятий, образов, весьма отдаленных по своему значению, с образованием неологизмов.

12. Симптом заболевания, при котором зрачки не реагируют на свет, хорошо реагируют на конвергенцию и аккомодацию.

13. Под влиянием обиды, несправедливости, затронувших интересы больного, развивается интенсивная и напряженная деятельность в «борьбе за правду», что сопровождается бесчисленными жалобами и разоблачительными письмами в различные инстанции. Развивается ложная трактовка неудач и поражений, расширяется круг лиц, «виновных в сговоре».

14. Больной считает, что он «владыка всех государств и стран, повелитель стратосферы и околосолнечного пространства».

15. Далеко отстоящие друг от друга криво поставленные глаза со складкой «третьего века», большой язык, гипотония мышц, гиперэкстензия суставов, низкий интеллект.

16. Симптоматика, характеризующаяся невозможностью запомнить текущие события, полиневрит, злоупотребление алкоголем в анамнезе.

17. Больной за последние 6 месяцев «столкнулся с фактами неверности жены», стал их анализировать, сопоставлять, заниматься выслеживанием. Заболевание связано с хронической интоксикацией организма.

18. Отсутствие возможности произнести слова и фразы, содержащие сложные сочетания согласных и требующие напряжения артикуляционного аппарата речи.

19. Употребление не встречающихся ранее в речи слов, используемых для выражения болезненно расстроенного мышления.

20. Задержка мыслительного процесса («остановка мыслей», «голова пустая»).

21. Бредовые идеи больной того же содержания, что у матери, у которой возникло заболевание первично.

22. Карликовый рост, глубокая переносица, вялость, апатия, интеллект низкий.

23. Периодически наступающее тоскливое настроение, неудовлетворенность жизнью, безудержное пьянство. Однако изменение душевного состояния порождает в больном воздержание от алкоголя и в результате безразличие к нему.

24. Биохимические признаки обменных процессов, обуславливающие задержку умственного развития.

25. Острое возникновение бредовых идей вслед за психической травмой, благоприятное течение болезни, личность не изменяет свои свойства, болезненные высказывания отражают содержание психотравмы.

Вопросы

I. Формы алкогольных психозов.

II. Психогенные параноиды.

III. Основные симптомы прогрессивного паралича.

IV. Нарушение мышления у больных шизофренией.

V. Олигофрения, формы.

Таблица 10

1. Воспаление нескольких нервных стволов с явлениями периферических параличей в результате интоксикации.

2. Остро развивавшаяся глухонмота в результате воздушной контузии.

3. Остро возникающий в зрелом возрасте конфабуляторный бред величия с галлюцинациями и элементами психического автоматизма, длительное время не приводящий к эмоционально-волевому и интеллектуальному снижению, с периодически возникающими аффективными расстройствами.

4. Выпадение из памяти событий, как предшествующих наступлению заболевания, так и последующих.

5. Запас используемых слов около 300–500.

6. Возрастной период от 45 лет и выше с признаками чрезмерного увядания организма.

7. Стойкие очаговые нарушения нервной системы, сопровождающиеся явлениями астении, эмоционального огрубления с взрывчатостью, конфликтностью, некоторым интеллектуально-мнестическим снижением, связанным нередко с травматическим поражением головного мозга.

8. Угнетенное настроение различной степени выраженности, сопровождающееся двигательным возбуждением.

9. Отсутствие способности запоминать текущие события.

10. Состояние, сопровождающееся снижением эмоциональных проявлений, равнодушием и безволием с признаками органического поражения центральной нервной системы.

11. Заболевание, сопровождающееся нарушением сознания с фантастическими сновидениями, бредовыми галлюцинаторными переживаниями и явлениями застывания в одной позе, с негативизмом и напряжением мышц.

12. Остро возникающий, злокачественно протекающий ступорозный симптомокомплекс, сопровождающийся высокой температурой, яркими вегетативными проявлениями, изменением в анализах крови, мочи, падением веса, нередко приводящий к летальному исходу.

13. Способность овладевать только простыми трудовыми навыками.

14. Тревога, тоска, масса необоснованных жалоб, но с преобладанием демонстративности, театральности, нередко с бредовым толкованием, с установочностью поведения.

15. Вымыслы о событиях, фактах иногда фантастического характера, не имевших места в указанное время.

16. Веселье с явлениями дурашливости, обстоятельности как результат органического поражения центральной нервной системы.

17. Болезненный симптомокомплекс, включающий в себя угнетенное настроение, различные виды бредовых идей и в процессе периодического течения приводящий к эмоционально-волевому оскуднению личности.

18. Возможность оперировать логикой, сохранность приобретенных знаний наряду с мнестическими нарушениями, касающимися текущих событий.

19. Ступорозные проявления болезни, впервые наступившие в инволюционном возрасте.

20. Мышление, характеризующееся недостаточной глубиной, поверхностью суждений, легко отвлекаемое, однако основанное на непосредственных фактах окружающей среды.

21. Воспоминания больного о событиях, имевших место в жизни, с дополнительными вымыслами или же отношение этих событий к другому периоду жизни.

22. Отсутствие способности к учебе в обычной школе.

23. Периодически возникающие приступы депрессии и маниакального состояния с бредовыми идеями, галлюцинациями, приводящие к медленному изменению и интеллектуальному снижению личности.

24. Возникновение бредовых идей конкретного и житейского содержания (бред малого размаха) на общем фоне возрастного увядания организма.

25. Склонность к подражанию поведению людей из ближайшего окружения.

Вопросы

I. Формы аффективной шизофрении.

II. Симптомы Корсаковского психоза.

III. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах.

IV. Признаки имбецильности.

V. Инволюционные психозы.

Глава 17. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ПО ПСИХИАТРИИ И КРАТКОЕ ИХ ОПИСАНИЕ

Перечень практических навыков по уровням

Иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению.

1. Методы психологического обследования психически больных.

2. Анализ спонтанной ЭЭГ и вызванной биоэлектрической активности при различных психических заболеваниях.

3. Методика применения инсулинотерапии с психотропными средствами.

4. Методика подкожной имплантации препарата «Эспераль».

5. Методика проведения алкогольно-тетурамовой пробы и лечение ее осложнений у больных хроническим алкоголизмом.

Знать, оценить, принять участие.

1. Методы растормаживания ступорозных больных.
2. Метод купирования и борьбы с отказом от пищи психически больными.
3. Купирование инсулиновой комы при проведении инсулиношоковой терапии.
4. Методика проведения электросудорожной терапии.
5. Купирование и лечение эпилептического статуса.
6. Методика забора материала для определения концентрации алкоголя в крови и моче.
7. Метод диагностики алкогольного опьянения – проба А.М. Раппопорта.
8. Метод диагностики алкогольного опьянения – проба Мохова – Шинкоренко.
9. Методика купирования острого алкогольного опьянения.
10. Метод определения симптома Липмана.
11. Метод определения симптома Ашаффенбурга.
12. Метод определения симптома Райхардта.
13. Метод определения симптома «мнимой иглки с ниткой».
14. Методика проведения условно-рефлекторной терапии и лечение ее осложнений у больных хроническим алкоголизмом.
15. Метод индивидуальной, разъяснительной и рациональной психотерапии.
16. Оказание неотложной помощи при белой горячке.

Выполнить самостоятельно.

1. Методика проведения опроса больного, анализа анамнестических сведений, субъективных и объективных больных.
2. Методы купирования острого психомоторного возбуждения.
3. Методы предупреждения суицидальных действий больных.
4. Методы введения психотропных средств в организм больного.
5. Методы купирования синдрома Куленкамппфа – Тарнова.
6. Метод «ударной» терапии с применением высоких доз.
7. Метод интенсификации психотропных средств изменением путей их введения.

8. Методика полинейролепсии.
9. Методика политимоаналепсии.
10. Методика политимонейролепсии.
11. Методика одномоментной отмены психотропных препаратов, метод «зигзага».
12. Методы преодоления резистентности психических заболеваний.

Описание методик выполнения практических навыков

1. Методы психологического обследования психически больных.

Они подразделяются на методы исследования психических процессов (восприятие, ощущение, внимание, память, мышление и т.д.) и методы исследования личности.

Экспериментальное исследование восприятия и ощущения включают в себя: узнавание наложенных друг на друга контуров предметов, выделение принципа построения фигур.

Исследование внимания осуществляется с помощью корректорной пробы (быстрый просмотр составленного случайным образом сплошного «текста»), методики отыскивания нужного числа в порядке возрастания чисел от 1 до 25 в таблицах Шульте.

Для исследования памяти применяется методика заучивания 10 слов: испытуемому пятикратно предъявляется 10 простых не связанных вместе слов; после каждого предъявления он должен повторить все запомнившиеся слова.

Мышление можно исследовать с помощью методов изучения способностей к обобщению, отвлечению, абстрагированию (тест Равена, «куб Линка», «кубики Косса»).

Для исследования интеллекта применяется комплексный тест Векслера, который сводится к изучению осведомленности, сообразительности, способностей пациента к счетным операциям, к выявлению у него свойств памяти, степени внимательности, словарного запаса, конструктивного мышления и т. д. При исследовании личности используется опросник Айзенка, а также Миннесотский многофазный личностный опросник.

2. Анализ спонтанной ЭЭГ и вызванной электроактивности при различных психических заболеваниях.

При эпилептической болезни регистрируются отчетливые изменения ЭЭГ: в области эпилептического очага обнаруживаются комплексы «пик – медленная волна». При органических поражениях ЦНС биопотенциалы в пораженных областях мозга имеют низкую амплитуду или же вовсе отсутствуют. Сосудистые заболевания мозга сопровождаются диффузной десинхронизацией колебаний, сглаживанием региональных различий. При исследовании вызванной биоэлектрической активности мозга выявляются нарушения оптимальных соотношений информационных процессов мозга, что приводит к различным психопатологическим расстройствам.

3. Методика применения инсулинотерапии с психотропными средствами.

При инсулинокоматозной терапии можно назначать *аминазин* (действует на психомоторное возбуждение), целесообразнее – после купирования гипогликемии, на ночь. При тревожных состояниях одновременно с инсулинокоматозным лечением показан *тизерцин*. При наличии кататонно-гебефренической, паранойяльной, параноидной симптоматики лечение инсулином можно сочетать с *трифтазином* и *галоперидолом*.

4. Методика подкожной имплантации препарата «Эспераль».

«Эспераль» имплантируют (8–10 стерильных таблеток в области ягодичной мышцы), как правило, в условиях стационара, в отдельных случаях амбулаторно, больным хроническим алкоголизмом, ранее лечившимся и имевшим относительно длительные ремиссии. После имплантации лечение продолжают *тетурамом*, а после снятия швов проводят одну-две алкогольные пробы.

5. Методика проведения алкогольно-тетурамовой пробы и лечение ее осложнений у больных хроническим алкоголизмом.

Проба вызывается введением 30–50 г алкоголя, после чего, спустя несколько минут, возникают выраженные соматические расстройства. Через 1,5–2 ч приступ постепенно проходит. На курс лечения рекомендуется 2–4 алкогольно-антабусные пробы. В случае возникших ослож-

нений назначают средства, стимулирующие сердечно-сосудистую и дыхательную деятельность, вдыхание кислорода, внутривенное вливание 20 мл 1% водного раствора метиленовой сини.

Знать, оценить, принять участие.

1. Методы растормаживания ступорозных больных.

Подкожно вводят 1–2 мл 20% раствора кофеина, а через 3–5 мин внутривенно вливают 2–6 мл 5% раствора барбамила.

2. Метод купирования и борьбы с отказом от пищи психически больными.

Для стимуляции аппетита необходимо ввести подкожно 4–8 ед. инсулина. При настойчивом отказе от еды больному внутривенно вливают 20–40 мл 40% раствора глюкозы. Если мероприятия не дают желаемого результата, спустя 2–3 дня приступают к искусственному кормлению через зонд.

3. Купирование инсулиновой комы при проведении инсулиношоковой терапии.

Инсулиновый шок купируется внутривенным введением 20–40 мл 40% раствора глюкозы. Больной быстро приходит в сознание, начинает отвечать на вопросы, у него полностью восстанавливается рефлекторная деятельность. В это время ему дают 150–200 г растворенного сахара, утренний завтрак с добавлением углеводов.

4. Методика проведения электросудорожной терапии.

Больному битемпорально накладывают электроды, включают ток напряжением 80–120 В в течение 0,3–0,8 с. В результате у него возникает типичный эпилептиформный припадок с последующей ретро- и антероградной амнезией. Курс лечения – 4–8 сеансов с интервалами между ними в 3–4 дня.

5. Купирование и лечение эпилептического статуса.

Назначают хлоралгидрат в клизме (3,0 г) или фенобарбитал (0,5 г), внутривенное введение 40% раствора глюкозы, 25% раствора магния сульфата. Показана спинномозговая пункция и, если припадки не прекращаются, можно ввести внутримышечно или очень медленно внутривенно 1 г гексенала, растворенного в 10 мл бидистиллированной воды или в изотоническом растворе натрия хлорида.

6. Методика забора материала для определения концентрации алкоголя в крови и моче.

При заборе материала необходимо учитывать, что приблизительно 10% принятого человеком алкоголя выделяется через легкие. Быстрота развития и выраженность симптомов опьянения зависят не только от количества принятого алкоголя, но и от характера пищи, массы тела, общего состояния здоровья, а также от типа высшей нервной деятельности человека, индивидуальной чувствительности организма, степени утомляемости и качества спиртных напитков.

7. Метод диагностики алкогольного опьянения – проба А.М. Раппопорта.

Испытуемому предлагается в течение полутора-двух минут выдыхать воздух через трубку, погруженную в пробирку с дистиллированной водой, в которую затем добавляют несколько капель концентрированной серной кислоты и небольшое количество раствора перманганата калия. Последний, если во вдыхаемом воздухе содержались пары алкоголя, обесцвечивается. Контрольная пробирка остается розовой.

8. Метод диагностики алкогольного опьянения – проба Мохова – Шинкоренко.

При выдыхании воздуха, содержащего пары алкоголя, в трубку с ватой, пропитанной хромовым ангидридом, последняя темнеет, и тем сильнее, чем больше было употреблено алкоголя.

9. Методика купирования острого алкогольного опьянения.

Начинать необходимо с вызывания рвоты. Затем дается для приема теплая вода с 5–10 каплями нашатырного спирта или раствора перманганата калия. Применяется также *атропин* (0,5–1 мл 0,1% раствора), *метронидазол* (до 1,5–2 г и более). Используется также внутримышечное введение *витамина В₆* (10 мл 5% раствора), а также внутривенное введение *глюкозы, витамина В₁, С*, в небольших дозах – *инсулин*.

10. Метод определения симптома Липмана.

При надавливании на глазные яблоки больного с алкогольным делирием обостряются зрительные галлюцинации.

11. Метод определения симптома Ашаффенбурга.

При прикладывании к уху больного с алкогольным делирием какого-либо предмета он начинает разговаривать будто по телефону, слыша голоса.

12. Метод определения симптома Райхардта.

Если больному с алкогольным делирием показать чистый лист бумаги и спросить, что он на нем видит, он начинает вслух произносить якобы читаемые слова, цифры, изображения.

13. Метод определения симптома «мнимой иголки с ниткой».

Если больному с алкогольным делирием дать команду вдеть нитку в иголку, он начинает выполнять эту команду, даже не имея иголки и нитки в руках.

14. Методика проведения условно-рефлекторной терапии и лечение ее осложнений у больных хроническим алкоголизмом.

В основе методики лежит выработка условного рвотного рефлекса с помощью *апоморфина*. Вначале вводят 0,2–0,3 мл 1% раствора апоморфина подкожно и, постепенно повышая дозу на 0,1–0,2 мл, доводят ее до оптимальной рвотной дозы. При появлении первых признаков тошноты больному дают нюхать алкоголь, а перед самой рвотой рекомендуется принять небольшое его количество. Трансы проводят ежедневно в стационарных или амбулаторных условиях. Обычно через 20–25 таких сочетаний образуется условный рефлекс отвращения к алкоголю. В редких случаях наблюдаются коллаптоидные состояния, которые легко устраняются введением сердечно-сосудистых и стимулирующих дыхательный центр средств.

15. Метод индивидуальной, разъяснительной и рациональной психотерапии.

Метод индивидуальной психотерапии заключается в оказании психотерапевтического воздействия на пациента при непосредственной работе с ним.

Метод рациональной и разъяснительной терапии заключается в развитии у больного путем логической аргументации убеждения и переубеждения в том, что он правильно относится к болезни и понимает ее природу.

16. Оказание неотложной помощи при белой горячке.

При лечении белой горячки можно назначать *тизерин* (2–3 мл 2,5% раствора внутримышечно с постепенным увеличением дозы до 200–300 мг в сутки), *аминазин* – в аналогичных дозировках. Особенно показана терапия *хлорперидолом* (1–2 мл 0,5% раствора в сутки). Хороший эффект дает внутривенное введение *седуксена* (2–6 мл

0,5% раствора в сутки). Назначают также сердечно-сосудистые средства, а для предупреждения пневмонии – антибиотики. В тяжелых случаях – капельное внутривенное введение 30% раствора мочевины (200 мл), а также гемодез. Показана спинно-мозговая пункция.

Выполнить самостоятельно.

1. Методика проведения опроса больного, анализа анамнестических сведений, субъективных и объективных данных.

Беседу с больным необходимо вести спокойно, вежливо, вопросы следует задавать отчетливо, в легкодоступной форме, обращаясь к больному по имени, отчеству. При опросе больного особое внимание уделяется анамнестическим сведениям, субъективным и объективным данным, анализ которых позволяет поставить правильный клинический диагноз.

2. Методы купирования острого психомоторного возбуждения.

При кататонно-гебефреническом, галлюцинаторно-параноидном и маниакальном возбуждении рекомендуется внутримышечное введение *аминазина* (2–4 мл 2,5% раствора), *тизерцина* (2–4 мл 2,5% раствора), *трифтазина* (2–3 мл 0,2% раствора), либо *галоперидола* (2–3 мл 0,5% раствора). В резистентных случаях показаны инъекции *мажептила* (2–3 мл 1% раствора).

3. Методы предупреждения суицидальных действий больных.

За больным необходимо постоянное наблюдение со стороны персонала лечебного учреждения. Все предметы, которыми мог бы воспользоваться больной для совершения суицида, должны быть устранены. Наблюдение должно сопровождаться повышенной заботой и вниманием. Особую бдительность следует проявлять в утренние часы. Необходимо систематически осматривать комнаты свиданий, убирать прогулочные территории и удалять все острые, колющие и режущие предметы. Одновременно должна проводиться соответствующая антидепрессивная терапия.

4. Методы введения психотропных средств в организм больного.

В зависимости от тяжести психических расстройств, психотропные средства вводят как внутрь, так внутримышечно и внутривенно.

5. Методы купирования синдрома Куленкамппфа – Тарнова.

Синдром купируется кофеином (1–2 мл 20% раствора подкожно) или аминазином (1–2 мл 2,5% раствора внутримышечно). Показано также введение седуксена внутримышечно, кальция хлорида и глюкозы с витамином В₁ внутривенно.

6. Метод «ударной» терапии с применением высоких доз.

Метод сводится к назначению высоких доз психотропных средств в первые же дни лечения. Трифтазин рекомендуется назначать, начиная со 100–150 мг на 1 инъекцию внутримышечно. В течение дня эту дозу повышают до 200 мг на прием, а на следующий день – до 500–600 мг. Начальная доза галоперидола – 80–100 мг на инъекцию. В течение дня ее повышают до 150 мг на прием, а на второй день до 400–500 мг в сутки (внутримышечно). Инъекции делают 3 раза в день. Курс лечения – 3–7 дней с последующим переходом к терапии обычными дозами.

7. Метод интенсификации действия психотропных средств изменением путей их введения.

Эффективность терапевтического действия, а также его интенсивность зависит от пути введения препарата. При интенсивной терапии внутримышечно и особенно внутривенно (чаще капельно, иногда струйно) вводят аминазин, трифтазин, галоперидол, седуксен и др. Внутривенно струйно препараты вводят вместе с глюкозой или физиологическим раствором в небольших дозах медленно. Внутривенно капельно психотропные препараты вводят также либо с глюкозой (5% раствор), либо с физраствором или полиглюкином (200–600 мл) по 60 капель в минуту.

8. Методика полинейролепсии.

Метод используется для лечения больных, резистентных к обычным методам терапии. Назначать можно два или более нейролептика. Назначается вначале «базисный» препарат, направленный на ликвидацию основного синдрома, а затем дополнительные средства, влияющие на остальную симптоматику.

9. Методика политимоаналепсии.

Назначается два и более антидепрессанта. Для интенсификации тимоаналептического действия при депрессивных состояниях в первую половину дня можно вводить

антидепрессант со стимулирующим действием (*мелипрамин*), а днем и вечером – антидепрессант с седативным эффектом (*амитриптилин*).

10. Методика политимонейролепсии.

Метод заключается в комбинированном использовании антидепрессантов и нейролептиков, когда в клинической картине заболевания сочетаются аффективные и бредовые расстройства. Целесообразнее применять антидепрессанты с седативным действием (*амитриптилин*, *пиразидол*), так как они не способствуют обострению бредовых переживаний и нарушению сна.

11. Методика одномоментной отмены психотропных препаратов, метод «зигзага».

Метод «зигзага» основывается на снижении дозы препарата от высшей терапевтической до обычной с целью преодоления терапевтической резистентности у больных с затяжным течением психоза. При методе одномоментной отмены психотропных средств за 15–20 дней до отмены дозы их наращивают: *галоперидола* – до 60–80 мг, *триседила* – до 25–30 мг, *мелипрамина* – до 300–400 мг, *амитриптилина* – до 250–300 мг. Вводить их целесообразнее парентерально.

12. Методы преодоления резистентности психических заболеваний.

Для улучшения реактивности организма с целью преодоления резистентности к проводимой терапии назначают средства общебиологического действия: аутогемолизированная (лаковая) кровь в сочетании с психотропными средствами. Улучшению метаболических процессов способствует пирогенная терапия *сульфазином* и *пирогеналом*.

Глава 18. СКРИНИНГ-МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ

Широкое распространение в мире получила оценка выраженности депрессии по шкалам регистрации наиболее

часто встречающихся симптомов депрессии. Это связано с несколькими причинами:

- 1) простота, объективность и высокая надежность диагностики депрессии;

- 2) быстрое получение сопоставимых выборок больных, хорошо воспроизводимых и сравнимых результатов;

- 3) четкая (балльная) градация тяжести депрессивного синдрома;

- 4) выделение отдельных симптомокомплексов (т. е. элементарной качественной синдромальной типологии депрессий);

- 5) возможность объективной регистрации динамики состояния в целом (оценка эффективности терапии и определение понятия терапевтическая резистентность), а также по симптомокомплексам и отдельным симптомам;

- 6) возможность применения современных статистических методов компьютерной обработки полученных данных.

Наибольшее распространение получила шкала Гамильтона (M. Hamilton, 1960), в которой все болезненные признаки разделены на три группы:

- 1) симптомы патологии настроения;

- 2) расстройства влечений;

- 3) вегетативные нарушения.

Всего шкала (табл. 6) включает в себя 21 пункт, в которых отдельные проявления и выраженности психопатологической симптоматики оцениваются по 3- или 5-балльной системе. При обследовании пациента врач выясняет наличие или отсутствие описанных в каждом пункте расстройств, определяет степень их выраженности и отмечает на шкале соответствующий балл. Затем врач подсчитывает общее количество полученных по всем пунктам баллов и определяет их соответствие степени выраженности депрессии.

По сумме баллов депрессии разделяются на легкие (до 16 баллов), средней тяжести (17–27 баллов) и тяжелые (более 27 баллов). Клинико-психопатологические характеристики этих депрессий в целом соответствуют описаниям, приведенным в МКБ-10.

Таблица 6. Шкала Гамильтона для оценки депрессии

1. Пониженное настроение (переживания печали, безнадежности, беспомощности, малоценности):

4 – больной при общении вербальным и невербальным образом спонтанно выражает только эти чувства;

3 – больной выражает свои аффективные переживания невербальным образом (мимикой, голосом и т.д.);

2 – спонтанно сообщает о своих переживаниях вербальным образом (рассказывает о них);

1 – сообщает о своих переживаниях только при расспросе;

0 – отсутствует

2. Чувство вины:

4 – слышит голоса обвиняющего или унижающего содержания, испытывает угрожающие галлюцинации;

3 – свое болезненное состояние расценивает как наказание, имеют место бредовые преследования;

2 – идеи вины и наказания за ошибки и грехоподобные поступки в прошлом;

1 – идеи самоуничтожения, самоупреки, испытывает ощущение, что является причиной страдания других людей;

0 – отсутствует

3. Суицидальные тенденции:

4 – суицидальная попытка (любая серьезная суицидальная попытка оценивается в 4 балла);

3 – суицидальные мысли или жесты;

2 – высказывает мысли о своей смерти или любые другие идеи о нежелании жить;

1 – высказывает мысли о бессмысленности, малоценности жизни;

0 – отсутствует

4. Трудности при засыпании:

2 – ежедневные жалобы на трудности при засыпании;

1 – периодические жалобы на трудности при засыпании, например, чтобы уснуть, требуется более получаса;

0 – отсутствует

5. Бессонница:

2 – не спит в течение ночи (любое вставание с постели ночью, за исключением посещения туалета, оценивается в 2 балла);

1 – жалуется на возбуждение и беспокойство в течение ночи;

0 – отсутствует

6. Ранние пробуждения:

2 – при пробуждении заснуть повторно не удастся;

1 – просыпается рано, но снова засыпает;

0 – отсутствует

7. Работа и деятельность:

- 4 – неработоспособен по причине настоящего заболевания. В период пребывания в стационаре пункт оценивается в 4 балла, если больной не проявляет никакой активности кроме обычных действий по обслуживанию самого себя или испытывает трудности даже в этом;
- 3 – существенное понижение активности и продуктивности. В стационаре этот пункт оценивается в 3 балла, если больной занят какой-либо деятельностью (помощь медперсоналу, хобби и др.), кроме обычных действий по обслуживанию самого себя, не менее 3 ч в день;
- 2 – потеря интереса к профессиональной деятельности, работе и развлечениям, определяемая прямо по жалобам больного или косвенно по степени проявляемого им безразличия к окружающему, нерешительности и колебаний (ощущение, что он должен заставлять себя работать или заниматься чем-либо);
- 1 – мысли и ощущение усталости, слабость и неспособность выполнять тот или иной вид работы;
- 0 – трудностей не испытывает

8. Заторможенность (замедленность мышления и речи, трудности при концентрации внимания, снижение двигательной активности):

- 4 – полный ступор;
- 3 – беседа с больным затруднена;
- 2 – явная заторможенность в беседе;
- 1 – незначительная заторможенность в беседе;
- 0 – темп мышления и речи без изменения

9. Возбуждение:

- 2 – заламывает руки, кусает ногти, губы, рвет волосы;
- 1 – двигательное беспокойство, «игра руками, волосами»;
- 0 – отсутствует

10. Тревога психическая:

- 4 – спонтанно излагает свои тревожные опасения;
- 3 – признаки особого беспокойства обнаруживаются в мимике и речи;
- 2 – беспокоится по незначительным поводам;
- 1 – внутренне напряжен и раздражен;
- 0 – отсутствует

11. Тревога соматическая (гипервентиляция, задержки дыхания, сердечно-сосудистые расстройства, головная боль, диспептические нарушения):

- 4 – очень тяжелая, вплоть до функциональных расстройств;
- 3 – тяжелая;
- 1 – средняя;
- 0 – отсутствует

<p>12. Желудочно-кишечные соматические нарушения: 2 – испытывают трудности в еде без помощи персонала, нуждается в назначении слабительных, лекарственных препаратов, способствующих пищеварению; 1 – жалуется на отсутствие аппетита, но ест самостоятельно без принуждения, испытывает тяжесть в желудке; 0 – отсутствуют</p>
<p>13. Общесоматические симптомы: 2 – отчетливая выраженность какого-либо соматического симптома оценивается в 2 балла; 1 – ощущение тяжести в конечностях, спине, голове, головные и мышечные боли. Ощущение усталости и потери энергии; 0 – отсутствуют</p>
<p>14. Расстройства сексуальной сферы: 2 – отчетливая выраженность снижения полового влечения; 1 – легкая степень снижения полового влечения; 0 – отсутствуют</p>
<p>15. Ипохондрические расстройства: 4 – бредовые ипохондрические идеи; 3 – частые жалобы, призывы о помощи; 2 – особая озабоченность своим здоровьем; 1 – повышенный интерес к собственному телу; 0 – отсутствуют</p>
<p>16. Потеря веса (оцениваются пункты А и Б): А. Оценка производится по анамнестическим данным: 3 – потеря веса составила 3 кг и более; 1 – потеря веса составила от 1 до 2,5 кг; 0 – отсутствует потеря веса. Б. Оценка проводится еженедельно в соответствии с показаниями взвешиваний: 2 – потеря веса составляет 1 кг или более в неделю; 1 – потеря веса составляет менее 0,5 кг в неделю; 0 – потеря веса составляет менее 0, 5 кг в неделю</p>
<p>17. Отношение к своему заболеванию: 2 – больным себя не считает; 1 – признает, что болен, но связывает причины заболевания с пищей, климатом, перегрузками на работе, вирусной инфекцией и т. д.; 0 – считает себя больным депрессией</p>
<p>18. Суточные колебания настроения: А. Отметить, когда наблюдаются ухудшения состояния – утром или вечером: 2 – вечером; 1 – утром; 0 – состояние не меняется.</p>

Б. Если колебания имеются, уточнить их выраженность:

2 – выраженные;

1 – слабые;

0 – состояние не меняется

19. *Деперсонализация и дереализация (чувство нереальности мира, нигилистические идеи):*

4 – полностью охватывают сознание больного;

3 – сильно выражены;

2 – умеренно выражены;

1 – слабо выражены

0 – отсутствуют

20. *Бредовые (параноидные, персекуторные) расстройства:*

3 – бредовые идеи преследования или отношения;

2 – идеи отношения;

1 – повышенная подозрительность;

0 – отсутствуют

21. *Обсессивно-компульсивные расстройства:*

2 – сильно выражены;

1 – слабо выражены;

0 – отсутствуют

Примечание. При оценке состояния больного необходимо выбрать

и подчеркнуть только один балл. Подсчитать общее количество баллов:

легкая депрессия – 7–16 баллов;

средней тяжести – 17–27 баллов;

тяжелые депрессии – более 27 баллов.

Глава 19. СКРИНИНГ-МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Для выяснения у лиц, обращающихся за врачебной помощью, злоупотребления или наличия зависимости от психоактивных веществ возможно проведение скринингового обследования. Это позволит выявить проблемы, связанные с приемом психоактивных веществ до тех пор, пока они не стали более скрытыми.

Скрининг можно проводить во время обычного исследования физического состояния пациента; в процессе сбо-

ра анамнеза; при выявлении характера питания; когда пациент интересуется вопросами, связанными с употреблением психоактивных веществ; во время визитов к пациенту по другим поводам; когда об этом просят родственники, друзья, сослуживцы.

Наиболее распространенным является скрининговый опросник УРВО, который состоит из четырех вопросов. Он пригоден как для выявления алкогольных проблем, так и проблем, связанных с употреблением наркотиков:

• *У Вас когда-нибудь возникало чувство, что Вы должны постараться уменьшить потребление алкоголя или наркотиков?*

• *У Вас когда-нибудь люди вызывали раздражение своими упреками в отношении Вашего употребления алкоголя или наркотиков?*

• *Испытывали ли Вы когда-нибудь чувство вины по поводу своего употребления алкоголя или наркотиков?*

• *Вы когда-нибудь утром опохмелялись, употребляли наркотики, чтобы успокоить свои нервы либо избавиться от плохого самочувствия или чтобы обрести способность что-нибудь делать?*

Примечание. Аббревиатура УРВО составлена из начальных букв ключевого слова каждого вопроса (уменьшить, раздражение, вины, опохмелялись).

Имеется также и другой вариант скринингового опросника – БРВП:

1. *Пытались ли Вы когда-нибудь бросить пить?*

2. *Раздражает ли Вас, когда люди спрашивают о том, как Вы пьете?*

3. *Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?*

4. *Похмелялись ли Вы когда-нибудь по утрам?*

БРВП – (ключевые слова: бросить, раздражает, вины, опохмелялись).

Риск существования алкогольных проблем имеется при положительном ответе на любой из этих вопросов. Проблема вероятна, если пациент положительно отвечает на два или три вопроса. Четыре положительных ответа свидетельствуют о высокой вероятности алкогольной (наркоманической) зависимости.

Вопросы УРВО, БРВП полезны не только для скрининга, но и для объяснения связи между употреблением алко-

голя или наркотиков и потенциальными негативными его последствиями. К примеру, за положительным ответом на вопрос о чувстве вины может последовать вопрос: «Что вызывает у Вас чувство вины?». Это может позволить выявить, что употребление психоактивных веществ вызывает трудности на работе или дома.

Возможно использовать также тест. AUDIT (Тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя), который был разработан ВОЗ в 80-х годах XX в. для выявления лиц на ранних этапах алкогольных проблем. Однако этот скрининговый тест может также определять более выраженные проблемы с достаточно высокой точностью. В тесте три вопроса посвящены количеству употребляемого алкоголя и частоте выпивок, три вопроса – зависимости от алкоголя и четыре вопроса – проблемам, вызванным алкоголем, включая неблагоприятные психологические реакции.

AUDIT-тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя

Обведите номер, наиболее близкий к ответу пациента.

- 1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?**
 - (0) никогда
 - (1) 1 раз в месяц или реже
 - (2) 2–4 раза в месяц
 - (3) 2–3 раза в неделю
 - (4) 4 и более раз в неделю
- 2. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день выпивки?**

	Стандарт- ная порция	Водка (мл) 40 об%	Крепленое вино (мл) 17–20 об%	Сухое вино (мл) 11–13 об%	Пиво (бут.) 5 об%
(0)	1 или 2	30–60	75–150	75–150	250 мл–1 бут.
(1)	3 или 4	90–120	225–300	300–400	1,5 бут. –2 бут.
(2)	5 или 6	150–180	375–450	500–600	2,5 бут. –3 бут.
(3)	7 или 8	210–240	525–600	700–800	3,5 бут. –4 бут.
(4)	10 или более	300 и более	750 и более	1000 и более	5 бут. и более

- 3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одной выпивки?**
- (0) никогда
 - (1) менее чем 1 раз в месяц
 - (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
 - (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
 - (4) ежедневно или почти ежедневно
- 4. Как часто за последний год Вы находили, что не способны остановиться, начав пить?**
- (0) никогда
 - (1) менее чем 1 раз в месяц
 - (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
 - (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
 - (4) ежедневно или почти ежедневно
- 5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?**
- (0) никогда
 - (1) менее чем 1 раз в месяц
 - (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
 - (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
 - (4) ежедневно или почти ежедневно
- 6. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?**
- (0) никогда
 - (1) менее чем 1 раз в месяц
 - (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
 - (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
 - (4) ежедневно или почти ежедневно
- 7. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после выпивки?**
- (0) никогда
 - (1) менее чем 1 раз в месяц
 - (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
 - (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
 - (4) ежедневно или почти ежедневно
- 8. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?**
- (0) никогда
 - (1) менее чем 1 раз в месяц

- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно)
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно)
- (4) ежедневно или почти ежедневно

9. Являлись ли когда-нибудь Ваши выпивки причиной телесных повреждений у Вас или других людей?

- (0) никогда
- (2) да, но это было более чем год назад
- (4) да, в течение этого года

10. Случалось ли, что Ваш родственник или знакомый, или доктор, или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?

- (0) никогда
- (2) да, но это было более чем год назад
- (4) да, в течение этого года

Подсчитайте и запишите полученную сумму баллов _____.

Общее количество баллов, равное 8 или более, свидетельствует о вероятности злоупотребления алкоголем.

Глава 20. ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ПО ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Представленные в данной главе тестовые вопросы затрагивают такие разделы психиатрии, как общая психопатология, клиническая психиатрия и наркология, организационная и судебная психиатрия, психофармакотерапия, психотерапия, сексология и др.

Ответы на поставленные тестовые вопросы в каждом отдельном случае требуют использования логического мышления с проведением операций анализа, синтеза, сравнения, обобщения, исключения и др. Ряд вопросов требует перевода описательной формы в понятийную и, наоборот, из понятийной в описательную. Для решения тестовых вопросов необходимы достаточно глубокие знания, умения и навыки, которые приобретаются в процессе обучения в психиатрической клинике.

1. Подберите среди ответов наиболее соответствующий следующему понятию: соли вальпроевой кислоты.
 1. Применяется для лечения больших судорожных припадков
 2. Применяется для лечения малых припадков и абсансов
 3. Эффективен при самых различных пароксизмах
 4. Применяется для лечения эпилептического статуса
 5. Противосудорожным действием не обладает
2. Подберите среди ответов наиболее соответствующий следующему понятию: полное отсутствие способности к речи.
 1. Умеренная умственная отсталость (имбецильность)
 2. Легкая умственная отсталость (дебильность)
 3. Глубокая умственная отсталость (идиотия)
 4. Все перечисленные состояния
 5. Ни одно из названных состояний
3. Подберите среди ответов наиболее соответствующий следующему понятию: наиболее частое проявление конечных состояний при шизофрении.
 1. Апатия
 2. Слабодушие
 3. Амбивалентность
 4. Дисфория
 5. Эйфория
4. Утрата способности говорить при сохранении способности слышать.
 1. Негативизм
 2. Писчий спазм
 3. Мутизм
 4. Деменция
 5. Амнезия
5. Выделите преобладающий психотропный эффект препарата седуксен.
 1. Купирование возбуждения
 2. Подавление бреда и галлюцинаций
 3. Купирование депрессии
 4. Лечение псевдопаркинсонизма
 5. Анксиолитический (противотревожный) эффект
6. Больной ослаблен, дезориентирован в месте, времени, собственном «я», возбужден в пределах постели, речь бессвязная.
 1. Делирий
 2. Онейроид

3. Аменция
 4. Сумеречное состояние
 5. Ни одно из названных состояний
- 7. Эмоциональное расстройство в пожилом возрасте проявляется неустойчивым настроением, слезливостью.**
1. Апатия
 2. Амбивалентность
 3. Слабодушие
 4. Дисфория
 5. Эйфория
- 8. Повышенное настроение и активность, стремление к деятельности.**
1. Кататонический синдром
 2. Гебефренический синдром
 3. Паранойяльный синдром
 4. Маниакальный синдром
 5. Мориоидный синдром
- 9. Подберите среди ответов наиболее соответствующие следующему понятию: продуктивная симптоматика.**
1. Прогрессирующая амнезия
 2. Систематизированный бред
 3. Эйфория
 4. Абулия
 5. Лакунарное слабоумие
- 10. Подберите среди ответов наиболее соответствующий аминазину.**
1. Транквилизатор
 2. Антидепрессант
 3. Нейролептик
 4. Ноотроп
 5. Ничего из перечисленного
- 11. Снижение настроения, связанное с невозможной потерей жизненно важных для человека ценностей.**
1. Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)
 2. Депрессивный эпизод (реактивная депрессия)
 3. Шизофрения
 4. Инволюционная депрессия
 5. Психогенный параноидный психоз (реактивный параноид)

- 12. Что может послужить причиной возникновения социально опасных форм поведения.**
1. Бредовые идеи
 2. Дисфория
 3. Патологический аффект
 4. Патологическое опьянение
 5. Все вышеперечисленное
- 13. Больной чувствует, что части его тела стали непропорциональны, а руки и ноги изменили свои размеры.**
1. Сенестопатии
 2. Истинные галлюцинации
 3. Иллюзии
 4. Расстройства схемы тела
 5. Псевдогаллюцинации
- 14. Подберите среди ответов наиболее соответствующий следующему понятию «негативная симптоматика».**
1. Тотальное слабоумие
 2. Лакунарное слабоумие
 3. Концентрическое слабоумие
 4. Все указанные типы слабоумия
 5. Ни одно из названных расстройств
- 15. Расстройство ориентировки в месте и времени.**
1. Онейроид
 2. Делирий
 3. Сумеречное расстройство сознания
 4. Аменция
 5. Ничего из перечисленного
- 16. Наличие бреда, галлюцинаций, двигательного возбуждения и расстройства сознания характерны для:**
1. Расстройства личности (психопатии)
 2. Параноидной шизофрении
 3. Биполярного аффективного расстройства (маниакально-депрессивного психоза)
 4. Алкогольного делирия
 5. Невротического расстройства (невроза)
- 17. Для лечения больного с агитированной депрессией наиболее показан:**
1. Мелипрамин
 2. Амитриптилин
 3. Реланиум

4. Лития карбонат
 5. Аминазин
18. **Что не характерно для нейролептического синдрома?**
1. Парезы и параличи
 2. Тремор, акатазия, гиперкинезы
 3. Мышечная скованность
 4. Токсический делирий
 5. Дискинетические расстройства
19. **Для делирия характерны все перечисленные симптомы, кроме:**
1. Бессонницы
 2. Сенестопатических расстройств
 3. Возбуждения
 4. Дезориентировки в месте и времени
 5. Сценоподобных истинных галлюцинаций
20. **Если больной, находящийся в клинике около месяца, заявляет, что вчера был на работе, то это:**
1. Псевдореминисценция
 2. Конфабуляция
 3. Ретроградная амнезия
 4. Гипермнезия
 5. Криптомнезия
21. **Кому из больных с расстройством личности (психопатов) свойственны подозрительность, сверхценные идеи, эгоцентризм, склонность к сутяжничеству?**
1. Возбудимым
 2. Психастеникам
 3. Истерическим
 4. Параноидным (паранойяльным)
 5. Шизоидным
22. **Двигательная заторможенность не наблюдается:**
1. Кататонический ступор
 2. Депрессивный синдром
 3. Реактивный ступор
 4. Кататоническое возбуждение
 5. Оглушенное расстройство сознания
23. **Выраженные повышения чувствительности к действующим раздражителям:**
1. Парестезии
 2. Дерезализация

3. Деперсонализация
4. Парейдолии
5. Гиперстезия

24. Наиболее вероятная продолжительность делирия:

1. От нескольких минут до нескольких часов
2. 3–5 дней
3. 2–3 недели
4. Более месяца
5. Может продолжаться до 3 месяцев

25. Искаженное восприятие реально существующих предметов, явлений:

1. Галлюцинации
2. Иллюзии
3. Сенестопатии
4. Деперсонализация
5. Дистормофобия

26. Для какого синдрома характерны явления полиневрита и фиксационной амнезии у больных с алкогольной зависимостью?

1. Абстинентного
2. Параноидного
3. Делирия
4. Амнестического (корсаковский)
5. Галлюциноза

27. К противосудорожным препаратам относятся все, кроме:

1. Антелепсина (клоназепама)
2. Диаренина
3. Бензонала
4. Пиразидола
5. Финлепсина (карбамазепина)

28. Что не характерно для патологического аффекта?

1. Ригидность аффекта
2. Помрачение сознания
3. Двигательное возбуждение
4. Чувство витальной тоски
5. Полная амнезия

29. Псевдогаллюцинации включают в:

1. Синдром Кандинского – Клерамбо
2. Паранойяльный синдром

3. Дементный синдром
 4. Корсаковский синдром
 5. Абстинентный синдром
30. Какой из симптомов является важнейшим для установления диагноза «психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя»?
1. Высокая толерантность к алкоголю
 2. Наличие психической и физической зависимости от алкоголя
 3. Утрата рвотного рефлекса
 4. Атипичные формы опьянения
 5. Наличие деградации личности
31. Прогредиентное течение характерно для:
1. Простой шизофрении
 2. Гебефренической шизофрении
 3. Кататонической шизофрении
 4. Параноидной шизофрении
 5. Всех форм шизофрении
32. Бред ревности при длительном злоупотреблении алкоголем встречается при:
1. Расстройствах личности (психопатии)
 2. Психических расстройствах вследствие употребления алкоголя (алкоголизм 3-й стадии)
 3. Амнестическом синдроме вследствие употребления алкоголя
 4. Алкогольном галлюцинозе
 5. Алкогольном параноиде
33. Псевдогаллюцинации обычно возникают при:
1. Психических расстройствах в результате употребления алкоголя (алкоголизме)
 2. Конверсионном расстройстве
 3. Старческом слабоумии
 4. Шизофрении
 5. Эпилепсии
34. Подберите среди ответов, наиболее соответствующий следующему понятию: астазия-абазия.
1. Невротические расстройства (неврастения)
 2. Прогрессивный паралич
 3. Конверсионное расстройство (истерический невроз)

4. Обсессивно-компульсивное расстройство (невроз навязчивых состояний)
 5. Ни одно из перечисленного
- 35. Сохранность критической оценки к своему психическому состоянию имеется при:**
1. Паранойальном синдроме
 2. Параноидном синдроме
 3. Парафрениом синдроме
 4. Кататоническом синдроме
 5. Отсутствует при всех перечисленных синдромах
- 36. Выделите методы активной терапии прогрессивного паралича:**
1. Антидепрессантами
 2. Электросудорожной терапией
 3. Инсулинотерапией
 4. Нейролептиками
 5. Антибиотиками
- 37. Определите препарат выбора для лечения больного в состоянии острого реактивного (психогенного) возбуждения:**
1. Галоперидол
 2. Амитриптилин
 3. Реланиум
 4. Фенобарбитал
 5. Триседил
- 38. Определите нехарактерный клинический признак эпилептической болезни.**
1. Хроническое течение
 2. Нарастание изменений личности и интеллекта
 3. Судорожные припадки
 4. Амбивалентность
 5. Специфические нарушения ЭЭГ
- 39. Для какого расстройства личности характерны: эмоциональная холодность, отсутствие удовольствия от любой деятельности, повышенная озабоченность интроспекцией, нечувствительность к социальным нормам:**
1. Импульсивное расстройство личности
 2. Шизоидное расстройство личности
 3. Истерическое расстройство личности
 4. Параноидное расстройство личности
 5. Тревожное расстройство личности

- 40. Какое из указанных ниже расстройств не характерно для проявления шизофренического процесса?**
1. Онейроид
 2. Гебефренический синдром
 3. Депрессивный синдром
 4. Сумеречное расстройство сознания
 5. Навязчивости
- 41. В характере доминирует педантичность, угодливость, эгоцентризм, временами раздражительность.**
1. Тотальное слабоумие
 2. Лакунарное слабоумие
 3. Эпилептическое слабоумие
 4. Все указанные типы слабоумия
 5. Ни одно из указанных расстройств
- 42. У больного развился эпилептический статус. Какова наиболее оптимальная тактика?**
1. Вызвать реанимационную бригаду
 2. Предотвратить травмы
 3. Седуксен ввести внутримышечно медленно
 4. Камфору ввести внутримышечно
 5. Удерживать больного
- 43. Для острой реакции на стресс (аффективно-шоковых реакций) характерно все следующее, кроме:**
1. Возникают во время катастроф и стихийных бедствий
 2. Сопровождаются помрачением сознания
 3. Поведение характеризуется детскостью и дурашливостью
 4. Больные могут представить опасность для себя или для окружающих
 5. Прогноз – полное выздоровление
- 44. На фоне высокой температуры у ребенка появились сценноподобные зрительные галлюцинации. Он не понимает, где находится, испуган, возбужден. Определите синдром:**
1. Онейроид
 2. Аменция
 3. Делирий
 4. Сумеречное расстройство
 5. Недостаточно данных для диагноза

- 45. Суточные колебания настроения с быстрым чередованием эпизодов:**
1. Депрессивный эпизод (реактивная депрессия)
 2. Инволюционная депрессия
 3. Депрессивная фаза биполярного расстройства со сменой гипоманиакальным эпизодом.
 4. Ни одно из приведенных
 5. Все указанные депрессии
- 46. Речь больного неконкретна, витиевата, отсутствует тематическая содержательность, целенаправленность:**
1. Замедление мышления
 2. Шперрунг
 3. Резонерство
 4. Патологическая обстоятельность
 5. Паралогическое мышление
- 47. Какие из перечисленных расстройств не относятся к навязчивостям?**
1. Клаустрофобия
 2. Ритуалы
 3. Страх загрязнения (мизофобия)
 4. Идеи ревности
 5. Клептомания
- 48. Подберите среди ответов наиболее соответствующий рудотелю (мезапаму):**
1. Нейролептик
 2. Транквилизатор
 3. Антидепрессант
 4. Ноотроп
 5. Ничего из перечисленного
- 49. Какие расстройства наиболее характерны для гебефренической формы шизофрении?**
1. Дурашливость и гримасничанье
 2. Депрессивный синдром
 3. Маниакальное возбуждение
 4. Синдром Кандинского – Клерамбо
 5. Негативизм
- 50. При каких заболеваниях недопустимо применение антидепрессантов?**
1. Биполярном аффективном расстройстве (маниакально-депрессивном психозе)
 2. Депрессивном эпизоде (реактивной депрессии)

3. Шизофрении
 4. Эпилепсии
 5. Легком депрессивном эпизоде
- 51. Симптом клинического госпитализма возникает в условиях:**
1. Длительного содержания в травматологическом отделении
 2. Терапевтического отделения
 3. Детского стационара
 4. Дневного стационара
 5. Все перечисленное
- 52. Синдром Мюнхгаузена характеризуется:**
1. Бредом отношения
 2. Истинными галлюцинациями
 3. Неправдоподобными жалобами и мнимыми соматическими заболеваниями
 4. Симптомом деперсонализации
 5. Всем перечисленным
- 53. Сочетание слащавости и злобности свойственно психопатологическим чертам личности:**
1. Шизоида
 2. Циклоида
 3. Эпилептоида
 4. Истерики
 5. Ни одному из перечисленных
- 54. Определите степень выраженности умственной отсталости 14-летнего подростка, у которого не развита речь, отсутствуют навыки самообслуживания, понимания окружающей действительности.**
1. Легкая умственная отсталость
 2. Умеренная умственная отсталость
 3. Тяжелая умственная отсталость (имбецильность)
 4. Глубокая умственная отсталость (идиотия)
 5. Специфическое расстройство развития школьных навыков
- 55. Установите ведущий психопатологический синдром, который развился у ребенка на фоне высокой температуры с появлением страха, тревоги, двигательного беспокойства, зрительных галлюцинаций, дезориентировки в месте и времени.**
1. Сумеречное расстройство
 2. Онейроид

3. Делирий
 4. Оглушенное расстройство сознания
 5. Кома
- 56. Из перечисленных ниже заболеваний выделите то, которое с детского возраста характеризуется нарастанием эмоционально-волевого снижения, негативизмом, дурашливостью, расторможенностью, чувством собственной измененности, вычурным поведением.**
1. Эпилепсия
 2. Расстройство личности (психопатия)
 3. Олигофрения
 4. Шизофрения
 5. Психогенный параноидный психоз (реактивный психоз)
- 57. После помещения ребенка в больницу и в разлуке с родителями у него появилось сниженное настроение, тревожность, плаксивость, отказ от речевого общения и приема пищи. Какие препараты наиболее показаны при данном состоянии?**
1. Нейролептики
 2. Транквилизаторы
 3. Противосудорожные средства
 4. Ноотропы
 5. Витамины
- 58. Что не относится к расстройству полового предпочтения?**
1. Фетишизм
 2. Транссексуализм
 3. Эксгибиционизм
 4. Садомазохизм
 5. Ничего из перечисленного
- 59. Причиной повреждения ЦНС у детей может являться:**
1. Корь
 2. Вакцинация
 3. Коклюш
 4. Высокие температурные реакции
 5. Все перечисленное
- 60. Первичным симптомом болезненного состояния ЦНС является:**
1. Интеллектуальная неполноценность
 2. Гиперактивность

3. Задержка развития
 4. Нарушение чтения
 5. Все перечисленное
61. Женщина 56 лет, длительно болеющая гипертонической болезнью, жалуется на забывчивость (долго не может вспомнить, где положила вещи, деньги):
1. Деменция
 2. Гипомнезия
 3. Фиксационная амнезия
 4. Слабодушие
 5. Дисфория
62. У больного сахарным диабетом после введения инсулина и длительного голодания возникла заторможенность, вялость, замедленность реакции, обедненность двигательной и речевой активности. Развитие какого синдрома возможно в этом случае?
1. Онейроида
 2. Делирия
 3. Оглушенного расстройства сознания
 4. Сумеречного расстройства сознания
 5. Аменции
63. В структуре какого синдрома имеют место следующие расстройства: неустойчивость артериального давления, нарушения сердечного ритма, бессонница, потливость, гипертензия, неустойчивое настроение, боли в области сердца?
1. Паранойяльного
 2. Дементного
 3. Астенического
 4. Судорожного
 5. Маниакального
64. Какой вид нарушения мышления характерен для обсессивно-компульсивных расстройств (невроза навязчивых состояний)?
1. Сверхценные идеи
 2. Бредоподобные фантазии
 3. Канцерофобия
 4. Мантизм
 5. Персеверация мышления

- 65. Что является основным этиологическим фактором для возникновения невротических расстройств (невроза)?**
1. Ослабление организма после соматического заболевания
 2. Сотрясение головного мозга
 3. Длительное употребление алкоголя
 4. Длительная психотравмирующая ситуация
 5. Острый стресс
- 66. Для лечения бессонницы при неврозе наиболее показан:**
1. Мелипрамин
 2. Амитриптилин
 3. Радедорм
 4. Аминазин
 5. Галоперидол
- 67. Когда встречается синдром отмены?**
1. Наблюдается при атипичных формах опьянения
 2. Обычно возникает на 2-й стадии алкоголизма
 3. Наблюдается во всех стадиях течения алкоголизма
 4. Обычно возникает на 3-й стадии алкоголизма
 5. Для алкоголизма не характерно
- 68. К какой группе препаратов относится пирацетам?**
1. Психостимулятор
 2. Транквилизатор
 3. Антидепрессанты
 4. Ноотропы
 5. Ничего из перечисленного
- 69. Когда наиболее эффективен бензонал?**
1. Применяется преимущественно при лечении больших судорожных припадков
 2. При лечении малых припадков и абсансов
 3. При самых различных пароксизмах
 4. Противосудорожным действием не обладает
 5. При эпилептических психозах
- 70. При какой форме шизофрении чаще встречается синдром Кандинского – Клерамбо?**
1. Простой шизофрении
 2. Гебефренической шизофрении
 3. Кататонической шизофрении
 4. Параноидной шизофрении
 5. Всех формах шизофрении

71. Какой препарат показан в состоянии классической (за-
торможенной) депрессии?
1. Мелипрамин (имизин)
 2. Амитриптилин
 3. Сиднокарб
 4. Лития карбонат
 5. Ноотропил (пирацетам)
72. Когда наблюдается физическая зависимость от алкоголя?
1. При эпизодическом употреблении алкоголя
 2. На всем протяжении течения алкоголизма
 3. Обычно возникает при наличии абстинентного синдрома на 2-й стадии алкогольной зависимости
 4. Обычно возникает в исходном состоянии алкоголизма
 5. Для алкоголизма не характерно
73. При каком типе течения встречается люцидная кататония?
1. Непрерывный, злокачественный
 2. Непрерывный, среднепрогредиентный
 3. Непрерывный, малопрогредиентный (вялотекущий)
 4. Приступообразно-прогредиентный (шубообразный)
 5. Периодический (рекуррентный)
74. Больной недоступен, лежит с закрытыми глазами, не реагирует на вопросы, при попытке сделать инъекцию начинает стонать. При каком состоянии больной реагирует на боль, но в контакт не вступает?
1. Оглушение
 2. Сопор
 3. Кома
 4. Все перечисленные состояния
 5. Ни одно из перечисленного
75. Что не характерно для гебефренической формы шизофрении?
1. Раннее начало заболевания (14–17 лет)
 2. Безремиссионное течение
 3. Преобладание в клинической картине возбуждения и дурашливой веселости
 4. Онейроидное помрачение сознания
 5. Быстрое формирование апатико-абулического синдрома

- 76. Какой лекарственный препарат лучше всего снимает психомоторное возбуждение?**
1. Галоперидол
 2. Амитриптилин
 3. Реланиум (диазепам)
 4. Фенобарбитал
 5. Френолон
- 77. Чем заканчивается амнестический (корсаковский психоз) синдром при психических расстройствах в результате употребления алкоголя?**
1. Полное выздоровление
 2. Регрессиентное течение
 3. Прогрессиентное течение
 4. Формирование лакунарного слабоумия
 5. Формирование тотального слабоумия
- 78. К какой группе относится аминазин?**
1. Препаратам, обладающим противосудорожным эффектом
 2. Антидепрессантам
 3. Транквилизаторам
 4. Нейролептикам
 5. Препаратам, обладающим противоалкогольным эффектом
- 79. Какие расстройства не типичны для биполярного аффекта (маниакально-депрессивного расстройства)?**
1. Расстройства ассоциативной сферы
 2. Расстройства двигательной-волевой сферы
 3. Расстройства сознания
 4. Расстройства аффективной сферы
 5. Бредовые идеи
- 80. Для какой патологии наиболее типичен делириозный синдром?**
1. Сосудистая деменция
 2. Инфекционные психозы
 3. Травматическая болезнь головного мозга
 4. Белая горячка
 5. Тяжело протекающие соматические заболевания
- 81. При каком заболевании часто встречаются парамнезии?**
1. Биполярно-аффективном расстройстве
 2. Невротическом расстройстве
 3. Психогенном параноидном психозе

4. Корсаковском психозе
 5. Алкогольном галлюцинозе
- 82. В каком случае при специфическом расстройстве личности обычно не констатируется стойкая утрата трудоспособности (инвалидность)?**
1. В случае психопатического расстройства личности
 2. При продолжительных декомпенсациях (более 4 месяцев)
 3. При неэффективности медикаментозного лечения свыше 4 месяцев
 4. При всех вариантах расстройства личности
 5. При невротических расстройствах личности
- 83. Когда развивается нарушение памяти по закону Рибо?**
1. Антероградная амнезия
 2. Прогрессирующая амнезия
 3. Фиксационная амнезия
 4. Все указанные виды амнезий
 5. Ни один из названных симптомов
- 84. Что не типично для биполярно-аффективного расстройства?**
1. Эндогенное заболевание
 2. Возникает в зрелом возрасте (30–60 лет)
 3. Характерно фазовое течение
 4. Симптоматика исчерпывается маниакальным и депрессивным синдромами
 5. Приводит к эмоционально-волевому оскудению
- 85. В каком варианте аминазин наиболее активно проявит свой психотропный эффект?**
1. Купирование возбуждения, седация
 2. Подавление бреда и галлюцинаций
 3. Купирование депрессии, активация
 4. Купирование депрессии, седативный эффект
 5. Анксиолитический (противотревожный) эффект
- 86. Что не типично для корсаковского психоза?**
1. Фиксационная амнезия
 2. Дезориентация в месте и времени
 3. Дезориентация в собственной личности
 4. Псевдореминисценция и конфабуляция
 5. Полинейропатия
- 87. Для сосудистых заболеваний мозга характерно:**
1. Врожденное слабоумие
 2. Приобретенное слабоумие

3. Концентрическое слабоумие
 4. Все указанные типы слабоумия
 5. Ни одно из названных расстройств
- 88. Какое из эмоциональных расстройств наиболее часто встречается при эпилепсии?**
1. Эйфория
 2. Амбивалентность
 3. Слабодушие
 4. Апатия
 5. Дисфория
- 89. Для невротических расстройств характерно нарушение мышления:**
1. Патологической обстоятельности
 2. Ментизма и шперрунга
 3. Бреда
 4. Навязчивости
 5. Поверхностного, бегущего мышления
- 90. При бессоннице, невротическом обсессивном расстройстве показан:**
1. Мелипрамин (имизин)
 2. Амитриптилин
 3. Радедорм (нитразепам)
 4. Фенобарбитал
 5. Аминазин
- 91. Что из нижеперечисленного может привести к возникновению синдрома Ганзера?**
1. Катастрофы, угрожающие жизни человека
 2. Смерь близкого человека
 3. Стихийные бедствия
 4. Тюремное заключение
 5. Распад семьи
- 92. Что не типично для клинической картины опухолей головного мозга?**
1. Ганзеровский синдром
 2. Кататонический синдром
 3. Расстройства интеллекта и памяти
 4. Расстройства воли и влечений
 5. Эпилептиформные припадки

- 93. Что не относится к расстройствам памяти?**
1. Антероградная амнезия
 2. Псевдореминисценции
 3. Ретроградная амнезия
 4. Ментизм и шперрунг
 5. Конфабуляции
- 94. Для какой сферы характерно сочетание ступора с негативизмом и эхо-реакциями?**
1. Простая шизофрения
 2. Гебефреническая шизофрения
 3. Кататоническая шизофрения
 4. Параноидная шизофрения
 5. Все формы шизофрении
- 95. К какой группе препаратов относится аминалон?**
1. Нейролептик
 2. Транквилизатор
 3. Антидепрессант
 4. Ноотроп
 5. Ни к одной из перечисленных
- 96. К какой группе препаратов относится лития карбонат?**
1. Нейролептик
 2. Транквилизатор
 3. Нормотимик
 4. Психостимулятор
 5. Ни к одной из перечисленных
- 97. Основные показания к применению триметина:**
1. Преимущественно для лечения больших судорожных припадков
 2. Преимущественно для лечения малых припадков и абсансов
 3. Эффективен при самых различных пароксизмах
 4. Противосудорожным действием не обладает
 5. Не применяется при лечении эпилепсии
- 98. Определите, где седуксен (диазепам) окажет преобладающий психотропный эффект.**
1. Купирование возбуждения, седация
 2. Подавление бреда и галлюцинаций
 3. Купирование депрессии, активизация
 4. Купирование депрессии, седативный эффект
 5. Анксиолитический (противотревожный) эффект

- 99. Что не характерно для шизоаффективного расстройства?**
1. Начало в зрелом возрасте (50–60 лет)
 2. Наличие интермиссий
 3. Аффективные приступы (депрессия или мания)
 4. Онейроидно-кататонические приступы
 5. Мягкий медленно нарастающий эмоционально-волевой дефект
- 100. При каком варианте шизофрении характерно регрессиентное течение?**
1. Непрерывная шизофрения
 2. Параноидная шизофрения
 3. Гебефреническая шизофрения
 4. Все типы течения шизофрении
 5. Ни одна из форм шизофрении
- 101. Определите наиболее злокачественную форму шизофрении:**
1. Онейроидная кататония
 2. Депрессивно-параноидная форма
 3. Циркулярная форма
 4. Гебефреническая форма
 5. Галлюцинаторно-параноидная форма
- 102. Что не типично для синдрома Ганзера?**
1. Острое психогенное начало
 2. Сумеречное помрачение сознания
 3. Фиксационная амнезия
 4. Ошибки при выполнении простейших заданий
 5. Прогноз – полное выздоровление
- 103. Какой из вариантов более точен для понятия «дисморфомания (дисморфофобия)»?**
1. Ощущение, что окружающие предметы изменились по форме
 2. Ощущение, что изменился размер окружающих предметов
 3. Убежденность в наличии физического недостатка или уродства
 4. Стремление к бродяжничеству, воровству, алкоголизации
 5. Ощущение, что посторонние люди являются переодетыми и загримированными родственниками

- 104. К какой группе препаратов относится фенobarбитал?**
1. Нейролептики
 2. Транквилизаторы
 3. Антидепрессанты
 4. Ноотропы
 5. Ни к чему из перечисленного
- 105. Какие этиологические факторы характерны для невротических расстройств и реактивных психозов?**
1. Органические поражения ЦНС
 2. Инфекционно-токсический фактор
 3. Черепно-мозговые травмы
 4. Сосудистые заболевания головного мозга
 5. Психогенный фактор
- 106. Что не характерно для генуинной эпилепсии?**
1. Основная причина – травмы головного мозга
 2. Течение – прогрессирующее
 3. Характерны судорожные и бессудорожные пароксизмы
 4. Нарастает педантичность, эгоцентризм, медлительность
 5. Исход – концентрическое слабоумие
- 107. Какой прогноз при диагнозе: специфическое (психопатическое) расстройство личности?**
1. Полное выздоровление
 2. Медленное улучшение состояния
 3. Стабильное, малообратимое состояние
 4. Волнообразное течение с частыми сезонными обострениями
 5. Прогрессирующее (нарастающее) течение
- 108. Что не характерно для специфического (психопатического) расстройства личности?**
1. Склонность к совершению асоциальных поступков
 2. Мечтательность, фантазирование
 3. Симптом Пирогова
 4. Склонность к возникновению навязчивостей
 5. Постоянный самоанализ, стремление избежать неудачи
- 109. К какой группе препаратов относится сибазон?**
1. Нейролептики
 2. Транквилизаторы

3. Антидепрессантам
 4. Психостимуляторам
 5. Ни к чему из перечисленного
- 110. Какой из симптомов характеризуется потоком чуждых мыслей?**
1. Ускорение мышления
 2. Бессвязность
 3. Разорванность
 4. Ментизм
 5. Персеверация
- 111. Какое описание соответствует понятию «психический автоматизм»?**
1. Отчуждение больным своих чувств, мыслей, движений
 2. Подсознательное повторение больным мимики врача
 3. Сложные суждения больного, не поддающиеся коррекции
 4. Подсознательно совершаемые повторные движения
 5. Импульсивные, немотивированные поступки больных
- 112. Что не характерно для депрессивного эпизода (реактивной депрессии)?**
1. Развивается непосредственно после возникновения психотравмирующей ситуации
 2. Идеи самообвинения
 3. Ведущая симптоматика – галлюцинаторно-бредовая
 4. Часто наблюдается моторная и идиаторная заторможенность
 5. Исход – полное выздоровление без негативной симптоматики
- 113. Какое проявление не входит в понятие «синдром отмены»?**
1. Эмоциональное расстройство
 2. Снижение интеллекта
 3. Нарушение сна
 4. Соматовегетативное расстройство
 5. Неврологическое расстройство
- 114. Могут ли возникнуть после избыточной алкоголизации у здоровых людей перечисленные состояния?**
1. Алкогольный делирий
 2. Алкогольный галлюциноз
 3. Алкогольный паранойд

4. Все перечисленные психозы
 5. Ни один из указанных психозов
115. При каком состоянии отсутствует сумеречное помрачение сознания?
1. Сопор
 2. Амбулаторный автоматизм
 3. Транс
 4. Патологический аффект
 5. Сомнамбулизм
116. Что из указанных средств и методов не используется для специфического лечения хронического алкоголизма?
1. Условно-рефлекторная терапия (УРТ)
 2. Антабус (тетурам, эспераль)
 3. Пенициллин
 4. Метронидазол (трихопол)
 5. Гипноз
117. 12-летняя девочка, госпитализированная в хирургическую клинику, возбуждена, плачет и заявляет, что в комнате на вешалке для одежды висит страшная голова. Когда врач зажег свет, то оказалось, что на самом деле это обычное пальто и шляпа. Как называется данное явление?
1. Галлюцинация
 2. Дерезализация
 3. Иллюзия (парейдолия)
 4. Бредовые идеи
 5. Сенестопатии
118. Наиболее низкий риск суицида среди:
1. Вдовцов
 2. Разведенных
 3. Одиноких
 4. Женатых
 5. Гомосексуалистов
119. При оценке психологического статуса пациента врач спросил: что общего между кроватью и шкафом. Пациент ответил: в обоих предметах имеются ножки. Этот ответ говорит о наличии у пациента:
1. Абстрактного мышления
 2. Конкретного мышления
 3. Разорванного мышления
 4. Символического мышления
 5. Аутистического мышления

- 120. В психиатрической практике использование электроэнцефалографии особенно показано для диагностики следующих расстройств:**
1. Невротических состояний
 2. Аменции
 3. Делирия
 4. Шизофрении
 5. Эпилепсии
- 121. Кататония может появиться при:**
1. Алкогольной зависимости
 2. Шизофрении
 3. Невротических расстройствах
 4. Специфических расстройствах личности
 5. Наркоманической зависимости
- 122. Для какого синдрома характерен симптом насильственного говорения?**
1. Кататонического
 2. Психоорганического
 3. Параноидного
 4. Кандинского
 5. Паранойяльного
- 123. При каком состоянии наиболее показано лечение методом электрошока?**
1. Реактивном
 2. Параноидном
 3. Галлюцинозе
 4. Депрессивном
 5. Маниакальном
- 124. При каком синдроме расстройства сознания имеет место менее выраженное психомоторное возбуждение?**
1. Делириозном
 2. Сумеречном
 3. Особом
 4. Сопоре
 5. Аментивном
- 125. Для какой формы шизофрении основным проявлением служит апатоабулический синдром?**
1. Кататонической
 2. Депрессивно-параноидной
 3. Недифференцированной шизофрении

4. Простой
 5. Гебефренической
- 126. Какой из указанных синдромов относится к синдрому расстроенного сознания?**
1. Галлюциноз
 2. Ипохондрический
 3. Аментивный
 4. Корсаковский амнестический
 5. Гебефренический
- 127. Какой симптом не входит в синдром Кандинского – Клерамбо?**
1. Открытости мыслей
 2. Насильственного говорения
 3. Мантизм
 4. Персеверация мышления
 5. Моновокальный псевдогаллюциноз
- 128. Для какой формы шизофрении характерно периодическое течение?**
1. Острый параноид
 2. Люцидная кататония
 3. Простая форма
 4. Острая парафрения
 5. Остро возникающий синдром Кандинского – Клерамбо
- 129. Какие симптомы характерны для хронического алкоголизма?**
1. Употребление суррогатов
 2. Псевдозапой
 3. Интолерантность
 4. Отсутствие рвотного рефлекса
 5. Все вышеперечисленное
- 130. Когда встречается симптом пуэрилизма?**
1. Шизофрения
 2. Эпилепсия
 3. Реактивно-диссоциативный (конверсионный) психоз
 4. Инволюционный психоз
 5. Биполярно-аффективное расстройство
- 131. Ингибитор моноаминоксидазы может:**
1. Вызывать галлюцинации
 2. Ликвидировать галлюцинации
 3. Вызывать депрессию

4. Ликвидировать депрессию
5. Ни одно из перечисленного

132. При назначении нейролептиков иногда возникают:

1. Гиперкинезы
2. Аллергические реакции
3. Коллапс
4. Паркинсонический синдром
5. Все перечисленное

133. Синдромы зависимости описаны при приеме различных лекарственных препаратов, кроме:

1. Галоперидола
2. Циклодола
3. Седуксена
4. Барбитуратов
5. Ни одного из перечисленных

134. Главным признаком алкоголизма является:

1. Цирроз печени
2. Симптом опережения
3. Тремор конечностей
4. Синдром отмены
5. Синдром Куленкамппфа – Тарнова

135. Главным признаком алкоголизма является:

1. Гепатотестиккулярный синдром
2. Симптом «красного носа»
3. Симптом зависимости
4. Употребление суррогатов
5. Все перечисленное

136. Нарушение синтеза при сохраненном анализе встречается при:

1. Делирии
2. Аменции
3. Онейроиде
4. Особом расстройстве сознания
5. Сумеречном расстройстве сознания

137. Для эпилептического делирия характерны галлюцинации:

1. Цветные
2. Устрашающие
3. Сценоподобные
4. Истинные
5. Все перечисленное

- 138. При интоксикационном делирии:**
1. Сохранена ориентировка
 2. Не меняется уровень сознания
 3. Амнезия отсутствует
 4. Отмечается делириозное состояние
 5. Все перечисленное
- 139. Для алкогольного делирия характерно:**
1. Зрительные черно-белые галлюцинации
 2. Зоомикросии
 3. Истинные, устрашающие галлюцинации
 4. Слуховые галлюцинации в третьем лице
 5. Все перечисленное
- 140. Для алкогольного делирия характерно:**
1. Мантизм
 2. Чувство овладения
 3. Симптом Липмана
 4. Симптом Пирогова
 5. Симптом Котара
- 141. Что из перечисленного не принадлежит к нарушению мышления по течению ассоциативного процесса?**
1. Навязчивые идеи
 2. Остановка мыслей
 3. Резонерство
 4. Обстоятельность
 5. Ригидность мышления
- 142. Для делирия характерно:**
1. Исчезновение симптомов к ночи
 2. Нарушение ориентировки в месте и времени
 3. Только цветные галлюцинации
 4. Все перечисленное
 5. Ничего из перечисленного
- 143. Суицидальные тенденции чаще возникают у больных:**
1. С фобическими расстройствами
 2. При депрессивных состояниях
 3. Шизофренией, у которых прогрессирует аутизм
 4. С хроническим параноидным состоянием
 5. Парафреническим синдромом
- 144. Больной считает себя главным действующим лицом при следующем расстройстве сознания:**
1. Делирий
 2. Онейроид

3. Аменция
4. Особое расстройство
5. Оглушенность

145. При онейроидном расстройстве сознания чаще отмечается бред:

1. Инсценировки
2. Интерметаморфозы
3. Экспансивный
4. Антагонистический
5. Все перечисленное

146. Для онейроида характерны галлюцинации:

1. Фантастического содержания
2. Единичные
3. Рефлекторные
4. Гипногагические
5. Гипнопомпические

147. Для онейроида более характерно нарушение памяти в виде:

1. Полной амнезии
2. Частичной амнезии
3. Фиксационной амнезии
4. Ни одной из перечисленных
5. Ничего из перечисленного

148. Синдром Ганзера возникает при:

1. Шизофрении
2. Депрессивном состоянии
3. Болезни Альцгеймера
4. Реактивно-диссоциативных психозах
5. Все перечисленное

149. При шизофрении электрошоковая терапия эффективна при:

1. Бредовом состоянии
2. Кататоническом возбуждении
3. Шизоаффективном состоянии
4. Гебефренической бессвязности
5. Все перечисленное

150. Толкование переносного смысла пословиц при шизофрении характеризуется:

1. Конкретным пониманием
2. Гиперсимволизацией с широким спектром используемых тем для объяснения

3. Использованием абстракций и обобщений при выделении главных и второстепенных признаков
 4. Ни одно из перечисленных
 5. Все перечисленное
151. Психические расстройства могут возникнуть при несчастных случаях на заводах от воздействия:
1. Свинца
 2. Сероуглерода
 3. Ртуты
 4. Антифриза
 5. Все перечисленное
152. Прогноз шизофрении связан с:
1. Прогрессиентностью течения
 2. Уровнем личностных изменений
 3. Возрастом начала процесса
 4. Все перечисленное
 5. Ни одно из перечисленных
153. Что из перечисленного не характерно для нервной анорексии:
1. Возраст начала после 30
 2. Аменорея
 3. Изнуряющее голодание
 4. Полнота в анамнезе
 5. Искусственная рвота
154. Отличить судороги при эпилептическом припадке от диссоциативных судорог помогут:
1. Данные ЭЭГ
 2. Характер судорожных явлений
 3. Особенности личности
 4. Состояние сознания
 5. Все перечисленное
155. Термин «дежавю» наиболее правильно отражает состояние:
1. Уже виденного
 2. Никогда не виденного
 3. Дерекализации в виде искажения предметов
 4. Все перечисленное
 5. Ни одно из перечисленного
156. Суицидальные тенденции могут проявляться при:
1. Биполярном аффективном расстройстве
 2. Инволюционной депрессии

3. Депрессивных реакциях с психотической симптоматикой
 4. Шизофрении
 5. Все перечисленное
- 157. Симптомами маниакального состояния являются:**
1. Расторможенность влечений
 2. Идеи величия
 3. «Скачки идей»
 4. Двигательная активность
 5. Все перечисленное
- 158. Симптомы мании противоположны симптомам депрессии, кроме:**
1. Двигательной активности
 2. Выносливости к утомлению
 3. Нарушений сна
 4. Гипермнезии
 5. Расторможенности влечений
- 159. Конфабуляции характерны для:**
1. Корсаковского психоза
 2. Алкогольного делирия
 3. Алкогольного галлюциноза
 4. Боязни Гайе – Вернике
 5. Алкогольной интоксикации
- 160. Как можно назвать убежденность больного в том, что он может читать мысли окружающих людей?**
1. Идеями отношения
 2. Навязчивостью
 3. Бредом
 4. Деперсонализацией
 5. Ни одно из перечисленных
- 161. Бредовые идеи не характерны для:**
1. Маниакального состояния
 2. Органических расстройств
 3. Инволюционной депрессии
 4. Невротических расстройств
 5. Все перечисленное
- 162. Какие расстройства характерны для шизофрении?**
1. Абулия
 2. Амбивалентность
 3. Негативизм
 4. Все перечисленное
 5. Ничего из перечисленного

- 163. Что не характерно для депрессивной фазы БПР?**
1. Повышенное настроение
 2. Заторможенность мыслительных процессов
 3. Скованность двигательной сферы
 4. Симптом «скорбного бесчувствия»
 5. Угнетенное настроение
- 164. Для шизофрении характерно все, кроме:**
1. Прогрессиентности течения
 2. Расщепления психической деятельности
 3. Abortивного течения
 4. Эмоционально-волевого расстройства
 5. Амбивалентности
- 165. В каком возрасте чаще начинается вялотекущая шизофрения?**
1. 20–40 лет
 2. 70–100 лет
 3. 16–18 лет
 4. 40–60 лет
 5. 60–70 лет
- 166. Какой ведущий синдром характерен для простой формы шизофрении?**
1. Неврозоподобный
 2. Психопатоподобный
 3. Паранойяльный
 4. Синдром Кандинского – Клерамбо
 5. Апатико-абулический
- 167. Для кататонической формы шизофрении характерно все, кроме:**
1. Симптома «капюшона»
 2. Симптома «восковой гибкости»
 3. Симптома «зеркала», прогрессирующей амнезии
 4. Симптома «воздушной подушки» Дюпре
 5. Эмоционально-волевого расстройства
- 168. Для депрессивной фазы БПР характерно все, кроме:**
1. Симптома Протопопова
 2. Симптома Верагута
 3. Симптома Клейста
 4. Меланхолического раптуса
 5. Заторможенности мыслительных процессов

- 169. Для маниакальной фазы БПР характерно:**
1. Гиперестезия
 2. Ускорение мыслительных процессов
 3. Аутизм
 4. Симптом «Дюпре»
 5. Симптом «капюшона»
- 170. Какое слово обозначает боязнь загрязнения?**
1. Агорафобия
 2. Канцерофобия
 3. Мизофобия
 4. Сифилофобия
 5. Кардиофобия
- 171. Какое слово обозначает страсть к воровству?**
1. Арифмомания
 2. Клаустрофобия
 3. Оксифобия
 4. Клептомания
 5. Пиромания
- 172. Какое слово обозначает страсть к поджогам?**
1. Анозогнозия
 2. Арифмомания
 3. Пиромания
 4. Клептомания
 5. Радиофобия
- 173. Каков главный симптом шизофрении?**
1. Расщепление психической деятельности
 2. Обстоятельность
 3. Бредовые идеи
 4. Навязчивые идеи
 5. Галлюцинации
- 174. Каковы хронические нарушения психической деятельности при эпилепсии?**
1. Нарушение сознания
 2. Судорожные припадки
 3. Оглушение
 4. Кома
 5. Концентрическое слабоумие
- 175. Каков главный признак синдрома Ганзера?**
1. Психомоторное возбуждение
 2. Слуховые галлюцинации

3. Ступор
4. Псевдодеменция
5. Навязчивые состояния

176. Главный общий признак наркомании:

1. Запой
2. Бессонница
3. Патологическая зависимость
4. Раздражительность
5. Эмоциональное безразличие

177. Для предстарческих психозов характерны:

1. Бред преследования
2. Бред ревности
3. Бред физической зависимости
4. Бред материального ущерба
5. Бред отношения

178. Что не относится к психотическим проявлениям старческих психозов?

1. Галлюцинации
2. Зрительные иллюзии
3. Конфабуляторная спутанность
4. Возбуждение
5. Запойное пьянство

179. Для неврастения характерно:

1. Бред отравления
2. Слуховые галлюцинации
3. Состояние раздражительной слабости
4. Потеря чувств
5. Неуживчивость

180. Для обсессивного состояния характерно:

1. Бредовые идеи
2. Разорванное мышление
3. Фобии
4. Фиксационная амнезия
5. Ретроградная амнезия

181. Форма шизофрении с нарушением поведения:

1. Простая
2. Параноидная
3. Гебефреническая
4. Фебрильная
5. Неврозоподобная

- 182. Что характерно для начала синдрома «одичания» (регресса психики)?**
1. Галлюцинации
 2. Сумеречное расстройство сознания
 3. Тонические судороги
 4. Абулия
 5. Нарушение влечения
- 183. Варианты, не относящиеся к шубообразной шизофрении:**
1. Острая парафрения
 2. Истинный галлюциноз
 3. Кандинского – Клерамбо
 4. Люцидная кататония
 5. Острый параноид
- 184. Как называется двойственность стремлений у больного шизофренией?**
1. Негативизм
 2. Амбигуэнтность
 3. Резонерство
 4. Амбивалентность
 5. Агглютинация понятий
- 185. Как называется двойственность чувств у больного шизофренией?**
1. Аутизм
 2. Персеверация
 3. Разорванность мышления
 4. Амбивалентность
 5. Амбигуэнтность
- 186. К основным разделам психиатрии не относится:**
1. Судебная психиатрия
 2. Психофармакология
 3. Наркология
 4. Детская психиатрия
 5. Психоанализ
- 187. К психологическим методам исследования не относится:**
1. Тест ММРІ
 2. 16-факторный опросник Кетелла
 3. Комплексный тест Векслера
 4. Метод ЭЭГ
 5. Тест Когана

- 188. Миннесотский многофазный личностный опросник (MMPI):**
1. Позволяет определить коэффициент интеллекта
 2. Используется для исследования опосредованного запоминания
 3. Состоит из 10 стандартных чернильных клякс
 4. Позволяет составить клинический профиль личности
 5. Состоит из 24 картинок с изображением явно конфликтных ситуаций
- 189. В норме в состоянии покоя и при закрытых глазах на ЭЭГ преобладает:**
1. Альфа-ритм
 2. Бета-ритм
 3. Дельта-ритм
 4. Волна ожидания
 5. Комплексы «пик – медленная волна»
- 190. ЭЭГ является специфическим методом диагностики:**
1. Паранойяльной психопатии
 2. Неврозоподобной формы вялотекущей шизофрении
 3. Легких форм депрессии
 4. Эпилепсии
 5. Алкогольного параноида
- 191. На графическом изображении усредненных значений вызванных потенциалов выделяют:**
1. Ранние компоненты
 2. Комплекс «пик – медленная волна»
 3. Тета-ритм
 4. Мю-ритм
 5. Бета-ритм
- 192. Обозначьте симптомы, не характерные для корсаковского синдрома:**
1. Прогрессирующая фиксационная амнезия
 2. Амнестическая дезориентировка
 3. Конфабуляции и псевдореминисценции
 4. Оживление памяти на отдаленные события
 5. Все перечисленное
- 193. Укажите общие признаки наркомании:**
1. Патологическое влечение к наркотическому веществу
 2. Абстинентный синдром

3. Изменение толерантности
4. Психо-, сомато-, нейротоксическое действие
5. Все перечисленное

194. Обозначьте симптомы синдрома отмены опиатов:

1. Бессонница
2. Раздражительность
3. Расширение зрачков
4. Рвота
5. Все перечисленное

195. Перечислите признаки, не характерные для острой интоксикации кокаином:

1. Бледность
2. Головокружение
3. Болтливость
4. Псевдореминисценции
5. Все перечисленное

196. Перечислите признаки, не характерные для неврозов:

1. Психогенная обусловленность
2. Обратимость клинических проявлений
3. Сознание своей болезни
4. Положительный эффект психотерапии
5. Наличие продуктивной психопатологической симптоматики

197. Перечислите основные синдромы невротических расстройств:

1. Астенический
2. Обсессивно-фобический
3. Ипохондрический
4. Истерический
5. Все перечисленное

198. Укажите симптомы, не входящие в астенический синдром:

1. Истоощаемость психической деятельности
2. Раздражительная слабость
3. Дисфория
4. Все перечисленное
5. Ничего из перечисленного

199. Перечислите клинические признаки, характерные для гиперстенической формы неврастения:

1. Раздражительность
2. Гиперестезия
3. Слезливость

4. Неустойчивость внимания
 5. Все перечисленное
200. Укажите признаки, не характерные для обсессивного синдрома:
1. Навязчивые мысли, действия, чувства
 2. Критическое отношение к своему состоянию
 3. Наличие чувства «сделанности»
 4. Вегетативные расстройства
 5. Ожидание неудачи
201. Перечислите варианты ипохондрического синдрома:
1. Обсессивная ипохондрия
 2. Депрессивная ипохондрия
 3. Бредовая ипохондрия
 4. Все перечисленное
 5. Ничего из перечисленного
202. Укажите критерии невротической депрессии:
1. Сохранность основных качеств личности
 2. Психогенное, психологически понятное возникновение и течение
 3. Сниженное настроение
 4. Амбивалентное отношение к суицидальным мыслям
 5. Все перечисленное
203. Укажите этапы развития невротических состояний:
1. Предневротическая реакция
 2. Невротическая реакция
 3. Невротическое состояние
 4. Невротическое развитие личности
 5. Все перечисленное
204. Перечислите варианты истерических синдромов:
1. Пуэрилизм
 2. Псевдодеменция
 3. Синдром Ганзера
 4. Истерический припадок
 5. Все перечисленное
205. Укажите признаки, не характерные для реактивных психозов:
1. Психогенная обусловленность
 2. Деменция
 3. Продуктивная психопатологическая симптоматика
 4. Критическое отношение к своему состоянию
 5. Обратимость симптоматики

- 206. Перечислите клинические формы реактивных истерических психозов:**
1. Истерическое сумеречное помрачение сознания
 2. Синдром бредоподобных фантазий
 3. Синдром «регресса психики»
 4. Истерический ступор
 5. Все перечисленное
- 207. Перечислите клинические признаки, характерные для истерического синдрома бредоподобных фантазий:**
1. Бредоподобные идеи величия, богатства
 2. Пластичность, изменчивость фантастических идей
 3. Тревожно-аффективный фон настроения
 4. Все перечисленное
 5. Ничего из перечисленного
- 208. Укажите основные критерии психопатий:**
1. Относительная стабильность аномалий характера в течение жизни больного
 2. Тотальное проявление патологических черт характера при всех жизненных обстоятельствах
 3. Постоянная социальная дезадаптация
 4. Все перечисленное
 5. Ничего из перечисленного
- 209. Перечислите функциональные компоненты копулятивного акта у мужчин:**
1. Нейрогуморальный
 2. Психический
 3. Эрекционный
 4. Эякуляторный
 5. Все перечисленное
- 210. Перечислите функциональные компоненты копулятивного акта у женщин:**
1. Нейрогуморальный
 2. Психический
 3. Генитосегментарный
 4. Все перечисленное
 5. Ничего из перечисленного
- 211. Укажите онтогенетические этапы психосексуального развития:**
1. Формирование полового самосознания
 2. Формирование полоролевого поведения
 3. Формирование психосексуальной ориентации

4. Этап зрелой сексуальности
5. Все перечисленное

212. Противопоказанное сочетание препаратов при лечении депрессий:

1. Мелипрамин и нуредаль
2. Мелипрамин и аминазин
3. Нуредаль и аминазин
4. Амитриптилин и галоперидол
5. Седуксен и элениум

213. Электросудорожную терапию предложили:

1. Морель
2. Черлетти и Бини
3. Вернике
4. Павлов
5. Иванов – Смоленский

214. Электросудорожная терапия обычно показана при:

1. Алкогольной зависимости
2. Депрессивных затяжных состояниях
3. Маниакальных состояниях
4. Эпилепсии
5. Токсикомании

215. Препараты лития обладают:

1. Тимостабилизирующим эффектом
2. Иммуностимулирующим эффектом
3. Иммунодепрессивным эффектом
4. Бронхоспастическим эффектом
5. Бронхолитическим эффектом

216. Типы телосложения по К. Сиго:

1. Атлетический
2. Астенический
3. Пикнический
4. Все вышеперечисленное
5. Ничего из перечисленного

217. В период интермиссии у больных с типичной депрессией трудоспособность:

1. Восстанавливается
2. Не восстанавливается
3. Стойкое снижение
4. Незначительное снижение
5. Стойкая утрата

218. Самый тяжелый этап параноидной шизофрении:

1. Паранойальный синдром
2. «Вторичная» кататония
3. Парафренный синдром
4. Параноидный синдром
5. Негативные расстройства

219. Начальные клинические признаки параноидной шизофрении:

1. Предболезненное состояние
2. Паранойальный синдром
3. Параноидный синдром
4. Парафренный синдром
5. «Вторичная» кататония

220. По Кречмеру пикническое телосложение чаще наблюдается:

1. У циклотимиков
2. У шизофреников
3. У эпилептоидов
4. У лиц с болезнью Дауна
5. У шизоидных психопатов

221. По Леонгарду акцентуация – это:

1. Глубокое снижение интеллектуальной деятельности
2. Индивидуальные черты личности, обладающие тенденцией перехода в патологическое состояние
3. Тип нарушения восприятия
4. Сексуальная перверсия
5. Дебют шизофрении

222. Зигмунд Фрейд был родоначальником:

1. Теории и практики гипноза
2. Психоанализа
3. Трансактного анализа
4. Гуманистической психотерапии
5. Нейрофизиологических исследований в психиатрии

223. К параклиническим методам исследования в психиатрии не относится:

1. Исследование личности с помощью опросника Айзенка
2. Метод регистрации вызванных потенциалов
3. Эхоэнцефалография
4. Рентгенография черепа
5. Метод опроса

224. «Нозос» — это:

1. Устойчивое патологическое состояние:
2. Болезнь как процесс
3. Симптом хронического алкоголизма 2-й стадии
4. Вид зрительных иллюзий
5. Расстройство чувствительности

225. «Патос» — это:

1. Устойчивое патологическое состояние
2. Болезнь как процесс
3. Симптом хронического алкоголизма 3-й стадии
4. Одно из составляющих синдрома Кандинского — Клерамбо
5. Акцентуация личности

226. К хромосомным болезням относятся:

1. Реактивные психозы
2. Инфекционные психозы
3. Болезнь Дауна
4. Синдром Ганзера
5. Синдром Кандинского — Клерамбо

227. Анозогнозия — это:

1. Боязнь высоты
2. Навязчивое влечение к поджогам
3. Отсутствие осознания своей болезни
4. Однообразное повторение одних и тех же фраз
5. Вид расстройства мышления

228. К расстройствам мышления не относится:

1. Шперрунг
2. Шизофазия
3. Персеверация
4. Вязкость мышления
5. Конфабуляции

229. Дисфория характеризуется:

1. Состоянием безразличия к окружающему
2. Стойким угнетением настроения, унынием, тоской
3. Тоскливо-злобным, ворчливым настроением
4. Спутанностью сознания
5. Обрывом мыслей

230. Иллюзии — это:

1. Искаженное восприятие реально существующих предметов и явлений

2. Чувственно-субъективное переживание восприятия образов, реально не существующих
3. Обострение воспоминаний
4. Болезненно-искаженная оценка фактов действительности
5. Вид образного бреда

231. К невротоподобным синдромам относятся:

1. Онейроидный
2. Обсессивный
3. Маниакальный
4. Дементный
5. Паранойальный

232. К этапам волевого акта не относится:

1. Возникновение мотива или цели
2. Состояние оглушенности
3. Борьба мотивов
4. Схема, планирование
5. Достижение цели

233. При олигофрении отмечается:

1. Низкий запас знаний
2. Интеллект не нарушен
3. Монотематический систематизированный бред
4. Бред двойников
5. Синдром Котара

234. К стадиям развития патологического аффекта не относится:

1. Подготовительная
2. Стадия взрыва
3. Стадия «мнимого благополучия»
4. Заключительная стадия
5. Все перечисленное

235. Доминирующие идеи можно наблюдать:

1. Только у больных психозом
2. Только у больных обсессивно-компульсивным типом характера
3. И у здоровых, и у больных людей
4. У больных с синдромом Ганзера
5. Только у больных эпилепсией

236. Синдром интеллектуально-мнестических расстройств:

1. Корсаковский синдром
2. Синдром Котара
3. Ипохондрический синдром
4. Содомия
5. Истерический синдром

237. Для псевдогаллюцинаций характерно:

1. Сопровождаются ощущением навязанности какой-то посторонней, часто необъяснимой силой
2. Больные искаженно, чаще всего в негативном для себя смысле, воспринимают слова окружающих
3. Словесная окрошка
4. Кажущиеся образы столь же реальны, как и объективно существующие
5. Стремление к поджогам

238. Нарушение памяти по закону Рибо характерно для:

1. Детей до 3 лет
2. Детей дошкольного возраста
3. Больных шизофренией
4. Пожилых людей, страдающих старческим слабоумием
5. Больных, страдающих болезнью Дауна

239. Отсутствие воли:

1. Гипобулия
2. Апатия
3. Шперрунг
4. Абулия
5. Анозогнозия

240. Повышенная отвлекаемость внимания характерна для:

1. Маниакального синдрома
2. Синдрома регресса психики
3. Прогрессирующей амнезии
4. Фебрильной шизофрении
5. Депрессивного синдрома

241. Деменция – это:

1. Врожденное слабоумие
2. Острая спутанность сознания
3. Разновидность особого расстройства сознания
4. Приобретенное слабоумие
5. Салонное слабоумие

242. Дромомания относится к патологии:

1. Влечений
2. Восприятия
3. Эмоций
4. Памяти
5. Восприятия

243. Как называется синдром с несистематизированным политематическим бредом?

1. Паранойяльный синдром
2. Оглушение
3. Параноидный синдром
4. Синдром Кандинского – Клерамбо
5. Сопор

244. Напряжение мускулатуры при шизофрении наблюдается в случае:

1. Маниакального синдрома
2. Кататонического ступора
3. Апатико-абулического синдрома
4. Ипохондрического синдрома
5. Астенического синдрома

245. Как называется симптом «склеивания понятий» при шизофрении?

1. Резонерство
2. Амбивалентность
3. Агглютинация
4. Шизофазия
5. Симптом Верагута

246. Склонность больного к уединению при шизофрении:

1. Мутизм
2. Абулия
3. Ментизм
4. Аутизм
5. Мантизм

247. Кто из ученых впервые предложил название «шизофрения»?

1. Корсаков
2. Кальбаум
3. Блейлер
4. Крепелин
5. Кандинский

- 248. Кто из немецких психиатров назвал шизофрению ранним слабоумием?**
1. Блейлер
 2. Крепелин
 3. Корсаков
 4. Кандинский
 5. Геккер
- 249. Вычурная дурашливость характерна для формы шизофрении:**
1. Простой
 2. Вялотекущей
 3. Юношеской параноидной
 4. Неврозоподобной
 5. Гебефренической
- 250. Симптом «воздушной подушки» Дюпре наблюдается при:**
1. Астеническом синдроме
 2. Острой парафрении
 3. Малом эпилептическом припадке
 4. Реактивном параноиде
 5. Кататонической форме шизофрении
- 251. Стремление больного совершать действия, противоположные предлагаемому:**
1. Амбивалентность
 2. Абулия
 3. Негативизм
 4. Резонерство
 5. Амбигендентность
- 252. Склонность больного к пустому мудрствованию:**
1. Шизофазия
 2. Агглютинация
 3. Амбивалентность
 4. Аутизм
 5. Резонерство
- 253. Физическая зависимость организма от алкоголя называется:**
1. Эйфория
 2. Симптом опережения
 3. Абстинентный синдром
 4. Алкогольная деградация
 5. Симптом Кандинского – Клерамбо

- 254. Патологическая ревность, уверенность в супружеской измене называется:**
1. Симптомом Ганзера
 2. Симптомом Верагута
 3. Симптомом Клейста
 4. Симптомом Горнера
 5. Симптомом Отелло
- 255. Длительность большого эпилептического припадка:**
1. Несколько часов
 2. Несколько минут (3–5 мин)
 3. Сутки
 4. Несколько секунд
 5. Доли секунд
- 256. Длительность малого эпилептического припадка:**
1. Сутки
 2. Несколько часов
 3. Несколько минут
 4. Несколько секунд
 5. Доли секунды
- 257. Искривление кожной складки средней трети верхнего века ближе к носу наблюдается при:**
1. Симптоме Липмана
 2. Меланхолическом раптусе
 3. Резонерстве
 4. Кататоническом синдроме
 5. Симптоме Верагута
- 258. Депрессия, сопровождающаяся двигательным возбуждением, беспокойством, называется:**
1. Слезливой
 2. Квартирной
 3. Ларвированной
 4. Ажитированной
 5. «Зашторенной»
- 259. Состояние больного, сопровождающееся сочетанием эйфории и гнева, называется:**
1. Ажитированная депрессия
 2. Меланхолический раптус
 3. Гневливая мания
 4. Эффективная возбудимость
 5. Синдром Ганзера

- 260. Наиболее часто больные кончают жизнь самоубийством при развитии у них:**
1. Эйфории
 2. Опьянения
 3. Иллюзии
 4. Галлюциноза
 5. Безысходности (выхода нет)
- 261. Выздоровление больного шизофренией без выраженных изменений личности соответствует какому типу ремиссии?**
1. А
 2. В
 3. С
 4. Ни при одном из перечисленных
 5. D
- 262. Внутриклиническое улучшение наблюдается при каком типе ремиссии?**
1. А
 2. В
 3. С
 4. Ни при одном из перечисленных
 5. D
- 263. Островозникающий синдром Кандинского – Клерамбо наблюдается чаще при шизофрении:**
1. Вялотекущем типе течения
 2. Периодическом типе течения
 3. Шубообразном типе течения
 4. Латентном типе течения
 5. Астеническом состоянии
- 264. Фебрильная кататония наблюдается при следующих формах шизофрении:**
1. Простая
 2. Гебефреническая
 3. Кататоническая
 4. Гипертоксическая
 5. Параноидная
- 265. Глубокий дефект личности, эмоциональная тупость, абulia характерны для:**
1. Вялотекущей шизофрении
 2. Приступообразно-прогредиентной шизофрении
 3. Злокачественной (юношеской) шизофрении

4. Периодической шизофрении
 5. Шизофрении с параноидным типом прогрессивности течения
- 266. С высокой температурой по типу инфекционного заболевания протекает следующая форма шизофрении:**
1. Онейроидно-кататоническая
 2. Циркулярная
 3. Фебрильная (гипертоксическая) кататония
 4. Депрессивно-параноидная
 5. Злокачественная
- 267. Аминазин не оказывает терапевтического влияния на:**
1. Апатико-абулический синдром
 2. Психопатоподобные состояния
 3. Аутизм
 4. Все вышеперечисленное
 5. Ничего из вышеперечисленного
- 268. Что не относится к осложнениям и побочным действиям психотропных средств?**
1. Акатизия
 2. Синдром Куленкамцффа – Тарнова
 3. Полинейролепсия
 4. Гиперкинез
 5. Экстрапирамидные расстройства
- 269. Что не относится к интенсивным методам терапии психических заболеваний?**
1. Метод «ударных доз»
 2. Временная отмена препарата
 3. Метод титрования
 4. Прием средних доз нейролептиков
 5. Трансцеребральный электрофорез
- 270. Какое количество шоковых доз инсулина рекомендуется на курс лечения больного?**
1. 10–15
 2. 15–20
 3. 25–30
 4. 40–45
 5. 80–100
- 271. Методы введения психотропных средств:**
1. Прием внутрь
 2. Внутримышечно

3. В капельнице
4. Внутривенно
5. Все перечисленные

272. Что не относится к экстрапирамидным расстройствам при лечении психотропными средствами?

1. Гиперкинетический синдром
2. Скованность движений
3. Маскообразность лица
4. Агранулоцитоз
5. Тахикинезия

273. Какой препарат не относится к антидепрессантам?

1. Ипразид
2. Энцефабол
3. Мелипрамин
4. Пиразидол
5. Нуредаль

274. Что не входит в группу нейролептиков?

1. Галоперидол
2. Триседил
3. Сиднокарб
4. Тизерцин
5. Трифтазин

275. Какое напряжение показано при лечении электрошоком?

1. 40–50 В
2. 60–70 В
3. 80–120 В
4. 120–140 В
5. 160–180 В

276. Какой из препаратов относится к нейроаналептическим средствам?

1. Ипразид
2. Аминалон
3. Сиднофен
4. Пантогам
5. Френолон

277. Какие из указанных лекарственных препаратов нельзя сочетать?

1. Аминазин – галоперидол
2. Трифтазин – аминазин
3. Мелипрамин – ипразид

4. Триседил – сонапакс
5. Тизерцин – трифтазин

278. Какой препарат не относится к ноотропам?

1. Аминалон
2. Френолон
3. Энцефабол
4. Ноотропил
5. Пантогам

279. Какой препарат не относится к корректорам?

1. Артан
2. Циклодол
3. Ипразид
4. Паркопан
5. Ромпаркин

280. На основании какого документа проводится судебно-психиатрическая экспертиза?

1. Заявлении подэкспертного
2. Заявлении родственников
3. Заявлении пострадавших
4. Постановлении следователя
5. Заявлении медицинских работников

281. С какой целью не проводится барбитал-кофеиновое растормаживание?

1. Распознавание симптоматики болезни
2. Правильная постановка диагноза
3. Назначение патогенетического лечения
4. Тактика ведения больного
5. Выяснение личных секретов больного

282. Какой препарат вводится при отказе от пищи психически больного?

1. Кофеин
2. Ноотропил
3. Сиднокарб
4. Инсулин
5. Мелипрамин

283. При каком синдроме наиболее часто бывает стремление больного к самоубийству?

1. Параноидном
2. Астеническом

3. Апатико-абулическом
 4. Депрессивном
 5. Психопатоподобном
- 284. На какой срок выдается больничный лист при длительном течении заболевания?**
1. 2 месяца
 2. 3 месяца
 3. 4 месяца
 4. 5 месяцев
 5. 6 месяцев
- 285. Какой из перечисленных препаратов наиболее показан при психомоторном возбуждении больного?**
1. Аминазин
 2. Элениум
 3. Галоперидол
 4. Амитриптилин
 5. Сиднофен
- 286. При каком заболевании наиболее показано лечение инсулином?**
1. Истории
 2. Эпилепсии
 3. Ранних стадиях шизофрении
 4. Неврозах
 5. Поздних стадиях шизофрении
- 287. Какие психически больные не нуждаются в неотложной госпитализации?**
1. С бредом ревности
 2. С суицидальными тенденциями
 3. С агрессивным поведением
 4. С бредовыми идеями переоценки собственной личности
 5. С психическим автоматизмом
- 288. Какой критерий является показателем для присвоения II группы инвалидности?**
1. Больной не работает по своей специальности
 2. Имеются умеренно-выраженные нарушения в интеллектуально-мнестической деятельности
 3. Имеется умеренно-выраженная психопатизация личности
 4. Дезорганизация поведения
 5. Умеренно-выраженные эмоционально-волевые нарушения

- 289. Кто имеет право продлить пребывание больного на больничном листе свыше 4 месяцев?**
1. ВКК
 2. Лечащий врач
 3. Заведующий отделением
 4. Заместитель главного врача по лечебной части
 5. МРЭК
- 290. При каком диагнозе больной не может быть призван в армию?**
1. Психопатия возбудимого круга
 2. Легкая степень дебильности
 3. Шизофрения
 4. Эпилепсия
 5. Все перечисленное
- 291. Что не относится к психотерапии?**
1. Внушение наяву
 2. Аутогенная тренировка
 3. Беседа врача при сборе анамнеза
 4. Гипнотерапия
 5. Косвенная суггестия
- 292. Что не относится к интенсивным методам терапии психически больных?**
1. Метод титрования
 2. Форсированная инсулинотерапия
 3. Метод «зигзага»
 4. Курсовое лечение нейролептиками
 5. Внутривенное введение психотропных средств
- 293. Какие статьи при проведении военной экспертизы не относятся к психиатрическим?**
1. 2-я статья
 2. 4-я статья
 3. 20-я статья
 4. 8-я статья
 5. 7-я статья
- 294. Какое учреждение направляет больного с хроническим алкоголизмом на принудительное лечение в лечебно-трудовой профилакторий?**
1. Наркологический диспансер
 2. Психиатрическая больница
 3. Прокуратура

4. Милиция
5. Суд

295. Какой из видов психотерапии требует наибольшего участия в его проведении самого больного?

1. Эмоционально-стрессовая терапия
2. Рациональная психотерапия
3. Семейная психотерапия
4. Аутогенный тренинг
5. Удлиненная гипнотерапия

296. Какой препарат наиболее показан при ажитированной депрессии?

1. Триседил
2. Аминазин
3. Френолон
4. Тизерцин
5. Пиразидол

297. Эпилептические эквиваленты – это все, кроме:

1. Делирия
2. Дисфории
3. Эпилептического ступора
4. Аменции
5. Параноида

298. Для депрессивного синдрома не характерно:

1. Симптом Верагута
2. Сниженное настроение
3. Заторможенность мышления
4. Двигательная заторможенность
5. Бред величия

299. Наиболее эффективными препаратами для лечения депрессии являются:

1. Нейролептики
2. Антидепрессанты
3. Противосудорожные препараты
4. Нормотимики
5. Транквилизаторы

300. В остром периоде ЧМТ наблюдаются все психические нарушения, кроме:

1. Травматического делирия
2. Онейроидных расстройств сознания

3. Морионидных расстройств
4. Сумеречных расстройств сознания
5. Псевдогаллюциноза

301. Выделяют следующие варианты инволюционных психозов, кроме:

1. Инволюционной меланхолии
2. Инволюционного параноида
3. Поздней кататонии
4. Инволюционной истерии
5. Корсаковского психоза

302. Старческое слабоумие не сопровождается следующим симптомом:

1. Стереотипного усердия
2. Симптом откликаемости
3. Симптом Пирогова
4. Изменение памяти по закону Рибо
5. Консерватизм

303. Самая легкая степень интеллектуальной недостаточности:

1. Идиотия
2. Имбецильность
3. Дебильность выраженная
4. Дебильность легкая
5. Салонное слабоумие

304. Выделяют следующие формы олигофрении, кроме:

1. Гидроцефалия
2. Микроцефалия
3. Болезнь Дауна
4. Кретинизм
5. Псевдодеменция

305. Выделяют следующие формы сифилиса мозга, кроме:

1. Сифилитическая невралгия
2. Сифилитическая истерия
3. Апоплектиформный вариант
4. Эпилептиформный сифилис
5. Галлюцинаторно-параноидная форма

306. Симптомы хронического алкоголизма 2-й стадии:

1. Абстиненция
2. Повышение толерантности
3. Алкогольная деградация личности
4. Алкогольные психозы
5. Все перечисленное

- 307. Существуют следующие атипичные формы опьянения, кроме:**
1. Депрессивная форма
 2. Параноидная форма
 3. Галлюцинаторная форма
 4. Эпилептиформная
 5. Патологическое опьянение
- 308. Выделяют следующие алкогольные психозы, кроме:**
1. Белая горячка
 2. Алкогольный галлюциноз
 3. Острая парафрения
 4. Корсаковский психоз
 5. Алкогольный параноид
- 309. При белой горячке наблюдается повышенная внушаемость, которая не проявляется:**
1. Симптомом Райхардта
 2. Симптомом Ашаффенбурга
 3. Симптомом Верагута
 4. Симптомом Липмана
 5. Симптомом «мнимой иголки с ниткой»
- 310. При лечении алкоголизма не используют:**
1. Дезинтоксикационную терапию
 2. Условно-рефлекторную терапию
 3. Десенсибилизирующую терапию
 4. Электросудорожную терапию
 5. Психотерапию
- 311. Для 3-й стадии алкоголизма не характерно:**
1. Деградация личности
 2. Алкогольные психозы
 3. Повышение толерантности
 4. Синдром отмены
 5. Гепатотестиккулярный синдром
- 312. Стремление совершать действия, противоположные предлагаемому, у больных шизофренией проявляется:**
1. При негативизме
 2. При абулии
 3. При амбивалентности
 4. При аутизме
 5. При неврозах

- 313. Самый тяжелый синдром при шизофрении:**
1. Кататонический
 2. Неврозоподобный
 3. Параноидный
 4. Депрессивный
 5. Маниакальный
- 314. Форма шизофрении, возникающая в юношеском возрасте:**
1. Гебефреническая
 2. Параноидная
 3. Кататоническая
 4. Злокачественная
 5. Все перечисленное
- 315. Наиболее благоприятная форма течения шизофрении:**
1. Простая
 2. Злокачественная
 3. Юношеская
 4. Циркулярная
 5. Параноидная
- 316. Кататоническая форма шизофрении, протекающая при ясном сознании:**
1. Простая
 2. Гебефреническая
 3. Онейроидная
 4. Люцидная
 5. Неврозоподобная
- 317. Биполярное расстройство впервые было описано:**
1. Петраковым
 2. Крепелином
 3. Пекеном
 4. Протопоповым
 5. Позняком
- 318. Биполярное расстройство впервые было описано в:**
1. 1870 г.
 2. 1896 г.
 3. 1860 г.
 4. 1850 г.
 5. 1840 г.
- 319. Биполярное расстройство иначе называется:**
1. Шизофренией
 2. Олигофренией

3. Циклофренией
4. Клептоманией
5. Пироманией

320. Биполярное расстройство развивается в:

1. Неонатальном периоде
2. Перинатальном периоде
3. Зрелом возрасте
4. Пресенильном периоде
5. Пубертатном периоде

321. Биполярное расстройство может протекать в легкой форме в виде:

1. Гипертензии
2. Идеи переоценки собственной личности
3. Непродуктивной мании
4. Циклотимии
5. Гневливой мании

322. Выделяют следующие варианты приступообразно-прогредиентной шизофрении, кроме:

1. Люцидной кататонии
2. Острого параноида
3. Остро возникающего синдрома Кандинского – Клерамбо
4. Истинного галлюциноза
5. Острой парафрении

323. К негативным симптомам шизофрении не относятся:

1. Эмоциональная «тупость»
2. Снижение энергетического потенциала
3. Абулия
4. Галлюцинации
5. Социальная отгороженность

324. Варианты периодической шизофрении, кроме:

1. Фебрильной шизофрении
2. Циркулярного варианта
3. Острой парафрении
4. Онейроидной кататонии
5. Люцидной кататонии

325. К признакам злокачественной шизофрении не относится:

1. Начало в раннем возрасте
2. Преобладание негативных расстройств

3. Резистентность к терапии
4. Высокая прогредиентность
5. Длительное сохранение трудоспособности

326. Шизофрению менее всего необходимо дифференцировать с:

1. Реактивными психозами
2. Алкогольными психозами
3. Эпилепсией
4. Шизоидной психопатией
5. Биполярным расстройством

327. Основным показанием для назначения аминазина является:

1. Психомоторное возбуждение
2. Галлюцинации
3. Негативная симптоматика при шизофрении
4. Депрессия
5. Нарушение сознания

328. Неврологическим симптомом прогрессивного паралича является:

1. Симптом Аргайлла Робертсона
2. Эйфория
3. Негативные симптомы
4. Мегаломанический бред величия
5. Слабоумие

329. Для эпилептических изменений личности не характерно:

1. Эмоционально-волевое оскудение
2. Злопамятство
3. Слащавость
4. Педантизм
5. Инертность

330. Перечислите виды мастурбации:

1. Фрустрационная псевдомастурбация
2. Заместительная
3. Персевераторно-обсессивная
4. Подражательная
5. Все перечисленное

331. Укажите виды фригидности:

1. Конституциональная
2. Симптоматическая

3. Психогенная
 4. Ретардационная
 5. Все перечисленное
332. Укажите виды перверсий, которые практически не встречаются у женщин:
1. Гомосексуализм
 2. Садомазохизм
 3. Эксгибиционизм
 4. Триализм
 5. Нарциссизм
333. Какой вид перверсии относится к нарушению психосексуальной ориентации по возрастному объекту?
1. Зоофилия
 2. Садизм
 3. Геронтофилия
 4. Эксгибиционизм
 5. Нарциссизм
334. Укажите, какой вид перверсии не относится к нарушениям психосексуальной ориентации по объекту:
1. Зоофилия
 2. Лесбиянство
 3. Педофилия
 4. Трансвестизм
 5. Триализм
335. Укажите фазы действия психотропных средств:
1. Седативная
 2. Турбулентная
 3. Псевдопаркинсоническая
 4. Тормозная
 5. Все перечисленное
336. Что подразумевается под анксиолитическим эффектом психотропного препарата?
1. Снижение замкнутости
 2. Снижение агрессивности и злобности
 3. Снижение тревожности и страха
 4. Торможение психической деятельности и моторики
 5. Редукция психопатологической симптоматики

- 337. Какая группа психотропных препаратов обладает способностью повышать активность мышления и моторики, устранять чувство усталости?**
1. Транквилизаторы
 2. Антидепрессанты
 3. Тимостабилизаторы
 4. Психостимуляторы
 5. Ноотропы
- 338. Для тимостабилизаторов характерно:**
1. Устранение эмоциональной напряженности и тревожности
 2. Устранение продуктивной психопатологической симптоматики
 3. Повышение психического тонуса, улучшение мышления и памяти
 4. Устранение фазовых колебаний настроения
 5. Вызывание торможения психической деятельности
- 339. К производным бутирофенона относят следующие препараты:**
1. Трифлуперазин
 2. Хлорпротиксен
 3. Азалептин
 4. Галоперидол
 5. Тиоридазин
- 340. Какой из ниже приведенных препаратов относится к группе «малых нейролептиков»?**
1. Аминазин
 2. Трифтазин
 3. Галоперидол
 4. Сонапакс
 5. Мажептил
- 341. Какие эффекты не свойственны транквилизаторам?**
1. Снижение эмоционального напряжения
 2. Редукция тревоги и страха
 3. Миорелаксирующий эффект
 4. Антипсихотическое действие
 5. Противосудорожная активность
- 342. Элениум является производным:**
1. Пропандиола
 2. Бутирофенона
 3. Фенотиазина

4. Бензодиазепина
 5. Тиоксантена
143. Какие терапевтические эффекты входят в спектр действия ноотропных препаратов?
1. Психостимулирующий
 2. Антипаркинсонический
 3. Мнემотропный
 4. Антиастенический
 5. Все перечисленное
144. К производным витамина В₆ относятся следующие ноотропные препараты:
1. Аминалон
 2. Пантогам
 3. Пиридитол
 4. Пирацетам
 5. Все перечисленное
145. Соли лития наиболее показаны при:
1. Неврастении
 2. Хроническом алкоголизме
 3. Биполярном расстройстве
 4. Эпилепсии
 5. Сенильном параноиде
146. Психостимуляторы наиболее показаны при:
1. Астенических состояниях
 2. Повышенной утомляемости
 3. Снижении работоспособности
 4. Торпидной форме олигофрении
 5. Все перечисленное
147. Экстрапирамидные расстройства наиболее часто возникают при применении:
1. Транквилизаторов
 2. Психостимуляторов
 3. Антидепрессантов
 4. Нейролептиков
 5. Солей лития
148. Перечислите клинические признаки, характерные для токсико-аллергических реакций, развивающихся в результате применения психотропных препаратов:
1. Лихорадка неправильного типа
 2. Паренхиматозно-некротический гепатит

3. Экзематозные высыпания
4. Кататоно-онейроидное расстройство
5. Все перечисленное

349. Двигательное беспокойство, выражающееся в том, что больной не может спокойно сидеть или стоять на одном месте в связи с ощущением внутреннего дискомфорта, – это:

1. Нейролептический паркинсонизм
2. Нейролептический психоорганический синдром
3. Акатизия
4. Синдром Куленкамппфа – Тарнова
5. Все перечисленное

350. Привыкание к препаратам наиболее часто развивается при использовании:

1. Производных фенотиазина
2. Производных бутирофенона
3. Производных тioxантена
4. Производных бензодиазепина
5. Все перечисленное

351. Перечислите психические осложнения, возникающие при использовании нейролептиков:

1. Нейролептическая депрессия
2. Маниакальное и гипоманиакальное состояние
3. Психофармакотоксический делирий
4. Апатико-адинамические состояния
5. Все перечисленное

352. Укажите вегетативные осложнения при применении психотропных препаратов:

1. Ортостатическая гипотония
2. Нарушение мочеиспускания
3. Сухость во рту
4. Запоры
5. Все перечисленное

353. При использовании солей лития наиболее часто наблюдается:

1. Сонливость
2. Галлюцинаторная спутанность
3. Апатия
4. Судороги
5. Все перечисленное

- 354. Укажите, какие изменения наблюдаются в клинической картине шизофрении в результате лекарственного патоморфоза:**
1. Увеличение астенических, неврозоподобных и аффективных синдромов
 2. Незавершенность галлюцинаторных, галлюцинаторно-параноидных и параноидных синдромов
 3. Снижение тяжести конечных состояний
 4. Уменьшение числа злокачественных форм шизофрении
 5. Все перечисленное
- 355. Укажите основные принципы лечения шизофрении:**
1. Клиническая обусловленность всех видов терапии на всем протяжении заболевания
 2. Применение препаратов строго по показаниям
 3. Раннее назначение доз, необходимых для оптимального терапевтического эффекта у данного больного, использование различных путей введения лекарственных препаратов
 4. Включение в терапию не только психотропных, но и других средств биологической терапии
 5. Все перечисленное
- 356. К неврозоподобным синдромам не относятся:**
1. Астенический
 2. Истерический
 3. Ипохондрический
 4. Обсессивно-фобический
 5. Галлюцинаторный
- 357. Для сумеречного расстройства сознания не характерно:**
1. Сужение поля сознания
 2. Полная амнезия на период расстройства сознания
 3. Двигательное возбуждение
 4. Открытость мыслей
 5. Фрагментарное восприятие окружающего мира
- 358. Делириозный синдром обычно не проявляется:**
1. Галлюцинаторными расстройствами
 2. Бредом преследования
 3. Сохранной ориентировкой в собственной личности
 4. Двигательным возбуждением
 5. Бессвязностью мышления и речи

- 359. Для онейроидного расстройства сознания характерно:**
1. Двойственная ориентировка в собственном «я»
 2. Фантастические яркие галлюцинации
 3. Фрагментарное восприятие окружающего мира
 4. Пароксизмальность
 5. Все перечисленное
- 360. Наиболее часто аментивный синдром встречается при:**
1. Шизофрении
 2. Тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях
 3. Эпилепсии
 4. Хроническом алкоголизме
 5. Неврастении
- 361. Для синдрома Кандинского – Клерамбо не характерно:**
1. Насильственное говорение
 2. Мышечный псевдогаллюциноз
 3. Открытость и овладение мыслями
 4. Моновокальный псевдогаллюциноз
 5. Ретроградная амнезия
- 362. Параноидный синдром не входит в клиническую картину:**
1. Шизофрении
 2. Эпилепсии
 3. Реактивных психозов
 4. Алкогольных психозов
 5. Неврастении
- 363. Парафренный синдром не проявляется:**
1. Бредовыми идеями величия
 2. Нарушением сознания
 3. Повышением настроения
 4. Бредом преследования
 5. Психическим автоматизмом
- 364. К бредовым синдромам можно отнести все, кроме:**
1. Паранойального синдрома
 2. Параноидного синдрома
 3. Аментивного синдрома
 4. Синдрома Кандинского – Клерамбо
 5. Парафренного синдрома
- 365. К атипичным депрессиям не относится:**
1. Ажитированная депрессия
 2. Слезливая депрессия

3. Тревожная депрессия
 4. Циклотимия
 5. Продуктивная меланхолия
366. Для маниакального синдрома не характерно:
1. Гипермнезия
 2. Расторможенность влечений
 3. Предсердечная тоска
 4. Ускоренное мышление
 5. Повышенное настроение
367. Внезапный обрыв мыслей во время разговора больного:
1. Резонерство
 2. Аутизм
 3. Шперрунг
 4. Абсанс
 5. «Соскальзывание» понятий
368. Органический психосиндром не включает:
1. Астенический синдром
 2. Эксплозивность
 3. Морионидный синдром
 4. Апатико-абулический синдром
 5. Кататонический синдром
369. Кататонический синдром характеризуется:
1. Симптомами «эхо»
 2. Негативизмом
 3. Симптомом «хоботка»
 4. Импульсивностью
 5. Всем перечисленным
370. Состояние «восковидной гибкости» отмечается у больных с:
1. Алкогольным галлюцинозом
 2. Манией
 3. Кокаиновой интоксикацией
 4. Алкогольным делирием
 5. Шизофренией
371. Корсаковский психоз наблюдается при хроническом злоупотреблении алкоголя и характеризуется следующими симптомами, кроме:
1. Атаксии
 2. Нистагма и паралича глазодвигательных мышц
 3. Конфабуляций

4. Утраты долговременной памяти
5. Полинейропатии

372. Кто из известных психиатров первым ввел термин «шизофрения»?

1. Крепелин
2. Блейлер
3. Кандинский
4. Корсаков
5. Кальбаум

373. При шизофрении встречаются следующие виды расстройства мышления:

1. Аутистическое
2. Символическое
3. Разорванное
4. Резонерство
5. Все перечисленное

374. Маниакальная фаза биполярного расстройства характеризуется:

1. Повышением настроения и двигательной активности, ускорением мышления и речи
2. Большим количеством стереотипий в речи, движениях, нецеленаправленной деятельностью
3. Насыщенным отрицательным аффектом, злобой, страхом, бредовыми переживаниями
4. Пониженным настроением, замедлением речи и мышления, двигательной заторможенностью
5. Все перечисленное не характерно

375. Повышенная отвлекаемость больных при маниакальной фазе сопровождается:

1. Появлением реакции на любые события, слова, поведение окружающих, новой обстановки
2. Углублением депрессии при вовлечении больных в новую обстановку
3. Дерекализацией
4. Полным нарушением ориентировки в месте, времени, собственной личности
5. Деперсонализацией

376. Идеи преувеличения собственной значимости сопровождаются:

1. Высказываниями больного в пределах земного содержания

2. Фантастическим бредом преследования
 3. Бредом воздействия
 4. Нигилистическим бредом
 5. Бредом самообвинения
- 377. Маниакальное состояние в сочетании с чувством гнева, злобы, раздражительности:**
1. Гневливая мания
 2. Слабодушие
 3. Маниакальный аффект
 4. Дисфория
 5. Заторможенная мания
- 378. Маниакальное состояние, характеризующееся отсутствием ускоренного течения мыслительного процесса**
1. Непродуктивная мания
 2. Обстоятельное мышление
 3. Разорванное мышление
 4. Персеверация
 5. «Соскальзывание» понятий
- 379. Пустое мудрствование – это:**
1. Резонерство
 2. Обстоятельное мышление
 3. Разорванное мышление
 4. Символическое мышление
 5. Симптом «монолог»
- 380. Эмоциональная тупость чаще всего встречается при:**
1. Кататонической форме психоза
 2. Простой форме психоза
 3. Параноидной форме
 4. Гебефренической
 5. Циркулярной
- 381. Диссоциация чувств в эмоциональной сфере сопровождается:**
1. Способностью плакать при радостных событиях или равнодушно высказываться о негативных событиях
 2. Тоскливо-злым настроением, ворчливостью
 3. Несдержанностью эмоций, плаксивостью
 4. Блаженным настроением с оттенками безоблачной радости и прекрасным самочувствием
 5. Стойким угнетением настроения, унынием, тоской

382. Эмоционально-волевое оскудение не сопровождается:

1. Абулией
2. Апатией
3. Безучастностью
4. Отвлекаемостью
5. Негативизмом

383. Двойственность представлений и чувств, существующих одновременно и противоположно направленными, – это:

1. Амбивалентность
2. Резонерство
3. Бредовые идеи
4. Навязчивые идеи
5. Псевдогаллюцинации

384. Уход от внешнего мира в мир собственных болезненных переживаний, наблюдающийся при шизофрении:

1. Эйфория
2. Аутизм
3. Аффект
4. Параноид
5. Галлюциноз

385. Симптом шизофазии характеризуется:

1. Нарушением логической связи и грамматической правильности слов
2. Нарушением логической связи при сохранении грамматической правильности слов
3. Сохранением логической связи при нарушении грамматической правильности слов
4. Не сопровождается нарушением логической связи и нарушением грамматической правильности слов
5. Ничего из вышеуказанного

386. Симптом символического мышления при шизофрении характеризуется тем, что:

1. Больной отдельные предметы и явления объясняет «бытовыми мотивами»
2. По своему, только для него значимому смыслу
3. По понятному для всех смыслу
4. По сексуальным мотивам
5. Ничего из вышеуказанного

387. «Склеивание» понятий (агглютинация) сопровождается:

1. Кататоническими расстройствами
2. Утратой дифференцировки одного представления от другого

3. Негативизмом
4. Глубоким дефектом личности
5. Не сопровождается утратой дифференцировки одного представления от другого

388. Неологизмы образуются при:

1. Эйфории
2. «Склеивании» понятий
3. Галлюцинозе
4. Аффекте
5. Парафрении

389. Впервые заболевание под названием «шизофрения» было описано в:

1. 1887 г.
2. 1911 г.
3. 1896 г.
4. 1944 г.
5. 1940 г.

390. Заболевание под названием «раннее слабоумие» было описано Крепелиным в:

1. 1887 г.
2. 1914 г.
3. 1896 г.
4. 1900 г.
5. 1887 г.

391. К соматическим признакам депрессии относится:

1. Снижение массы тела
2. Сухость кожных покровов
3. Запоры
4. Тахикардия
5. Все перечисленное

392. При маниакальном состоянии могут быть следующие симптомы:

1. Повышенное настроение
2. Расторможенность влечений
3. Двигательное возбуждение
4. Неустойчивость внимания
5. Все перечисленное

393. Истерические двигательные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме:

1. Функциональных парезов и параличей
2. Припадков с тоническими и клоническими судорогами

3. Явлений астазии-абазии
4. Психогенного блефароспазма и слепоты
5. Афонии и мутизма

394. Для функциональных галлюцинаций характерно:

1. Появление на фоне реально действующего внешнего раздражителя
2. Раздельное сосуществование внешнего объекта и галлюцинаторного образа
3. Исчезновение галлюцинаций одновременно с прекращением действия раздражителя
4. Возникновение галлюцинаторных образов в том же анализаторе, на который воздействует реальный раздражитель
5. Все перечисленное

395. Общие признаки помрачения сознания включают в себя:

1. Дезориентировку в месте, времени, собственной личности
2. Неполноту, частичность, фрагментарность отражения реальности
3. Бессвязность мышления, ослабление способности к анализу и синтезу
4. Полную или частичную амнезию периода расстройства сознания
5. Все перечисленное

396. Какие психические расстройства могут возникать в остром периоде черепно-мозговой травмы?

1. Делириозное расстройство сознания
2. Сумеречное расстройство сознания
3. Онейроидное расстройство сознания
4. Аментивное расстройство сознания
5. Все перечисленное

397. К нарушениям памяти в старческом возрасте не относится:

1. Лакунарная амнезия
2. Тотальная амнезия
3. Перфорационная амнезия
4. Фиксационная амнезия
5. Прогрессирующая амнезия

398. Что из перечисленного относится к наркотикам, содержащим каннабиолы?

1. Анаша
2. Марихуана

3. «План»

4. Гашиш

5. Крэк

399. Бредоподобные фантазии встречаются при:

1. Шизофрении

2. Эпилепсии

3. Истории

4. Старческих психозах

5. Алкоголизме

400. Развитие слабоумия не характерно для:

1. Шизофрении

2. Биполярного расстройства

3. Эпилепсии

4. Алкоголизма

5. Старческих психозов

401. Эквивалентом судорожного припадка при эпилепсии может быть:

1. Эйфория

2. Дисфория

3. Мория

4. Депрессия

5. Экстаз

402. Блейлер считал, что происхождение шизофрении:

1. Органическое

2. Неврозоподобное

3. Истероформное

4. Функциональное

5. Психопатоподобное

403. Главными симптомами шизофрении являются:

1. Расстройство сна

2. Расщепление психической деятельности, эмоционально-волевое оскудение

3. Бредовые идеи

4. Галлюцинации

5. Меланхолия

404. Хроническое психическое заболевание шизофрения терминологически обозначает:

1. Наркотическую зависимость

2. Расщепление психической деятельности

3. Расстройство сна
4. Алкогольную зависимость
5. Псевдодеменцию

405. Хроническое психическое заболевание шизофрения чаще всего возникает в:

1. Период полового созревания
2. Перинатальный период
3. Юношеском возрасте
4. Старческом возрасте
5. Препубертатный период

406. Одна из форм шизофрении – кататония – была названа:

1. Геккером
2. Менделевичем
3. Мейнертом
4. Кальбаумом
5. Мержеевским

407. Одна из форм шизофрении – гебефреническая – была названа:

1. Саармой
2. Сорокиной
3. Геккером
4. Спенсером
5. Саблером

408. Маниакальное состояние, сопровождающееся обездвижением, называется:

1. Маниакальным ступором
2. Восковидной подвижностью
3. Заторможенностью
4. Скорбным бесчувствием
5. Симптомом Верагута

409. Склонность к суицидам наиболее часто появляется при:

1. Депрессивных состояниях
2. Неврозах
3. Психозах
4. Шизофрении
5. Олигофрении

410. Для профилактики самоубийств необходимо:

1. Изъять принадлежности, используемые для самоубийств
2. Госпитализировать больного

3. Вести наблюдение за больным
4. Проводить психотерапию
5. Все перечисленное

411. Для лечения «классических», «чистых» депрессий применяют:

1. Мелипрамин
2. Галоперидол
3. Препараты лития
4. Реланиум
5. Дроперидол

412. Для лечения депрессий с возбуждением применяют:

1. Амитриптилин
2. Аминазин
3. Диазепам
4. Витамины
5. Все перечисленное

413. Биполярное расстройство может протекать по:

1. Рекуррентному течению
2. Монополярному течению
3. Биполярному течению
4. Перемежающему течению
5. Всем вышеуказанным

414. Депрессивная симптоматика, главный симптом:

1. Ускорение мыслительного процесса
2. Угнетенное настроение
3. Повышенная отвлекаемость
4. Снижение аппетита
5. Повышенное настроение

415. Психическая анестезия — это:

1. Восковидная гибкость
2. Синдром Протопопова
3. Скорбное бесчувствие
4. Симптом Верагута
5. Тоскливое настроение

416. Взрыв отчаяния называется:

1. Непродуктивной манией
2. Скорбным бесчувствием
3. Гневливой манией
4. Меланхолическим раптусом
5. Гипермнезией

- 417. Тягостное, мучительное ощущение в области сердца:**
1. Меланхолический раптус
 2. Предсердечная тоска
 3. Крик сердца о помощи
 4. Скорбное бесчувствие
 5. Симптом Верагута
- 418. Симпатико-тонический синдром называется:**
1. Астеническим
 2. Синдромом Протопопова
 3. Параноидным синдромом
 4. Депрессивным синдромом
 5. Корсаковским синдромом
- 419. Искривление верхнего века — это:**
1. Симптом стереотипного усердия
 2. Симптом Верагута
 3. Симптом Пирогова
 4. Симптом успокоения
 5. Симптом отвлекаемости
- 420. Депрессия с возбуждением называется:**
1. Ажитированной депрессией
 2. Слезливой депрессией
 3. Квартирной депрессией
 4. Продуктивной меланхолией
 5. Циклотимией
- 421. Депрессия со скрытой антидепрессантами клинической картиной:**
1. Зашторенная депрессия
 2. Депрессия при перемене места жительства
 3. Ларвированная депрессия
 4. Ажитированная депрессия
 5. Циклотимия
- 422. Депрессия, сопровождающаяся сохранением речевой продукции:**
1. Ажитированная депрессия
 2. Зашторенная депрессия
 3. Продуктивная меланхолия
 4. Слезливая депрессия
 5. Циклотимия

- 423. Депрессия с клинической картиной, имитирующей соматическое заболевание, называется:**
1. Зашторенной депрессией
 2. Квартирной депрессией
 3. Ларвированной депрессией
 4. Ажитированной депрессией
 5. Циклотимией
- 424. Кратковременное (от 2 до 20 с) угнетение или исключение сознания с последующей амнезией:**
1. Абсанс
 2. Большие судорожные припадки
 3. Малые судорожные припадки
 4. Онейроидное расстройство сознания
 5. Бредовые идеи
- 425. Боязнь пространства, открытых мест, площадей, приводящая к тому, что больной не может самостоятельно перейти малолюдную улицу или площадь:**
1. Клаустрофобия
 2. Агорафобия
 3. Сифилофобия
 4. Фонофобия
 5. Ономатомания
- 426. Неспособность длительное время сохранять одну и ту же позу, сидеть, лежать, чем-либо заниматься:**
1. Акатизия
 2. Онейроид
 3. Пиромания
 4. Дипсомания
 5. Ригидность
- 427. Обездвиженность, неподвижность, невозможность совершения волевых или автоматизированных движений при отсутствии парезов или параличей:**
1. Аменция
 2. Галлюцинации
 3. Агглютинация
 4. Ступор
 5. Слабодушие
- 428. Заболевание из группы пресенильных деменций. Атипичная, относительно рано (в предстарческом возрасте) наступающая форма старческого слабоумия:**
1. Инволюционная кататония
 2. Физический маразм

3. Мусситирующий делирий
4. Конфабуляция
5. Аменция

429. Понятие, введенное для обозначения одного из существенных признаков шизофрении — склонности отвечать на внешние раздражители двоякой, противоположной, антагонистической реакцией:

1. Агорафобия
2. Псевдодеменция
3. Резонерство
4. Амбивалентность
5. Метафизическая интоксикация

430. Синдром расстроенного сознания, состояние острой спутанности. Основные признаки — полная дезориентировка в месте, времени, собственной личности, бессвязность мышления, повышенная отвлекаемость, наличие аморфных, нестойких иллюзий и галлюцинаций, отрывочные бредовые переживания, растерянность, пугливость, неадекватная эмоциональность:

1. Деменция
2. Аменция
3. Псевдореминисценция
4. Паранойяльный синдром
5. Параноидный синдром

431. Отсутствие сознания болезни:

1. Акатизия
2. Агглютинация
3. Анозогнозия
4. Астазия
5. Неологизм

432. Отсутствие оргазма при половом акте:

1. Приапизм
2. Аноргазмия
3. Ригидность
4. Анорексия
5. Булимия

433. Отсутствие аппетита, возникающее при неврозах в связи с перевозбуждением коры головного мозга, чаще психогенно:

1. Анорексия
2. Аноргазмия

- 3. Булимия
- 4. Амбивалентность
- 5. Рефлексия

434. Нарушение эмоционально-волевой сферы, характеризующееся отсутствием эмоциональных проявлений, вялостью, безразличием к себе и близким, к происходящему вокруг, отсутствием желаний, жизненных побуждений, бездеятельностью:

- 1. Амимия
- 2. Апатия
- 3. Дисфория
- 4. Дефензивность
- 5. Ступор

435. Навязчивый счет, обычно пересчитывание попавших в поле зрения предметов:

- 1. Клептомания
- 2. Арифмомания
- 3. Сомнамбулизм
- 4. Раптус
- 5. Ономатомания

436. Невозможность стоять и ходить при сохранении силы и объема движений конечностей в постели:

- 1. Акатизия
- 2. Дистония
- 3. Астазия-абазия
- 4. Кома
- 5. Паранойя

437. «Отщепление» от действительности, фиксация на внутренних переживаниях, аффективных комплексах при шизофрении:

- 1. Мутизм
- 2. Резонерство
- 3. Аутизм
- 4. Амбигендентность
- 5. Деперсонализация

438. Кратковременное чувство, бурно протекающее, положительно или отрицательно окрашенное. Чаще всего возникает психогенно. Характерны бурные вегетативные проявления:

- 1. Аффект
- 2. Психический автоматизм

3. Гипербулия
4. Гипермнезия
5. Гиперметаморфоз

439. Возникает при воздействии острой психогении и носит кратковременный характер. При этом отмечается сужение сознания, сосредоточенного главным образом на травмирующих переживаниях. Заканчивается аффективным разрядом, во время которого часты агрессивные разрушительные действия. В состоянии аффективного разряда нарушение сознания является глубоким, оно сопровождается дезориентировкой, бессвязной речью, чрезмерной жестикуляцией. Выход в состояние безразличия, безучастности, общей расслабленности, сменяющееся глубоким сном. После патологического аффекта наблюдается амнезия:

1. Патологический аффект
2. Психический автоматизм
3. Гипербулия
4. Гипермнезия
5. Гиперметаморфоз

440. Расстройство мышления. Совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне:

1. Сверхценные идеи
2. Бред
3. Доминирующие идеи
4. Навязчивые идеи
5. Шперрунг

441. Расстройство мышления, которое характеризуется грандиозной переоценкой больным себя, своих психических и физических возможностей, своего положения в обществе:

1. Бред ущерба
2. Бред величия
3. Бред интерметаморфозы
4. Сверхценные идеи
5. Бред двойников

442. Бред, который по содержанию сходен с бредом проживающего вместе с психически больным, чаще его близким родственником, обычно пользующимся у него большим

авторитетом и, как правило, интеллектуально превосходящим его:

1. Бред отношения
2. Индуцированный бред
3. Бред физического воздействия
4. Резонерство
5. Бред ущерба

443. Бред, который характеризуется переживаниями наличия у больного тяжелого и неизлечимого заболевания, чаще всего соматического:

1. Ипохондрический бред
2. Индуцируемый бред
3. Сенестопатия
4. Перверсия
5. Бред величия

444. Расстройство, которое характеризуется тенденцией больного видеть направленное против него преследование со стороны других людей. При этом часты аффекты тревоги и страха. Нередко сочетается со слуховыми галлюцинациями:

1. Нигилистический бред
2. Бред самообвинения
3. Персеверация
4. Бред преследования
5. Маразм

445. Особенность мимики депрессивных больных. Каждая складка верхнего века и нередко бровь на границе внутренней и средней трети оттягиваются кверху и образуют вместо дуги угол, что придает лицу больного особенно скорбное выражение:

1. Синдром Протопопова
2. Синдром Райхардта
3. Синдром Клейста
4. Синдром Капгра
5. Синдром Верагута

446. Форма речевой стереотипии. Беспреданное, бессмысленное повторение одних и тех же слов, словосочетаний, фраз, оборотов, иногда созвучных:

1. Персеверация
2. Псевдореминисценция

3. Конфабуляция
4. Вербигерация
5. Негативизм

447. Расстройства восприятия, при которых кажущиеся образы возникают без реальных объектов:

1. Иллюзии
2. Галлюцинации
3. Бред
4. Маразм
5. Отвлекаемость

448. Слуховые обманы с восприятием несуществующих слов, фраз, монологов, диалогов, речи нескольких «голосов»:

1. Шизофазия
2. Шперрунг
3. Галлюцинации
4. Фантазии
5. Иллюзии

449. Ложные вкусовые ощущения, чаще неприятные. Возникают вне связи с приемом пищи и не соответствуют вкусовым качествам реальной пищи. Часто сочетаются с бредом отравления:

1. Сверхценные идеи
2. Вкусовые галлюцинации
3. Ригидность
4. Бредоподобные фантазии
5. Амнезия

450. Зрительные и слуховые галлюцинации, возникающие при засыпании, в переходном от бодрствования ко сну периоде:

1. Деперсонализационные
2. Дерезализационные
3. Эгогенические
4. Гипногигические
5. Гипнопомпические

451. Галлюцинации, возникающие при пробуждении, а также в промежуточном состоянии между сном и бодрствованием:

1. Гипногигические
2. Гипнопомпические
3. Гипнотические
4. Деперсонализационные
5. Дерезализационные

- 452. Больные испытывают неприятные запахи. Часто сопутствуют бреду отравления, ущерба:**
1. Обонятельные галлюцинации
 2. Вербигерации
 3. Сенсорная аура
 4. Фуги
 5. Фобии
- 453. Неприятные ощущения, близкие к сенестопатиям. Больные испытывают чувство ползания под кожей насекомых, мурашек, передвижения разного рода мелких предметов. Иногда это ощущение прикосновения к коже неодушевленных предметов. Часто сопровождаются жжением, зудом:**
1. Сенестогении
 2. Тактильные галлюцинации
 3. Бред
 4. Сверхценные идеи
 5. Неправильные умозаключения
- 454. Возникают при возбужденном состоянии соответствующего анализатора (главным образом слухового). Прислушиваясь, больной слышит в шуме текущей из крана воды или стуке колес поезда речь своих преследователей, их угрозы:**
1. Функциональные галлюцинации
 2. Гипногигические галлюцинации
 3. Бредоподобные фантазии
 4. Бред
 5. Шперрунг
- 455. Галлюцинации, выходящие за пределы «чувствительного поля» данного рецептора. Так, например, больной локализует зрительные галлюцинаторные образы вне своего поля зрения, чаще всего позади себя:**
1. Экстракампинные
 2. Сценоподобные
 3. Эндоскопические
 4. Функциональные
 5. Микроптические
- 456. Половое извращение, сексуальное влечение к лицам пожилого и старческого возраста. Сексуальное влечение к**

сверстникам либо вовсе отсутствует, либо при этом не испытывается в достаточной мере чувство удовлетворения:

1. Педофилия
2. Содомия
3. Геронтофилия
4. Аноргазмия
5. Гиперчувствительность

457. Болезненное усиление памяти, ее обострение с наплывом образных воспоминаний, ярких чувственно-конкретных представлений:

1. Амнезия
2. Конфабуляция
3. Гипермнезия
4. Гиперметаморфоз
5. Псевдореминисценция

458. Нерезко выраженное маниакальное состояние, характеризующееся нерезким повышением настроения, умеренным ускорением течения ассоциативных процессов, стремлением к деятельности. Больные повышено активны, нередко недостаточно контролируют свои влечения:

1. Циклофрения
2. Субдепрессия
3. Гипомания
4. Непродуктивная мания
5. Олигофрения

459. Прогрессирующее снижение памяти. При постепенно развивающихся органических процессах характеризуется известной последовательностью: ослабление произвольной репродукции, затем удержание в памяти и после этого запоминание:

1. Гипомнезия
2. Аменция
3. Акатизия
4. Раптус
5. Фуга

460. Половое влечение к лицам своего же пола. Нарушение психосексуальных ориентаций по полу объекта:

1. Содомия
2. Гомосексуализм
3. Дебильность

4. Индуцированное помешательство
5. Паранойя

461. Синдром помрачения сознания, характеризующийся выраженными зрительными истинными галлюцинациями, иллюзиями и парейдолиями, сопровождающимися обильным бредом и психомоторным возбуждением, нарушениями ориентировки в месте и времени:

1. Делирий
2. Онейроид
3. Сомнамбулизм
4. Кататония
5. Синдром Куленкамппфа – Тарнова

462. Преобладает двигательное возбуждение в форме простых, стереотипно повторяемых движений (снятие или стряхивание мнимых предметов с одежды или постели, натягивание одеяла и т. п.). Речь тихая, невнятная, часто состоит из повторяющихся отдельных звуков, слогов, междометий (бормотание). Отсутствует реакция на внешние раздражители:

1. Дромомания
2. Мусситирующий делирий
3. Олигофрения
4. Негативизм
5. Ступор

463. Характеризуется молчаливой автоматизированной деятельностью, в которой воспроизводятся двигательные акты, присущие профессии больного:

1. Профессиональный делирий
2. Симптом Либмана
3. Парафрения
4. Синдром Кандинского – Клерамбо
5. Онейроид

464. Приобретенное слабоумие:

1. Аменция
2. Онейроид
3. Олигофазия
4. Деменция
5. Параноид

- 465. Нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением ее психических свойств:**
1. «Белая горячка»
 2. Синдром Кулленкамппфа – Тарнова
 3. Деперсонализация
 4. Эгоцентризм
 5. Псевдодеменция
- 466. Психопатологическое состояние, характеризующееся тягостным переживанием утраты реальной связи с окружающим миром:**
1. Обсессивный синдром
 2. Истерия
 3. Синдром да Коста
 4. Дерезализация
 5. Гомосексуализм
- 467. Резидуальные психические изменения, в первую очередь личностные, вследствие перенесенного психотического состояния:**
1. Негативная симптоматика
 2. Делирий
 3. Фуга
 4. Аура
 5. Депрессия
- 468. Периодически возникающие состояния запойного пьянства:**
1. Дромомания
 2. Дипсомания
 3. Фобифобия
 4. Алкогольный параноид
 5. Симптом Райнхардта
- 469. Представления о мнимом внешнем уродстве, страх телесных изменений:**
1. Акрофобия
 2. Дерезализация
 3. Идиотия
 4. Диморфифобия
 5. Петтофобия
- 470. Зрительные галлюцинации, содержанием которых являются животные:**
1. Зоопсии
 2. Зоофилии

3. Акогозмы
 4. Фотопсии
 5. Синдром де ля Туретта
471. Болезненные идеи, искаженно отражающие реальную действительность, полностью овладевающие сознанием больного и не поддающиеся коррекции:
1. Навязчивости
 2. Галлюцинации
 3. Бред
 4. Сверхценные идеи
 5. Психический автоматизм
472. Суждения или группа суждений, отличающиеся аффективной насыщенностью и носящие стойкий, фиксированный характер:
1. Навязчивые идеи
 2. Сверхценные идеи
 3. Бредоподобные фантазии
 4. Нигилистические идеи
 5. Идиотия
473. Искаженное восприятие реально существующих предметов и явлений:
1. Галлюцинации
 2. Псевдогаллюцинации
 3. Иллюзии
 4. Акогозмы
 5. Фотопсии
474. Необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания:
1. Олигофрения
 2. Ипохондрия
 3. Паранойя
 4. Кататония
 5. Депрессия
475. Психопатологический симптомокомплекс, включающий полиморфные функциональные психические, соматические и неврологические расстройства, характеризующиеся высокой внушаемостью больных, склонностью к самовнушению, стремлением привлечь к себе внимание:
1. Истерический синдром
 2. Растерянность

3. Параноидный синдром
 4. Фебрильная шизофрения
 5. Обсессивный синдром
- 476. Симптом двигательных расстройств, характеризующийся застытием больного в одной позе, даже и очень неудобной:**
1. Маниакальный ступор
 2. Дурашливость
 3. Катаlepsия
 4. Заторможенность
 5. Символизм
- 477. Патологическое, импульсивно возникающее влечение к воровству с непреодолимой потребностью в его удовлетворении это стремление:**
1. Пиромания
 2. Kleптомания
 3. Анозогнозия
 4. Ономатомания
 5. Арифмомания
- 478. Половое извращение:**
1. Сомнамбулизм
 2. Мазохизм
 3. Аноргазмия
 4. Анорексия
 5. Конфабуляция
- 479. Внезапный взрыв аффекта острой мучительной тоски, отчаяния с выраженными суицидальными действиями:**
1. Реактивный психоз
 2. Меланхолический раптус
 3. Неврастения
 4. Гневливая мания
 5. Аура
- 480. Психологическое обследование необходимо назначать при:**
1. Первичном осмотре в отделении
 2. Неясном диагнозе
 3. Известном диагнозе
 4. Диспансерных условиях
 5. Выписке из отделения

- 481. Наиболее характерный бред при депрессии:**
1. Преследования
 2. Отношения
 3. Кухонный
 4. Фантастический
 5. Самообвинения
- 482. Какой симптом чаще встречается при депрессии?**
1. Симптом дисморфомании
 2. Синестезия
 3. Понос
 4. Головная боль
 5. Запор
- 483. Кататоническое состояние часто встречается при:**
1. Шизофрении
 2. Тревожных расстройствах
 3. Расстройствах личности
 4. Аффективно-шоковой реакции
 5. Индуцированном помешательстве
- 484. Если больной совершает попытку суицида, то у него вероятнее всего:**
1. Депрессивное невротическое расстройство
 2. Эндогенная депрессия
 3. Парафренное состояние
 4. Сумеречное расстройство
 5. Делирий
- 485. При каком расстройстве наиболее показана компьютерная томография?**
1. Биполярном расстройстве
 2. Тревожном расстройстве
 3. Шизофрении
 4. Алкогольном делирии
 5. Болезни Альцгеймера
- 486. MMPI является:**
1. Субъективным тестом
 2. Личностным тестом
 3. Интеллектуальным тестом
 4. Тестом для определения эмоционального состояния
 5. Проективным тестом

- 487. При подозрении на задержку умственного развития у ребенка необходимо сделать:**
1. Анализы мочи и крови на метаболические нарушения
 2. Психологическое обследование
 3. Неврологическое обследование
 4. Обследование физических составляющих
 5. Все перечисленное
- 488. У больной нарушилась походка после ссоры с мужем. У нее наиболее вероятно:**
1. Тревожное расстройство
 2. Конверсионные нарушения
 3. Аффективно-шоковая реакция
 4. Депрессия
 5. Ничего из перечисленного
- 489. У больной после конфликтной ситуации на работе возникло сниженное настроение, нарушение сна, слабость, вегетативные нарушения. Состояние можно охарактеризовать как:**
1. Реактивное депрессивное расстройство
 2. Невротическое депрессивное расстройство
 3. Эндогенное депрессивное расстройство
 4. Инволюционная депрессия
 5. Ничего из перечисленного
- 490. Наиболее часто депрессивные состояния встречаются при:**
1. Болезни Альцгеймера
 2. Болезни Гентингтона
 3. Болезни Пика
 4. Эпилептической болезни
 5. Травматической болезни
- 491. Для депрессии не характерен:**
1. Синдром Протопопова
 2. Синдром Верагута
 3. Синдром Липмана
 4. *Anesthesia psychica dolorosa*
 5. *Anxietas praecordialis*
- 492. Тест Роршаха проводится для:**
1. Диагностики тревожного состояния
 2. Определения направленности личности
 3. Определения реалистичности восприятия
 4. Диагностики психозов
 5. Всего перечисленного

- 493. У больных с синдромом Дауна чаще обнаруживают:**
1. Хромосомные аномалии
 2. Плоскую переносицу
 3. Маленькие уши
 4. Короткие пальцы
 5. Все перечисленное
- 494. Каким способом осуществляется синаптическая связь в мозге?**
1. Механическим
 2. Химическим
 3. Электрическим
 4. Химическим и электрическим
 5. Ни одним из перечисленных
- 495. С чем связывается ригидность мышц, тремор при приеме нейролептиков?**
1. С синдромом Паркинсона
 2. С синдромом псевдопаркинсонизма
 3. С болезнью Альцгеймера
 4. С выраженным абстинентным состоянием
 5. Все перечисленное
- 496. Для тонических и следующих за ними клонических судорог характерно (выбрать наиболее подходящий ответ):**
1. Частичная потеря сознания
 2. Полная потеря сознания с полной амнезией
 3. Полная амнезия
 4. Заторможенное состояние
 5. Оглушенность
- 497. К реактивным психозам не относится:**
1. Реактивный паранойд
 2. Аффективно-шоковая реакция
 3. Реактивная депрессия
 4. Реакция протеста
 5. Галлюциноз
- 498. Диссоциативные акцентуированные расстройства личности по Леонгарду:**
1. Демонстративные
 2. Шизофренические
 3. Парафренические
 4. Эпилептические
 5. Дефензивные

499. Клинические симптомы синдрома Ганзера:

1. Псевдодеменция
2. Неврастения
3. Психастения
4. Фобии
5. Мании

500. Психологическая методика Спилбергера – Ханина применяется:

1. Для оценки бредового состояния
2. Для расстройства восприятия
3. Для оценки амнестических нарушений
4. Для определения состояния тревоги
5. Для оценки интеллекта

Приложение 1 ОТВЕТЫ НА ТЕСТ-ЗАДАНИЯ ПО ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

Расстройства восприятия

1. Зрительная иллюзия (парейдолии)
Функциональные галлюцинации
Тактильные галлюцинации
Истинные слуховые галлюцинации
Сенестопатии
2. Простые слуховые галлюцинации
Слуховые галлюцинации
Зрительные галлюцинации
Сенестопатии
Слуховые псевдогаллюцинации
3. Деперсонализация
Сенестопатии
Психическая деперсонализация
Дереализация
Слуховые галлюцинации
4. Слуховые истинные галлюцинации
Вкусовые галлюцинации
Сенестопатии
Вербальные галлюцинации
Слуховые псевдогаллюцинации
5. Дереализация (ранее виденное)
Зрительные иллюзии
Тактильные галлюцинации
Истинные слуховые галлюцинации
Функциональные галлюцинации
6. Дереализация (ранее не виденное)
Истинные зрительные галлюцинации
Истинные слуховые галлюцинации
Слуховая иллюзия
Тактильная иллюзия
7. Зрительная иллюзия
Дереализация
Физическая деперсонализация
Гипногигические галлюцинации
Истинные слуховые галлюцинации
8. Сенестопатии
Дереализация
Обонятельные галлюцинации
Простые зрительные галлюцинации
Деперсонализация

9. Зрительная гиперестезия
 Тактильная гиперестезия
 Парейдолии
 Слуховые галлюцинации
 Гипногогические галлюцинации
10. Гиперестезия
 Физическая деперсонализация
 Дерееализация
 Парейдолии
 Сенестопатии
11. Сенестопатии
 Вербальные истинные галлюцинации
 Псевдогаллюцинации
 Бредовая дерееализация
 Зрительная иллюзия
12. Гиперестезии
 Физическая деперсонализация
 Дерееализация
 Простые слуховые галлюцинации
 Панорамические галлюцинации
13. Обонятельные галлюцинации
 Простые слуховые галлюцинации
 Вербальные галлюцинации
 Зрительные галлюцинации
 Сенестопатии

Расстройства мышления

14. Резонерствующее мышление
 Символическое мышление
15. Зрительные и слуховые галлюцинации
 Психический автоматизм
 Резонерство
16. Разорванное мышление
17. Резонерствующее мышление
18. Фантастический бред
19. Бредовая деперсонализация
 Резонерство
20. Резонерствующее мышление
21. Резонерствующее мышление
22. Резонерство

Расстройства памяти

23. Амнезия
 Ретроградная амнезия
 В отношении жизни – благоприятный, выздоровления – сомнительный, трудоспособности – сомнительный

24. Амнестическая дезориентация
Качественное расстройство памяти, конфабуляции
В соответствии с законом Ribot
25. Криптомнезии
При органических поражениях головного мозга, старческих психозах, эпилепсии, алкоголизме
26. Данное расстройство называется абсанс
Отсутствие связано с нарушением сознания во время эпилептического припадка
Личность больного изменена по эпилептическому типу
27. Фиксационная амнезия, параличи и парезы, синдром отмены наблюдается при корсаковском алкогольном психозе
Фиксационная амнезия
Витамины группы В, ноотропы, дезинтоксикационная и дегидратационная терапия
Прогноз в отношении жизни – благоприятный, трудоспособности – сомнительный, выздоровления – благоприятный.
Корсаковский психоз исчезает, остается хронический алкоголизм
28. Сумеречное расстройство сознания как эквивалент эпилептического припадка
От нескольких минут до нескольких часов, реже суток
Внешне больные ведут себя упорядоченно, однако движения однообразные, ответы на вопросы стереотипные
Амбулаторный транс как разновидность эпилептического эквивалента в большинстве случаев заканчивается восстановлением психических функций, однако эпилепсия остается
29. Амнестическое расстройство деперсонализационного характера у личности с диссоциативным (реактивно-истерическим) поведением
Данная патология может длиться несколько дней, иногда может затянуться на годы
Психотерапия, социотерапия, транквилизаторы
30. Лоскутная амнезия, палимпсесты (перфорационная амнезия)
Лечение больного алкоголизмом дезинтоксикационной терапией, витаминами группы В, ноотропами, воздержание от приема алкоголя
Применение современных методов лечения (психотерапия, сенсibiliзирующая, дезинтоксикационная терапия) можно достичь ремиссии различной длительности

Нарушение двигательного-волевой сферы

31. Явления кататании
Симптомы «хоботка» и «капоутона»

- Восковидная гибкость
- Пассивный негативизм
- Отказ от приема пищи
- Сохранение ясного сознания
- Двигательно-волевые расстройства
- Синдром люцидной кататонии
- 32. Галлюцинаторные явления (истинные, зрительные, обонятельные)
 - Амнестическое расстройство
 - Дезориентация
 - Нарушение сознания
 - Онейроид
- 33. Импульсивность
 - Хаотичность
 - Стереотипность
 - Нарушение двигательной сферы
 - Кататоническое возбуждение
- 34. Воздушная подушка (Дюпре)
 - Мутизм
 - Активный негативизм
 - Отказ от пищи
 - Нарушение двигательной сферы
 - Кататонический ступор
- 35. Стереотипии
 - Эхолалия
 - Эхопраксия
 - Эхомимия
 - Нарушение двигательной сферы
 - Кататоническое возбуждение
- 36. Катаlepsия
 - Восковидная гибкость
 - Мутизм
 - Отказ от пищи
 - Нарушение двигательной сферы
 - Кататонический ступор
- 37. Импульсивность
 - Эхолалия
 - Стереотипия
 - Эмоциональная тупость
 - Нарушение двигательной сферы
 - Кататоническое возбуждение
- 38. Стереотипия
 - Импульсивность
 - Эхолалия
 - Нарушение двигательной сферы
 - Кататоническое возбуждение

Расстройства эмоциональной сферы

- 39. Менопауза, депрессия, тревога
- Тревожно-депрессивный синдром

- Инволюционная (предстарческая) меланхолия
Прогноз в отношении жизни благоприятный, в отношении трудоспособности и выздоровления – сомнительный
В случаях успешной проводимой терапии антидепрессантами, транквилизаторами, общеукрепляющими средствами возможно медленное постепенное выздоровление
40. Дисфория, тоскливо-злобное, ворчливое настроение
Дисфория является эквивалентом эпилептического приступа. Она внезапно возникает и через несколько минут, часов также пароксизмально обрывается
41. Данный больной страдает слабодушием
Слабодушие развивается при атеросклерозе сосудов головного мозга, чаще в старческом возрасте, при тяжелых органических поражениях центральной нервной системы, глубоких астенических состояниях
42. Ведущий синдром депрессивный. Особенность в том, что имеет экзогенное происхождение и развитие после психотравмирующей ситуации
Заболевание после проведения успешных психотерапевтических воздействий и назначения антидепрессантов заканчивается выздоровлением
43. Ведущий синдром депрессивный, из группы эндогенных депрессий. Учитывая длительность течения заболевания, смену депрессивных и маниакальных фаз, спонтанно возникающей ремиссии, можно думать о наличии у больной аффективного расстройства (биполярный вариант)
44. Ведущий синдром – маниакальный
Биполярное аффективное расстройство
45. Ведущий синдром – депрессивный, возникший в результате психотравмирующей ситуации. В симптоматике отражается психотравмирующая ситуация (смерть матери)
46. Ведущий синдром тревожно-депрессивный
Для депрессивных расстройств, возникающих в инволюционном (пожилом) возрасте
47. Патологический аффект. Он имеет три фазы развития:
1) подготовительная;
2) фаза взрыва;
3) критический сон, амнестические расстройства
Длительность патологического аффекта от нескольких секунд до нескольких минут. Критический сон может длиться до получаса и более
Лица, совершившие противоправные действия во время патологического аффекта, признаются невменяемыми, нуждающимися в наблюдении психолога и психотерапевта по месту жительства
48. Маниакальный синдром
Повышенное настроение, двигательное возбуждение, ускоренное мышление, гипермнезия, бред величия

- Прогноз в отношении жизни, выздоровления, трудоспособности – благоприятный
49. Повышенное настроение с обездвиженностью
Маниакальный ступор
Периодическая мания
Интеллект сохранен
Трудоспособность в ремиссиях не нарушена
 50. Маниакальный синдром с раздражительностью и агрессивностью
Гневливая мания
Благоприятный
Нейролептик с тормозным действием (аминазин), нейролептик с «социализирующим» эффектом (неулептил)
 51. Депрессивный синдром
Снижение настроения, двигательная заторможенность, замедленное мышление
Благоприятный
 52. Терапевтическая резистентность
«Зашторенная» депрессия
Электросудорожная терапия
 53. Маскированная депрессия
Соматические расстройства имеют психогенную природу
Терапевтическое действие антидепрессантов
 54. Патологический аффект
Подготовительная, аффективный «взрыв», патологический сон с последующей амнезией происходящего
Невменяема
 55. Эмоциональное слабодушие (недержание эмоций)
Церебральный атеросклероз
Ноотропы, витаминотерапия
В сочетании со снижением интеллекта, исход слабодушия
 56. Слабоумие, дезорганизация поведения, парабулия, эмоциональная неадекватность
Интеллектуальной, эмоционально-волевой
Отсутствие речевой продукции, диспластичность, неопытность, немотивированность поступков
 57. Концентрический тип слабоумия. Эмоциональная неадекватность
Характерологические изменения личности. Агрессивность. Ослабления памяти
Интеллектуально-мнестические, эмоционально-волевые. Особый тип слабоумия. Специфические изменения личности. Злопамятность. Эксплозивность. Эгоцентризм
 58. Нарастание нарушения памяти и интеллекта, поражение двигательного и речедвигательного аппарата, полная беспомощность, атрофические процессы в головном мозге
Интеллектуально-мнестический, двигательный

- Медленное развитие симптоматики, интенсивные атрофические изменения в головном мозге
59. Непредсказуемость поступков и поведения, нарастание явлений эмоциональной тупости, стереотипность движений, трудность передвижения
Интеллектуальной, эмоциональной
Неадекватность поведения в пожилом возрасте, быстрое нарастание процесса ослабления ума, стереотипии движений, атрофические процессы в головном мозге
 60. Изменение человека как личности. Бредовые идеи ущерба. Дезорганизация поведения. Ослабление мыслительного процесса и памяти. Амнестическая дезориентировка. Сонливость
Интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой
Заострение личностных черт. Деградация личности. Бред малого размаха. Сексуальная расторможенность. Дезориентировка по амнестическому типу
 61. Отставание в психическом развитии от сверстников. Конкретное мышление. Механическая память. Узкий общеобразовательный кругозор. Эмоциональная неустойчивость
Интеллектуально-мнестическая
Осложнения в период беременности и родов. Физическая и психическая слабость. Отставание с детства в психическом развитии. Повышенная внушаемость, эмоциональная неадекватность
 62. Ограниченный запас слов, признаки органического поражения ЦНС, конкретное мышление, нарушения памяти. Отсутствие способности к обучению в школе, эмоциональная неадекватность, агрессивность. Необходимость надзора, внушаемость
Интеллектуально-мнестическая, эмоциональная
Резкое ограничение запаса слов, косноязычие. Грубые нарушения памяти. Сложность развития трудовых навыков. Эмоционально-волевые нарушения
 63. Дезориентировка в месте, времени, собственной личности
Стереотипия движений
Нарушения понимания и узнавания
Бессвязное мышление
Истоцаемость психической деятельности
Ретроантероградная амнезия
Расстройство сознания
Аментивный синдром
 64. Зрительные галлюцинации
Псевдогаллюцинации
Нарушение ориентировки в пространстве и времени
Сценоподобные фантастические галлюцинации

- Чувство измененности собственной личности
- Частичная амнезия
- Расстройство сознания
- Онейроидный синдром
- 65. Дезориентировка в окружающей обстановке с явлениями дереализации
 - Тревожное, тоскливо-злобное настроение
 - Ложные узнавания
 - Агрессивные стереотипные действия
 - Острота возникновения и непродолжительность во времени существования психопатологической симптоматики
 - Сон и последующая амнезия происходящего
 - Расстройство сознания
 - Сумеречное расстройство сознания
- 66. Дезориентировка в месте, времени и собственной личности
 - Сценopodobные галлюцинации и фантастический бред
 - Двигательный ступор
 - Явления дереализации и деперсонализации
 - Повышенное, экстатическое настроение
 - Частичная амнезия
 - Расстройство сознания
 - Онейроидный синдром
- 67. Остро возникающие расстройства психической деятельности
 - Дезориентировка в месте и времени
 - Сохранение частичной ориентировки в окружающем
 - Стереотипные автоматизированные поступки и действия
 - Выполнение действий, имеющих место в прошлом опыте
 - Полная амнезия
 - Расстройство сознания
 - Сумеречное расстройство сознания
- 68. Состояние двигательного беспокойства и возбуждения
 - Дезориентировка в месте и времени
 - Зрительные, тактильные и слуховые галлюцинации
 - Сохранение ориентировки в собственной личности
 - Зрительные иллюзии и парейдолии
 - Полная амнезия
 - Расстройство сознания
 - Делириозный синдром
- 69. Острое начало психического расстройства
 - Эмоциональная тревога
 - Двигательное беспокойство
 - Зрительные, слуховые, тактильные галлюцинации
 - Бредовые идеи
 - Полная амнезия

- Расстройство сознания
Делириозный синдром
70. Длительное нарушение целенаправленной деятельности
Безотчетность, немотивированность поступков
Отгороженность от окружающего
Двигательная и речевая стереотипия
Полная амнезия
Последующее состояние недоумения и непонимания происшедшего
Расстройство сознания
Трансамбулаторный автоматизм
71. Острое возникновение психопатологических расстройств с дезориентировкой в месте и времени
Сценоподобные зрительные галлюцинации
Эмоциональная тревога, страх
Двигательное возбуждение
Иллюзии и парейдолии, тактильные галлюцинации
Полная амнезия
Расстройство сознания
Делириозный синдром

Приложение 2 ОТВЕТЫ НА ТЕСТ-ЗАДАНИЯ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

1. Тревожно-депрессивный.
2. Пресенильная меланхолия.
3. Существуют три заболевания со сходной клинической картиной: маниакально-депрессивный психоз (МДП) – депрессивная фаза, шизофрения – циркулярная или депрессивно-параноидная форма и реактивная депрессия. Депрессия в данном случае в своей структуре прежде всего содержит выраженные элементы тревоги, бурной речевой и двигательной ажитации.

В тематике переживаний больной отмечают идеи ущерба обыденного, житейского, семейно-бытового масштаба. Большой удельный вес здесь имеют бредовые построения, отличающие меланхолию инволюционных больных от «чистой депрессии» при МДП, которая в типичных случаях не является ажитированной. Отличием от шизофрении служит сильно развитая эмоциональная сфера больной, чрезмерная отзывчивость, большая эмоциональная подвижность, а также отсутствие способности выходить за рамки тематики переживаний, отвлекаться от конкретной жизненной ситуации, определенного места и времени. Кроме того, здесь не наблюдается и специфическая для шизофрении

символизация. Шизофреническая депрессия не содержит и столь выраженной экспрессии и выразительности в движениях и позе. Реактивная депрессия целиком определяется душевной травмой, и сами высказывания больной свидетельствуют о ней.

4. Тизерцин (нозинан) 0,025 г (суточная доза 300–600 мг) или мелипрамин 0,025 г (суточная доза 150–300 мг) с аминазином или тизерцином (суточная доза 150–300 мг).

5. Благоприятный – для жизни и для трудоспособности; относительно благоприятный – для заболевания (наклонность к прогрессивному течению).

2. 1. Судорожный синдром.

2. Генуинная эпилепсия с выраженными характерологическими изменениями личности и слабоумием.

3. Симптоматическая эпилепсия, в частности травматическая, – в анамнезе больной травма головы. Аргументы против травматической эпилепсии: появление судорожных припадков с потерей сознания до травмы, характерная прогрессивность заболевания с изменениями личности по эпилептическому типу и нарастающим слабоумием; отсутствие знаков органического поражения нервной системы; наличие психических эквивалентов – дисфория. (Большие эпилептические припадки следует отличать от истерических.)

4. Молочно-растительная диета с ограничением жидкостей. Режим труда и быта. Непрерывность в приеме противосудорожных препаратов: бензонал по 0,1–0,2 г три раза в день, смесь Серейского или Воробьева и др.

5. Благоприятный – для жизни (в случае эпилептического статуса менее благоприятен); неблагоприятный – для заболевания (болезнь прогрессирующая, отмечается слабоумие). Трудоспособность ограничена (отстранять от работы у огня, воды, на высоте, с движущимися механизмами).

3. 1. Паранойяльный.

2. Паранойяльное развитие личности.

3. Шизофрения паранойяльной формы с вялым непрерывным вариантом течения; психопатия паранойяльной формы.

Несмотря на то что рассматриваемое заболевание имеет начало во времени и специфическое углубляющееся развитие, в нем отсутствуют признаки шизофренического процесса, для которого характерны наряду с прогрессивностью течения глубокие эмоционально-волевые и мыслительные нарушения. У нашей больной конфликты и психотравмирующие переживания проходят этапы сверхценных переживаний, бреда, генетически взаимосвязанных. Интересы и помыслы больной сужаются до одной захватившей ее идеи.

От психопатии заболевание больной отличается развитием психогенного признака, имеющего четкое начало на определен-

ном этапе жизни, т. е. у нее отсутствуют врожденные качества, характеризующие психопата параноического склада характера: конфликтность, жесткая прямолинейность, ригидность в суждениях, эгоцентризм, высокий уровень притязаний.

4. Аминазин 0,025 г (суточная доза 800–450 мг), галоперидол 0,00155–0,002 г (суточная доза 12–15–30 мг) или комбинация того и другого, а также использование других малых и больших транквилизаторов.

5. Для жизни, здоровья и трудоспособности – относительно благоприятный.

4. 1. Олигофрения в степени глубокой дебильности.

2. Слабоумие.

3. Педагогическая запущенность, при которой не представляется возможным в анамнезе выявить психическое отставание в детском возрасте, кроме того, обучение и воспитание дают положительные результаты. В нашем случае это не наблюдается.

4. Общеукрепляющее, симптоматическое.

5. Для жизни, здоровья, трудоспособности – неблагоприятный.

5. 1. Парифренический.

2. Прогрессивный паралич, экспансивная форма.

3. Паралитические синдромы, встречающиеся при сифилисе мозга, алкогольных психозах (псевдопаралитическая форма сифилиса мозга и алкогольный псевдопаралич). Однако при указанных заболеваниях проявления психоза более благоприятны. Решающими для диагноза здесь являются серологические реакции, а также динамика течения заболевания.

От старческого или артериосклеротического слабоумия прогрессивный паралич отличается большей скоротечностью и тотальностью поражений во всех сферах личности, интеллекта, а также нелепостью высказываемых идей и поведения в целом.

4. Применяются современные антибиотики массивным курсом. Интенсивное лечение может приостановить течение заболевания.

5. Для жизни, здоровья, трудоспособности – неблагоприятный. Исход – полный маразм и даже смерть.

6. 1. Галлюциноз.

2. Хронический алкоголизм, острый алкогольный галлюциноз.

8. Сифилитический галлюциноз, характеризующийся наплывом слуховых галлюцинаций. Дифференцирующими признаками служат отрицательные серологические реакции, отсутствие неврологических симптомов, а также наличие в анамнезе длительного злоупотребления алкоголем с соответствующей клинической картиной хронического алкоголизма (синдром похмелья, толерантность и др.).

4. Нейролептики: галоперидол 0,0015 г (суточная доза 25–80 мг), аминазин 0,025 г (суточная доза 400–600 мг). Общеукрепляющая терапия (витаминотерапия), дезинтоксикационные средства.

5. Благоприятный – для жизни и трудоспособности; для заболевания – в случае дальнейшего злоупотребления алкоголем переходит в хроническую форму.

7. 1. Ганзеровский.

2. Реактивный психоз, ганзеровский синдром.

3. Шизофрения, так как у больного наблюдались своеобразные «ответы мимо». Однако в нашем случае это связано с отношением больного к психотравмирующей ситуации, которую он предает забвению в силу ее тягостной значимости. Здесь можно говорить о сужении сознания больного. Подобное расстройство сознания у больного эпилепсией носит пароксизмальный, жесткий, непредсказуемый характер с большой напряженностью в аффективной сфере.

4. Изъятие больного из психотравмирующей ситуации. Малые транквилизаторы: элениум 0,01 г (суточная доза 30–60 мг) или седуксен 0,005 г (суточная доза 15–80–45 мг). Можно соннапакс, аминазин 0,025 г (суточная доза 75–150 мг).

5. Для жизни, здоровья и трудоспособности – благоприятный.

8. 1. Параноидный.

2. Шизофрения, параноидная форма, параноидный этап, непрерывно-прогредиентный тип течения.

3. Реактивный бредовый психоз, отличающийся непосредственной связью бредовых идей и галлюцинаторных переживаний с психотравмирующей ситуацией. В нашем конкретном случае хотя и имела место небольшая конфликтная ситуация, она не звучит в бредовых высказываниях больного. Кроме того, наличие повторных частых приступов, изменение эмоционально-волевой, мыслительной сферы у нашего больного помогает в дифференциальной диагностике.

4. Нейролептики: трифтазин 0,005 г (суточная доза 70–80 мг), аминазин 0,025 г (суточная доза 800 мг). Инсулиноterapia.

5. Благоприятный – для жизни; для заболевания и трудоспособности менее благоприятен, в связи с прогредиентным течением заболевания.

9. 1. Апатико-абулический.

2. Шизофрения, простая форма, непрерывное течение.

3. Глубокая редукция и упадок во всех разносторонних проявлениях интеллекта больного делает его заболевание подобным врожденной умственной отсталости (олигофрении). Однако в нашем случае заболевание возникло исподволь, в процессе жизни, и характеризовалось прежде всего постепенным снижением побуждений, воли, эмоций. Можно думать о депрессивной фазе МДП. Но в данном заболевании мы определяем не угнетение в аффективной и интеллектуальной сферах, а явно выраженный дефицит. Это наиболее отличительная черта заболевания данного больного, которая с течением времени становится все более выразительной.

4. Френолон (суточная доза 40–60 мг) или курс инсулинотерапии.

5. Для выздоровления и трудоспособности – неблагоприятный: рано наступает слабоумие.

10. 1. Параноидный синдром.

2. Патологическое опьянение, параноидная форма.

3. Реактивный параноид, для которого характерна непосредственная связь возникающих психических нарушений (бредовые идеи, нарушение восприятия) с психотравмирующей ситуацией. У нашего больного также имела место конфликтная ситуация, однако какой-либо связи с возникшей психической симптоматикой обнаружить не удалось.

4. Больной нуждается в наблюдении и лечении общеукрепляющими симптоматическими средствами (витаминотерапия, глюкоза и др.).

5. Для жизни, трудоспособности, заболевания – благоприятный.

11. 1. Депрессивный.

2. Реактивная депрессия.

3. Сниженное настроение, двигательная и мыслительная заторможенность с идеями самоуничтожения могут встречаться при депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, циркулярной или депрессивно-параноидной шизофрении. При МДП депрессия носит наиболее часто «витальный» характер. Это своеобразный, почти физический, оттенок душевной боли, основанный на внутренних болезненных факторах. У нашего больного, судя по тематике высказываний, наличию психологически понятной связи его душевного страдания с содержанием психической травмы, а также по отсутствию первичных признаков изменения витальных чувств, в целом можно предположить реактивный характер заболевания.

При шизофренической депрессии отмечается меньшая эмоциональная насыщенность переживаний и появление признаков, свойственных шизофрении (аутизм, символика и др.). При инволюционной меланхолии угнетение настроения сопровождается обычно выраженным чувством тревоги, которое делает больных беспокойными, ажитированными. Таких признаков, свойственных шизофрении и пресенильному психозу, у нашего больного нет.

4. Комбинированная терапия: триптизол 0,025 г (суточная доза 300 мг), элениум 0,01 г (суточная доза 60–90 мг), седуксен 0,005 г (суточная доза 45–60 мг). В более тяжелых состояниях мелипрамин 0,025 г (суточная доза 300 мг), тизерцин 0,025 г (суточная доза 300 мг).

5. Для жизни, трудоспособности, заболевания – благоприятный.

12. 1. Маниакальный синдром.

2. Маниакально-депрессивный психоз, периодическая мания.

3. Циркулярная шизофрения, характеризующаяся в отличие от маниакально-депрессивного психоза наличием уплощенных эмоциональных реакций, часто неадекватных причине, ускоренным течением ассоциативных процессов, сопровождающихся ощущением насильственности и иногда доходящим до насильственного фантазирования с переходом в онейроидное состояние.

4. Нейролептики: аминазин 0,025 г (суточная доза 300–400 мг) в течение 1–2 месяцев.

5. Благоприятный – для жизни, менее благоприятный – для заболевания и трудоспособности (частые обострения).

13. 1. Делириозный синдром.

2. Генуинная эпилепсия. Эпилептический делирий. Хронические изменения личности по эпилептическому типу.

3. Травматический делирий. В нашем случае его можно предполагать в связи с травмой головы. Но характерологические изменения личности больного по эпилептическому типу (злость, жестокость, раздражительность, мстительность, эгоцентризм и др.) при одновременном появлении судорожных припадков с потерей сознания, не связанных с травмой мозга, дают право исключить ведущую роль последней в возникновении делириозного состояния. Перечисленные особенности течения болезни отличают ее от алкогольного делирия.

4. Нейролептики: тизерцин 0,025 г (суточная доза 300 мг), аминазин 0,05 г (суточная доза 300–400 мг), противосудорожные препараты (бензонал, люминал и др.).

5. Благоприятный – для жизни, сомнительный в связи с хроническими изменениями личности – для заболевания. Трудоспособность ограничена (отстраняется от работы у огня, воды, на высоте, с движущимися механизмами).

14. 1. Параноидный.

2. Реактивный параноид.

3. Шизофрения параноидной формы с шубообразным типом течения. Особенно если в нашем случае учесть некоторые черты внутренней экзальтированности, сензитивизма, необщительности, хотя они имели место задолго до заболевания (особенности преморбиды). Главным диагностическим критерием здесь должно являться наличие психотравмирующего момента (угрозы убийства) и бреда, тематически связанного с ним. Кроме того, психоз не затрагивал личности, не изменял ее существенные свойства и быстро заканчивался, не оставляя никакого психического недостатка.

4. Нейролептики: аминазин 0,025 г или сонапакс 0,025 г (суточная доза 150–300 мг). Рациональная психотерапия, общеукрепляющая терапия с использованием гипогликемических доз инсулина (суточная доза 5–20–30 ЕД) с внутривенными инъекциями глюкозы, витаминных комплексов.

5. Для жизни, трудоспособности, заболевания – благоприятный.

15. 1. Делириозный синдром.

2. Хронический алкоголизм, белая горячка.

3. Эпилептический делирий, для которого характерно наличие более ярких, чаще цветных зрительных галлюцинаций, а также в анамнезе – судорожных припадков с потерей сознания, чего мы не наблюдаем у нашего больного.

Инфекционный делирий, возникающий в связи с какой-либо острой инфекцией и сопровождающийся нарушением сознания, речевой спутанностью, что не характерно для белой горячки.

4. Нейролептики: галоперидол в инъекциях 0,5% раствор – по 2 мл 3 раза в сутки; аминазин 2,5% раствор – по 2 мл 2–3 раза в сутки. Дезинтоксикационная терапия.

5. Благоприятный – для жизни, заболевания. В случае дальнейшего злоупотребления алкоголем – неблагоприятный. Трудоспособность после острых психотических расстройств восстанавливается.

16. 1. Астенический.

2. Психопатия, астеническая форма.

3. Шизофрения неврозоподобной или психопатоподобной формы с вялым непрерывным типом течения. Отличительной особенностью является врожденный характер заболевания и отсутствие признаков прогрессивности, в частности эмоционального потускнения. От невроза данное заболевание отличается наличием конституциональных признаков аномалии характера, не связанных с особенностями онтогенеза и психогенными факторами, их обуславливающими. Кроме того, при неврозах наблюдается большая самокритичность больного.

4. Социальное, воспитательное воздействие, социотерапия. Малые транквилизаторы: седуксен 0,005 г (суточная доза 15–30–45 мг), элениум 0,01 г (суточная доза 30–60 мг), мепробамат, витаминные комплексы, общеукрепляющая терапия, санаторно-курортное лечение.

5. Неблагоприятный – для выздоровления; для жизни, трудоспособности – благоприятный.

17. 1. Делириозно-аментивный синдром.

2. Инфекционный (гриппозный) психоз.

3. Алкогольный делирий. Отсутствие симптомов хронического алкоголизма, а также тяжесть расстройства сознания помогает в дифференцировке.

4. Антибиотики, экмолин (2 мл внутримышечно), глюкоза с аскорбиновой кислотой, нейролептики в небольших дозах (галоперидол с 0,0015 г до 10–15 мг).

5. Благоприятный.

18. 1. Паранойяльный.

2. Психопатия, паранойяльный вариант.

3. Шизофрения, паранойяльный вариант. Паранойяльное развитие личности. Отмечено, что аномалии характера больного имели место в детстве и с возрастом не изменялись в качественном отношении, а наблюдалось количественное заострение патологических черт характера. Это свидетельствует о врожденности заболевания и отсутствии признаков прогрессивности. Заболевание также не входит существенным образом в генетическую связь с условиями жизни, ее трудностями, психическими травмами, как это отмечается при психогенном невротическом развитии.

4. Социальное, воспитательное воздействие. Малые транквилизаторы: седуксен 0,005 г (суточная доза 15–30–45 мг), элениум 0,01 г (суточная доза 30–60–90 мг). В случаях более глубокой декомпенсации – аминазин, соналакс, тизерцин 0,025 г (суточная доза 75–225 мг).

5. Неблагоприятный для выздоровления, для жизни – благоприятный, для трудоспособности – относительно благоприятный.

19. 1. Синдром Кандинского – Клерамбо.

2. Шизофрения, остро возникающий синдром Кандинского – Клерамбо, приступообразно – прогрессивное течение.

3. Реактивный параноид, при котором также встречаются элементы синдрома Кандинского–Клерамбо. Но прямая связь симптоматики реактивного параноида с психотравмирующей ситуацией, отсутствие остаточных эмоционально-волевых, интеллектуальных нарушений помогает дифференцировать данное заболевание от шизофрении.

Атипичный алкогольный психоз, где симптомы синдрома Кандинского – Клерамбо появляются на фоне длительного злоупотребления алкоголем и клинической картины хронического алкоголизма, что и решает диагностический вопрос.

4. Нейролептики: галоперидол с 0,0015 г (суточная доза 20–80 мг) в течение 2–4 месяцев; трифтазин 0,005 г (суточная доза 60–80 мг) в течение 1,5–2 месяцев и др.

5. Благоприятный – для жизни, для трудоспособности – сомнителен в связи с постепенным снижением личности по шизофреническому типу.

20. 1. Дементный.

2. Старческий психоз, простая форма.

3. Прогрессивный паралич, артериосклеротическое слабоумие. Для прогрессивного паралича характерен более быстрый парез психических функций с явлением легкомыслия и расточительности, громадной масштабностью и экспансивностью идей, тотальным поражением психической, нервной и соматической организации на всех уровнях. В нашем случае у больного наблюдалось постепенное заострение присущих его личности характерологических особенностей, сопровождавшееся снижением памяти и интеллекта по определенной системе и временной шкале.

При артериосклеротическом слабоумии интеллектуально-мнестические расстройства имеют долго перемежающийся, волнообразный характер с длительным сохранением критического отношения к своему дефекту и наличием признаков слабоумия.

4. Малые транквилизаторы: элениум 0,01 г (в сутки 80–60 мг), или седуксен 0,005 г (в сутки 15–30 мг), триоксазин 600–1200 мг в сутки, бром, снотворное (ноксирон 0,25 г). В отдельных случаях аминазин 0,025 г, сонাপакс 0,025 г (75 мг в сутки). Витаминные комплексы.

5. Прогноз весьма сомнителен. Исход – слабоумие.

21. 1. Параноидный.

2. Хронический алкоголизм. Алкогольный бред ревности.

3. Шизофрения, параноидная форма. Отличительным признаком является нарастание параллельно с бредовыми идеями изменений личности больного по шизофреническому типу, проявляющееся в нарушении мышления (разорванное, символическое), погружении в свои переживания, эмоциональном оскудении. У нашего больного наряду с отсутствием подобной симптоматики в анамнезе длительное злоупотребление спиртными напитками, наличие синдрома похмелья, толерантности говорят об алкогольном генезе заболевания.

4. Нейролептики: аминазин 0,025 г (суточная доза 200 мг), трифтазин 0,005 г (суточная доза 60–70 мг в течение 2–4 месяцев). Витаминотерапия.

5. Благоприятный – для жизни и трудоспособности; для заболевания – неблагоприятный при дальнейшем употреблении алкоголя.

22. 1. Депрессивно-параноидный.

2. Шизофрения, депрессивно-параноидная форма, периодическое течение.

8. Маниакально-депрессивный психоз, реактивный психоз, при которых могут наблюдаться подобные состояния угнетенного настроения с идеями обвинения. В нашем случае изменению свойств личности и началу каждого приступа заболевания не предшествовали никакие внешние причины. Кроме того, имеют место аутистические, часто символические особенности мышления с глубокой утратой инициативы и контакта с окружающими. При маниакально-депрессивном и реактивном психозах, напротив, эффективные расстройства доминируют в клинической картине.

4. Комбинация психотропных средств: мелипрамина 0,025 г (300–400 мг в сутки) с аминазином 0,025 г (300–450 мг в сутки) или нозинамом 0,025 г (300–450 мг в сутки) и др.

5. Относительно благоприятный для выздоровления (после каждого приступа) и для трудоспособности. Прогрессиентность заболевания выражена слабо.

23. 1. Депрессивный синдром.

2. Маниакально-депрессивный психоз, периодическая депрессия.

3. Циркулярная шизофрения депрессивной фазы. Депрессия при шизофрении характеризуется меньшей эмоциональной насыщенностью переживаний, превалированием чувства тревоги и наплывом отрицательно окрашенных воспоминаний, нередко носящих насильственный характер. Кроме того, часто встречаются элементы синдрома Кандинского – Клерамбо, синдрома с онейроидными переживаниями. Подобных симптомов и синдромов в клинической картине нашей больной не наблюдается.

4. Антидепрессанты: мелипрамин 0,025 мг (суточная доза 200–300 мг), ниамид 25 мг (суточная доза 200–300 мг), тизерцин 25 мг (суточная доза 800 мг).

5. Благоприятный – для жизни; для заболевания и трудоспособности – относительно благоприятный (в зависимости от глубины и продолжительности ремиссий).

24. 1. Психоорганический синдром.

2. Травматическая болезнь с апатико-абулическим синдромом.

3. Шизофрения, простой формы, при которой характерно возникновение апатико-абулического состояния с утратой инициативы, интересов, побуждений. Решающим для диагноза в нашем случае является наличие тяжелой травмы головного мозга, признаков органического поражения ЦНС и характерной для органического синдрома смены этапов заболевания (астенический, эксплозивный, мориоидный, апатико-абулический).

4. Курс магнезиальной терапии с глюкозой по схеме, малые или большие транквилизаторы – седуксен 0,005 г (суточная доза 15–60 мг), сонapakc, тизерцин 0,025 г (суточная доза 150–300 мг), трифтазин 0,005 г (45 мг), френолон 0,005 г (суточная доза 45–60–75 мг) и др. В зависимости от периодов болезни – постельный режим до 6 недель.

5. Для выздоровления, трудоспособности – неблагоприятный.

Приложение 3 ОТВЕТЫ К КОНТЕНТ-АНАЛИТИЧЕСКИМ ЗАДАЧАМ

Таблица 1

1. Расстройства мышления по форме и течению мыслительного процесса:
 2. Разорванное мышление
 5. Вязкое (обстоятельное) мышление

- 7. Символическое мышление
- 16. Бегущее мышление
- 20. Резонерствующее мышление
- II. Нарушение памяти:
 - 3. Фиксационная амнезия
 - 10. Ретроградная амнезия
 - 17. Конфабуляции
 - 21. Псевдореминисценции
 - 24. Гипермнезия
- III. Расстройства эмоций
 - 6. Эмоциональная тупость
 - 11. Эмоциональная неадекватность
 - 13. Дисфория
 - 18. Амбивалентность
 - 22. Слабодушие
- IV. Навязчивые явления:
 - 4. Клептомания
 - 9. Пиромания
 - 14. Ономатомания
 - 19. Клаустрофобия
 - 23. Дромомания
- V. Виды бреда:
 - 1. Бред отношения
 - 8. Бред особого значения
 - 12. Бред физического воздействия
 - 15. Бред самоуничтожения.
 - 25. Бред нигилистический

Таблица 2

- I. Синдром Кандинского – Клерамбо
 - 1. Псевдогаллюциноз
 - 7. Мантизм
 - 11. Симптом открытости мыслей
 - 12. Чувство овладения
 - 16. Мышечный псевдогаллюциноз
- II. Кататонический синдром:
 - 4. Негативизм
 - 14. Ступор
 - 19. Катаlepsия
 - 23. Мышечная ригидность
 - 25. Мутизм
- III. Маниакальный синдром:
 - 2. Эйфория
 - 5. Идеи величия
 - 8. Гипермнезия
 - 10. Двигательная активность
 - 15. Бегущее мышление
- IV. Депрессивный синдром:
 - 3. Скорбное бесчувствие

- 9. Заторможенность мышления
- 17. Симптом Верагута
- 20. Сниженное настроение
- 22. Двигательная заторможенность
- V. Сумеречное расстройство сознания:
 - 6. Амнезия
 - 13. дезориентировка во времени
 - 18. Автоматизм действий
 - 21. дезориентировка в пространстве
 - 24. Сужение сознания

Таблица 3

- I. Ремиссии при шизофрении М.Я. Серейского
 - 1. Ремиссии типа А
 - 6. Ремиссии типа В
 - 11. Ремиссии типа С
 - 15. Ремиссии типа D
 - 17. Ремиссии типа Е
- II. Виды расстройства мышления при шизофрении:
 - 2. Аутистическое мышление
 - 4. Резонерство
 - 13. Персеверация
 - 18. Символическое мышление
 - 20. Разорванное мышление
- III. Хронические проявления нарушений психики при эпилепсии:
 - 3. Концентрический тип слабоумия
 - 5. Эмоциональная взрывчатость
 - 10. Олигофазия
 - 12. Эгоцентризм
 - 25. Обстоятельное, вязкое мышление
- IV. Формы вялотекущего варианта непрерывно-прогредиентной шизофрении:
 - 7. Паранойяльная
 - 16. Астенодепрессивная
 - 19. Истероидная
 - 21. Неврозоподобная
 - 24. Ипохондрическая
- V. Признаки маниакальной фазы, маниакально-депрессивного психоза:
 - 8. Бегущее мышление
 - 9. Идеи величия
 - 14. Эйфория
 - 22. Двигательное беспокойство
 - 23. Отвлекаемость

Таблица 4

- I. Олигофрения в степени глубокой дебильности:
 - 1. Недоразвитие речи
 - 8. Психический инфантилизм

- 13. Наличие простых трудовых навыков
- 14. Физический инфантилизм, дизморфизм
- 17. Конкретно-ситуативное мышление
- II. Признаки хронического алкоголизма:
 - 6. Синдром похмелья
 - 10. Паралич воли
 - 16. Юмор алкоголика («юмор висельника»)
 - 18. Патологическая лживость
 - 19. Социальная деградация
- III. Патологический аффект:
 - 2. Фаза разрешения
 - 7. Психотравмирующий момент
 - 12. Агрессия
 - 15. Амнезия
 - 20. Подготовительная фаза
- IV. Кататоническое возбуждение:
 - 3. Разорванность речи
 - 4. Симптомы «эхо»
 - 11. Импульсивность
 - 21. Двигательные проявления кататонического возбуждения
 - 23. Стереотипия движений
- V. Острые проявления при эпилепсии:
 - 5. Большие эпилептические припадки
 - 9. Малые эпилептические припадки
 - 22. Амбулаторный автоматизм
 - 24. Эпилептический делирий
 - 25. Дисфория

Таблица 5

- I. Этапы течения параноидной шизофрении:
 - 1. Бредовая готовность
 - 7. Паранойяльный этап
 - 12. Параноидный этап
 - 19. Парафренный этап
 - 21. Вторичная кататония
- II. Симптомы паранойяльной психопатии:
 - 5. Конфликтность
 - 10. Болезненная принципиальность, кверулянтность
 - 14. Эгоцентризм
 - 18. Суetsyжничество
 - 22. Сверхценные идеи
- III. Черты эпилептических изменений личности:
 - 2. Эксплозивность
 - 6. Педантизм
 - 9. Слащавость
 - 13. Злопамятство
 - 20. Брадифрения, инертность

- IV. Формы инволюционных психозов:
 - 4. Инволюционная меланхолия
 - 11. Инволюционный параноид
 - 15. Поздняя кататония
 - 17. Инволюционная истерия
 - 25. Болезнь Пика
- V. Черты старческих изменений личности:
 - 3. Рассеянность
 - 8. Стереотипное усердие
 - 16. Бережливость
 - 23. Консерватизм
 - 24. Болтливость

Таблица 6

- I. Признаки злокачественной шизофрении:
 - 6. Раннее начало заболевания с негативных расстройств
 - 10. Высокая прогрессиентность
 - 15. Полиморфизм симптоматики
 - 18. Резистентность к терапии
 - 25. Глубокие исходные состояния
- II. Атипичные маниакальные состояния:
 - 4. Гневливая мания
 - 8. Маниакальный ступор
 - 11. Непродуктивная мания
 - 21. Спутанная мания
 - 24. Онейроидная мания
- III. Осложнения и побочные действия при лечении современными психотропными средствами:
 - 1. Псевдопаркинсонизм
 - 7. Акатизия
 - 12. Синдром Куленкамппфа – Тарнова
 - 14. Интоксикационный делирий
 - 19. Гепатит
- IV. Эпилептический амбулаторный транс:
 - 2. Сумеречное состояние сознания
 - 5. Расстройство сознания с явлениями дромомании транса
 - 13. Автоматизм действий
 - 17. Амнезия
 - 23. Пароксизмальность возникновения и течения
- V. Симптомы старческих нарушений психической деятельности:
 - 3. Бред материального ущерба
 - 9. Закон Рибо
 - 16. Болтливость и суетливость
 - 20. Жадность, скарედность
 - 22. Консерватизм

Таблица 7

- I. Гебефренический синдром:
 - 1. Дурашливость

- 6. Гримасничанье, вычурность
- 11. Гебефреническое возбуждение
- 18. Разорванность речи
- 23. Неадекватность эмоций
- II. Атипичные формы депрессий:
 - 2. «Зашторенная» депрессия
 - 8. Продуктивная меланхолия
 - 15. Аиситированная депрессия
 - 20. «Квартирная» депрессия
 - 25. Матовая депрессия
- III. Корсаковский амнестический синдром:
 - 3. Амнестическая дезориентировка
 - 9. Фиксационная амнезия
 - 13. Псевдореминисценции
 - 16. Конфабуляции
 - 19. Сохранность интеллекта
- IV. Психоорганический синдром (этапы течения):
 - 4. Астенический симптомокомплекс (I этап)
 - 6. Эксплозивность (II этап)
 - 10. Мориоидный синдром (III этап)
 - 14. Апатобулический синдром (IV этап)
 - 21. Деменция
- V. Признаки экзогенных психозов:
 - 6. Расстройство сознания (делириозно-аментивное)
 - 12. Гипертермия
 - 17. Инициальный, лихорадочный и резидуальный бред
 - 22. Гипермнезия
 - 24. Наличие токсико-инфекционного процесса

Таблица 8

- I. Варианты приступообразно-прогредиентной шизофрении:
 - 1. Люцидная кататония
 - 9. Остро возникающий синдром Кандинского – Клерамбо
 - 17. Острый параноид
 - 19. Истинный галлюциноз
 - 22. Депрессивно-ипохондрический вариант
- II. Формы рекуррентной шизофрении:
 - 5. Циркулярная
 - 13. Депрессивно-параноидная
 - 18. Онейроидная кататония
 - 23. Гипертоксическая шизофрения
 - 25. Циклотимический, психопатоподобный вариант
- III. Эпилептические эквиваленты:
 - 2. Делирий
 - 4. Дисфория
 - 10. Параноид
 - 14. Сумеречное состояние сознания
 - 24. Эпилептический ступор

- IV. Формы реактивных психозов:
 - 6. Реактивная депрессия
 - 8. Реактивный параноид
 - 12. Пуэрилизм
 - 15. Псевдодеменция
 - 20. Сумеречное расстройство сознания (истерическое)
- V. Симптомы хронического алкоголизма:
 - 3. Толерантность
 - 7. Потеря чувства контроля
 - 11. Симптом «опережения»
 - 16. «Юмор алкоголика»
 - 21. Психологическая зависимость (симптом отмены)

Таблица 9

- I. Алкогольные психозы:
 - 1. Белая горячка
 - 8. Алкогольный галлюциноз
 - 16. Корсаковский психоз
 - 17. Алкогольный бред ревности
 - 23. Дипсомания
- II. Психогенные параноиды:
 - 3. Бред тугоухих
 - 5. Психологически понятная связь
 - 13. Бред сутяжный (кверулянтов) по типу патологического развития личности
 - 21. Индуцированный бред
 - 25. Острый реактивный параноид
- III. Формы олигофрении:
 - 2. Гидроцефалия
 - 10. Микроцефалия
 - 15. Болезнь Дауна
 - 22. Кретинизм
 - 24. Фенилкетонурия, лактоземия
- IV. Расстройства мышления при шизофрении:
 - 7. Паралогичность мышления
 - 9. Соскальзывание понятий
 - 11. Галлюцинации
 - 19. Неологизмы
 - 20. «Шперрунг», задержка мыслей
- V. Основные симптомы прогрессивного паралича:
 - 4. Парез психических функций, деменция
 - 6. Эйфория
 - 12. Симптом Аргайлла Робертсона
 - 14. Экспансивный, мегаломанический бред величия
 - 18. Дизартрия

Таблица 10

- I. Периодическая шизофрения:
 - 3. Острая парафрения

- 11. Онейроидная кататония
- 12. Фебрильная кататония
- 17. Депрессивно-параноидная
- 23. Циркулярная
- II. Корсаковский психоз:
 - 1. Полиневрит
 - 9. Фиксационная амнезия
 - 15. Конфабуляции
 - 18. Сохранность интеллекта
 - 21. Псевдореминисценции
- III. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах:
 - 2. Сурдомутизм
 - 4. Ретро-антероградная амнезия
 - 7. Энцефалопатия
 - 10. Апатико-абулический симптом
 - 16. Мория
- IV. Имбецильность
 - 5. Глубокое недоразвитие речи
 - 13. Элементарные трудовые навыки
 - 20. Конкретно-ситуативное мышление
 - 22. Неспособность к школьному обучению
 - 25. Повышенная внушаемость
- V. Инволюционные психозы:
 - 6. Возраст обратного развития
 - 8. Ажитированная меланхолия
 - 14. Инволюционная истерия
 - 19. Поздняя кататония
 - 24. Инволюционный параноид

Приложение 4 ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ПО ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

1. Правильный ответ 3. Соли вальпроевой кислоты эффективны при самых различных нарушениях.

При лечении эпилептических пароксизмов применяется ряд антисудорожных препаратов с различным спектром действия. Так, при лечении судорожных припадков рекомендуются люминал, бензонал, тегретол, диакарб, финлепсин, смеси, включающие лекарства, усиливающие действие друг друга (смесь Серрейского, Воробьева и др.). При малых припадках – трилиптин, бура, антилепсин и др. Соли вальпроевой кислоты оказывают благотворное медикаментозное воздействие при самых различных пароксизмальных проявлениях эпилептического генеза.

2. Правильный ответ 3. Полное отсутствие способности к речи наблюдается при глубокой умственной отсталости.

Идиотия – глубокая умственная отсталость, характеризуется полным отсутствием речи. Анатомо-физиологически это связано с тем, что у таких людей корковые структуры остаются в зачаточном состоянии, т.е. практически отсутствует вторая сигнальная система, лежащая в основе развития речевой функции человека.

3. Правильный ответ 1. Наиболее частые проявления конечных состояний при шизофрении – апатия.

Апатия – отсутствие эмоционального реагирования на внешние раздражители, затрагивающие аффективную среду. Именно у больных шизофренией апатико-абулические проявления сопровождают клиническую картину развивающейся болезни и в конечном состоянии наиболее выражены.

4. Правильный ответ 3. Исчезновение способности говорить при сохранении способности слышать – мутизм.

Мутизм – исчезновение способности говорить при сохранении слуха имеет место у больных шизофренией при развитии кататонического ступора. Может быть мутизм элективный – выраженная, эмоционально обусловленная избирательность в разговорной речи. Расстройство часто сопровождается такими личностными проявлениями, как тревога, отстраненность, сопротивление.

5. Правильный ответ 5. Преобладающий психотропный эффект препарата седуксен – анксиолитический (противотревожный).

Седуксен – один из препаратов, эффективно применяемых при лечении патологической тревоги, сопровождающей как пограничные психические состояния, так и сложные психические заболевания. Традиционно для снятия тревоги применяются седативные средства, бензодиазепины.

6. Правильный ответ 3. Больной ослаблен, дезориентирован в месте и времени, собственном «я», возбужден в пределах постели, речь бессвязная – аменция.

Аменция (amentia – бессмыслие) – глубокое расстройство сознания с нарушением синтетической деятельности и фрагментарным восприятием окружающей действительности, чем и обусловлена бессвязность речи. Встречается при тяжелых соматических, инфекционных и психических патологиях.

7. Правильный ответ 3. Эмоциональное расстройство в пожилом возрасте проявляется неустойчивым настроением, слезливостью – слабодушие.

Слабодушие – несдержанность эмоций, связанная чаще всего с атеросклерозом сосудов головного мозга. Следует проводить дифференцировку с истерическими проявлениями, где эмоции также несдержанны, но имеют четкую зависимость от внешнего фактора.

8. Правильный ответ 4. Повышенное настроение и активность, стремление к деятельности – маниакальный синдром.

Маниакальное состояние характеризуется триадой проявлений патологической активности со стороны эмоций, мышления, двигательной сферы. Для других перечисленных синдромов такое сочетание не характерно, а имеются лишь отдельные стороны проявления.

9. Правильный ответ 2. Продуктивная симптоматика – систематизированный бред.

К продуктивной симптоматике относят яркие болезненные проявления, чаще всего в период обострения заболевания, в различных сферах психической деятельности человека, и в первую очередь со стороны восприятия, мышления, сознания. В предлагаемом тесте к такого рода симптому следует отнести систематизированный бред.

10. Правильный ответ 3. Наиболее соответствует понятию аминазин – нейролептик.

Нейролептики – лекарственные средства с антипсихотическим действием. Наиболее ярким представителем этой группы препаратов является аминазин, преимущественно с тормозным действием на структуры мозга. Открыт в 1952 г.; с этого времени началась нейролептическая эра в психиатрии.

11. Правильный ответ 2. Снижение настроения, связанное с невозможностью потерей жизненно важных для человека ценностей, – депрессия.

Депрессия – снижение настроения, экзогенно или эндогенно обусловленное. Депрессивный эпизод – болезненное состояние, часто связанное с переживанием психотравмирующей ситуации; по степени выраженности делится на легкий, средний и тяжелый. При тяжелом могут иметь место психотические симптомы (тревога, гнев, суицидальные мысли вплоть до симптома «взрыв отчаяния»).

12. Правильный ответ 5. Возможность социально опасных форм поведения – все перечисленные формы.

Во всех перечисленных вариантах могут возникать социально опасные формы поведения. Более склонны к агрессии больные с бредом преследования. У больных эпилепсией и в состоянии абстиненции, у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ агрессия связана с характерологическими изменениями личности или состоянием выраженного дискомфорта организма. При патологическом аффекте и патологическом опьянении развившееся сумеречное расстройство сознания сопровождается агрессивным поведением.

13. Правильный ответ 4. Больной чувствует, что части его тела стали непропорциональны, а руки и ноги изменили свои размеры – расстройство схемы тела.

Расстройство схемы тела является одним из симптомов синдрома деперсонализации и наиболее характерен для шизофрении или органического поражения ЦНС.

14. Правильный ответ 4. Негативная симптоматика – психопатологические проявления снижения или утраты функционирования различных сфер психической деятельности человека в результате патологических изменений в ЦНС. Негативные симптомы включают обедненность речи, эмоциональную тупость, абулию, нарушение внимания, социальную изоляцию. Негативная симптоматика в различной степени характерна для всех видов слабоумия.

15. Правильный ответ 2. Делирий. Одним из основных клинических признаков расстройства сознания является дезориентировка человека. От степени выраженности расстройства сознания человек может быть дезориентирован в трех сферах – времени, месте и собственной личности или в двух – времени и месте. Из перечисленных форм нарушенного сознания для делирия характерен второй вариант.

16. Правильный ответ 4. Алкогольный делирий. Если бред, галлюцинации, элементы двигательного возбуждения могут иметь место в клинической картине расстройства личности, параноидной шизофрении, биполярного аффективного психоза, алкогольного делирия, то признаки нарушения сознания характерны только для алкогольного делирия.

17. Правильный ответ 2. Амитриптилин. В связи с тем что ажитированная депрессия сопровождается выраженной тревогой наряду с плохим настроением, наиболее показанным для таких больных из перечисленных лекарственных препаратов является амитриптилин, нивелирующий тревожное состояние пациентов и обладающий антидепрессивным действием.

18. Правильный ответ 1. Парезы и параличи. Длительное применение нейролептических препаратов в больших дозировках часто вызывает осложнение в виде нейролептического синдрома. Перечисленные в задании проявления указанного синдрома не включают такие симптомы, как парезы и параличи.

19. Правильный ответ 2. Сенестопатический автоматизм. Сенестопатический автоматизм характерен для синдрома Кандинского – Клерамбо. В этом случае у больного появляется насильственное, кем-либо сделанное чувство жжения, щекотания, боли во внутренних органах, а также неприязни, страха, недомогания. Все перечисленные проявления не характерны для делирия.

20. Правильный ответ 1. Псевдореминисценции. Псевдореминисценции – качественное нарушение памяти, характеризующееся тем, что в болезненном состоянии больной воспринимает события, ранее имевшие место в его жизни, как реальные.

Проявления такого рода чаще всего встречаются при инфекционных, сосудистых, алкогольных психозах, органических поражениях ЦНС.

21. Правильный ответ 4. Параноидный (паранойальный) синдром.

В основе перечисленных расстройств личности лежит наличие у человека патологических черт характера, врожденных или приобретенных, а также возникающих под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды свойств. Указанные в задании расстройства личности встречаются при параноидном (паранойальном) варианте.

22. Правильный ответ 4. Кататоническое возбуждение. Все четыре состояния, кроме кататонического возбуждения, сопровождаются двигательной заторможенностью, вплоть до полной обездвиженности (кататонический и реактивный ступор). При депрессивном и оглушенном расстройстве сознания снижается двигательная активность.

23. Правильный ответ 5. Гиперестезия. Гиперестезия – повышенная восприимчивость к обычным внешним раздражителям, нейтральным для человека в нормальном состоянии, часто встречается при невротических расстройствах или как последствия перенесенных черепно-мозговых травм.

24. Правильный ответ 2. 3–5 дней. Делирий – один из синдромов с расстройством сознания при типичном течении и активной специфической терапии, длится не более 3–5 дней.

25. Правильный ответ 2. Иллюзии. Иллюзии делятся на физиологические, физические и психические. Физиологические – связаны с особенностями функционирования органов чувств (иллюзия Мюллера), физические – с физическими законами (ложка в стакане воды), психические (аффективные) – с изменениями чувственной сферы человека (страх, ожидание, переутомление, особая освещенность или слышимость, способствующие факторы).

26. Правильный ответ 4. Амнестический (корсаковский) синдром.

Само название говорит о том, что этот синдром включает количественные и качественные нарушения памяти. Из количественных – фиксационную амнезию, из качественных – конфабуляции, псевдореминисценции. Так как синдром встречается при длительном злоупотреблении алкоголем, состояние человека сопровождается полиневритами – суставными болями.

27. Правильный ответ 4. Не обладает антиконвульсионным действием пиразидол.

Пиразидол относится к антидепрессантам с широким спектром терапевтического действия. Эффективен при тревожных и заторможенных депрессиях. Лечить начинают с 25–50 мг, увели-

чивая дозу до 300 мг в сутки. При невротических и реактивных депрессиях препарат применяется в уменьшенных дозах.

28. Правильный ответ 4. Патологический аффект – бурная эмоциональная реакция, протекающая с расстройством сознания, которой предшествует подготовительная фаза (период времени, насыщенный психотравмирующими ситуациями). Для патологического аффекта не характерно чувство витальной тоски.

29. Правильный ответ 1. Синдром Кандинского – Клерамбо.

Псевдогаллюцинации – нарушения восприятия, когда образы, звуки, ощущения возникают внутри тела больного, не выходя за его пределы. Из перечисленных синдромов так называемый моновокальный псевдогаллюциноз (больной «слышит» один голос) характерен для синдрома Кандинского – Клерамбо.

30. Правильный ответ 2. Наличие психической и физической зависимости от алкоголя.

Один из основных критериев, определяющих болезненный характер приема психоактивных веществ, и в частности алкоголя, является наличие психической и физической зависимости. В понятие психической зависимости входит непреодолимое влечение к приему спиртных напитков, которое появляется уже на начальной стадии алкогольной зависимости. Физическая зависимость характерна для средней стадии и возникает при появлении в клинической картине абстинентного синдрома. Считается, что в этих случаях алкоголь становится «неотъемлемым продуктом» обмена веществ у пьющего человека.

31. Правильный ответ 5. Все формы шизофрении, указанные в задании.

Шизофренический процесс характеризуется несколькими типами течения, зависящими от прогрессирования болезненного процесса. Наиболее прогрессивным считается непрерывный тип течения, который характеризуется достаточно быстрым усложнением симптоматики заболевания и постепенным нарастанием эмоционально-волевого и интеллектуально-мнестического дефекта. Перечисленные в задании формы относятся к непрерывному типу течения.

32. Правильный ответ 5. Алкогольный паралич.

Бред – болезненно искаженное отношение мыслей человека к окружающей действительности. Бред ревности относится к эмоциогенным видам бреда и несет в себе определенную социальную опасность. При алкогольном параноиде часто встречается данный вид бреда, что связано со снижением потенции у данной категории больных.

33. Правильный ответ 4. Шизофрения. Псевдогаллюцинации – нарушение восприятия, когда образы, звуки, ощущения возникают внутри тела больного, не выходя за его пределы. Наиболее часто данный вид расстройства восприятия встречается при шизофрении, особенно при синдроме Кандинского – Клерамбо.

34. Правильный ответ 3. Конверсионные расстройства. Конверсионные или диссоциативные расстройства, соответствующие понятию астазия-абазия. Имеют психогенную природу и ранее классифицировались как истерические проявления. Сами термины «астазия» и «абазия» обозначают отсутствие способности стоять и ходить и носят функциональный характер, т.е. не связаны с органическим поражением ЦНС.

35. Правильный ответ 5. Критическая оценка больным своего состояния отсутствует при всех перечисленных синдромах.

Три первых синдрома относятся к бредовым. Установлено, что при бредовых идеях на фоне острого проявления болезни у пациентов отсутствует критическая интерпретация к высказываемым идеям. Симптоматика кататонического синдрома также сопровождается отсутствием критической оценки больного к своему состоянию и поведению.

36. Правильный ответ 5. Антибиотики. В основе заболевания прогрессивным параличом лежит инфекционная природа (бледная спирохета), вот почему при активной терапии антибиотики имеют первостепенное значение, хотя нейролептики могут также применяться в связи с психическими нарушениями, сопровождающими болезнь.

37. Правильный ответ 1. Галоперидол. Нейролептическое средство, оказывает выраженное действие на продуктивную симптоматику любого генеза. Дозы – от 1,5–3 до 20–40 мг в сутки. При приеме часто возникают пароксизмальные экстрапирамидные расстройства.

38. Правильный ответ 4. Амбивалентность. Эпилептическая болезнь – хроническое психическое заболевание, протекающее с острыми проявлениями в виде судорожных припадков и их эквивалентов, нарастанием специфических, характерологических изменений личности и интеллектуально-мнестическим снижением. На ЭЭГ регистрируются специфические комплексы пиков с высокой амплитудой. Амбивалентность – антагонистическая двойственность оценки или чувств, не характерна для больных эпилепсией, встречается при шизофрении.

39. Правильный ответ 2. В основе перечисленных расстройств личности лежит наличие у человека патологических черт характера, врожденных или приобретенных – возникающих под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды. Указанные в задании расстройства характерны для шизотипной личности.

40. Правильный ответ 4. Сумеречное расстройство сознания. Указанные в задании патологические проявления и синдромы могут встречаться при различных формах шизофрении: онейроид – онейроидная форма; гебефренический синдром – гебефреническая (юношеская) форма; навязчивый синдром – неврозоподобный.

добная форма. Формы шизофрении с ведущим синдромом в виде сумеречного расстройства сознания не встречается.

41. Правильный ответ 3. Эпилептическое слабоумие. Для эпилептического процесса типично специфическое изменение черт характера больного, которые меняют структуру личности и наиболее ярко проявляются при нарастании дефекта. Такая специфичность не наблюдается при других формах слабоумия.

42. Правильный ответ 1. Вызвать реанимационную бригаду. Эпилептический статус – развитие непрекращающихся серийных больших судорожных припадков, относится к тяжелым состояниям, требующим неотложной медицинской помощи. В полном объеме такой вид помощи лучше всего окажет реанимационная бригада.

43. Правильный ответ 3. Аффективно-шоковая реакция возникает у людей при воздействии угрожающих для жизни факторов и протекает в гипокINETической или гиперкинетической форме. Симптоматика и поведение людей в этом случае не характеризуется детскостью и дурашливостью (пуэрилизм). Пуэрилизм свойствен другому состоянию – синдрому Ганзера.

44. Правильный ответ 3. Делирий связан с наплывом устрашающих галлюцинаторных переживаний, ориентировкой в собственной личности и дезориентировкой в месте и времени. Можно предположить, что в связи с высокой температурой генез описанного состояния носит инфекционную природу.

45. Правильный ответ 3. Депрессивная фаза биполярного расстройства со сменой гипоманиакальным эпизодом. Биполярные расстройства со смешанными или быстро сменяющимися друг друга эпизодами (48–72 ч) носят более тяжелый характер, чем биполярное расстройство без чередования эпизодов, и требуют госпитализации.

46. Правильный ответ 3. Резонерство. Резонерство – пустое мудрствование, один из видов нарушения мышления, свойственный больным шизофренией. Такой вид мышления чаще всего связан с невозможностью для больного осознать биологическую значимость заданного вопроса и попыткой компенсировать своим словоблудием нарастающий дефект в мыслительной сфере.

47. Правильный ответ 4. Идеи ревности. Перечисленные в тесте ответы, кроме идей ревности, относятся к более легким видам нарушений психической деятельности. Идеи ревности, сверхценного и тем более бредового характера требуют не только назначения препаратов из группы больших транквилизаторов, но и госпитализации больного в связи с определенной социальной опасностью такого пациента, и не могут быть отнесены к навязчивостям.

48. Правильный ответ 2. Транквилизатор. Рудотель относится к группе транквилизаторов с активирующим действием и ча-

ще всего применяется при пограничных нарушениях психической деятельности человека. Это связано с тем, что транквилизаторы в отличие от нейролептиков обладают более слабым антипсихотическим действием.

49. Правильный ответ 1. Гебефреническая, или юношеская, форма шизофрении – одна из наиболее злокачественных по прогрессиентности течения, что связано с недостаточной зрелостью мозговых структур в данном возрасте, легко поддающихся разрушающей силе патологического процесса. Характерна и симптоматика таких больных, сопровождающаяся дурашливостью и гримасничаньем.

50. Правильный ответ 4. Эпилепсию как болезнь связывают с появлением патологических очагов застойного возбуждения в структуре мозга. В связи с этим любые препараты стимулирующего, возбуждающего действия на мозговые структуры могут при применении привести к обострению эпилептического процесса. В частности, антидепрессанты обладают активирующим, возбуждающим действием и противопоказаны при лечении эпилепсии.

51. Правильный ответ 1. Состояние клинического госпитализма относится к адаптационным расстройствам психики. Длительное пребывание в больнице (особенно у подростков) вызывает появление синдрома отрыва от дома, в основе которого лежит депрессивная реакция или другие нарушения настроения и поведения, снижение продуктивности в повседневной деятельности.

52. Правильный ответ 3. Симптом Мюнхгаузена проявляется преднамеренным продуцированием ложных симптомов и жалоб, которые вводят в заблуждение врачей. Характерно отсутствие какой-либо выгоды для пациента от демонстрируемого им заболевания. Иногда для достоверности они наносят себе повреждения, инсценируя болезненное состояние. Психопатологически симптом Мюнхгаузена может расцениваться как нозомания.

53. Правильный ответ 3. Эпилептоиды прямолинейны, обстоятельны, у них грубое, бескомпромиссное поведение, они иногда возбудимы, подозрительны с постоянным тоскливо-злым аффектом. Уменьшительно-ласкательные слова, угодливость, необычайная мягкость в обращении могут быстро сменяться злым состоянием.

54. Правильный ответ 4. Глубокая умственная отсталость – идиотия. Идиотия характеризуется нарушением развития основных психических функций, включая и развитие социальных навыков речи. Различают две формы идиотии: эротическую и торпидную. При первой – больные постоянно возбуждены, агрессивны, кричат; при второй – заторможены, вялы, пассивны.

55. Правильный ответ 3. Делирий (в переводе с латыни – безумный). Данный вид расстройства сознания характеризуется

дезориентировкой во времени и месте, наплывом ярких галлюцинаторных переживаний, вторичным бредом, психомоторным возбуждением. Различают мусситирующую и профессиональную формы.

56. Правильный ответ 4. Шизофрения. Шизофрению называют болезнью молодых, так как данная тяжелая психическая патология возникает чаще всего с детского возраста до 30 лет. Эмоционально-волевое оскудение личности и интеллектуально-мнестическое снижение сопровождают все формы и типы течения болезненного процесса, но особенно прогрессируют при начале заболевания в детском возрасте в связи с незрелостью мозговых структур.

57. Правильный ответ 2. Транквилизаторы. Указанная группа препаратов обладает преимущественно успокаивающим действием – мепробомат, амизил, элениум, тазепам, радедорм, феназепам и др. Имеются транквилизаторы и с активирующим действием – триоксазин, рудотель, седуксен. В представленном симптомокомплексе рациональней применить транквилизаторы первой группы.

58. Правильный ответ 2. Транссексуализм – желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, что сопровождается стремлением привести свое тело в соответствие с предпочитаемым полом. Транссексуализм относится к расстройствам половой идентификации.

59. Правильный ответ 5. Тяжелые инфекционные и соматические заболевания, протекающие с высокими температурными реакциями, могут дать осложнение в виде органического поражения ЦНС. Индивидуальная реакция на вакцинацию у ребенка может протекать с осложнениями, в том числе и на ЦНС.

60. Правильный ответ 5. Одним из начальных проявлений болезненного состояния ЦНС, особенно в детском возрасте, является задержка психического развития, ослабление когнитивной деятельности, с чем связаны сложности при обучении чтению. Задержка психического развития приводит к интеллектуальной неполноценности. Гиперактивность также является признаком болезненного состояния ЦНС.

61. Правильный ответ 2. Гипомнезия – снижение процесса запоминания и воспроизведения ранее полученной информации. Гипомнезия относится к количественным нарушениям памяти и может быть частым проявлением у пожилых людей, страдающих сосудистыми заболеваниями.

62. Правильный ответ 3. Оглушенное расстройство сознания. Сахарный диабет может сопровождаться тяжелыми осложнениями с расстройством сознания (диабетические комы). Оглушенное расстройство сознания может быть нескольких степеней – обнubilация, сомнолентности, сопора, комы. В описанном в задании случае имеет место легкая степень оглушения – обнubilация.

63. Правильный ответ 3. Астенический синдром – наиболее распространенный при психической патологии симптомокомплекс, который может наблюдаться в период выздоровления от тяжелых соматических и инфекционных заболеваний. Основными проявлениями синдрома является психическая и физическая слабость.

64. Правильный ответ 3. Канцерофобия – навязчивый страх, связанный с боязнью заболеть онкологическим заболеванием. Чаще всего встречается при пограничной психической патологии и входит в обсессивный синдром (состояние навязчивости). Обсессия – идея, чувство или побуждение, которое периодически и упорно вторгается в сознание, несмотря на свою нежелательность.

65. Правильный ответ 4. Длительная психотравмирующая ситуация. Невроз – психогенное, нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате осложнения особенно важных для человека жизненных ситуаций. При неврозе преобладают эмоциональные и соматовегетативные нарушения в клинической картине.

66. Правильный ответ 3. Радедорм относится к транквилизаторам – бензодеазепиновое производное. Тормозной компонент его собственно психотропного действия сочетается со слабым общим транквилизирующим эффектом. Обладает сильным снотворным действием, не вызывая при этом привыкания. Применяется за 25–40 мин до отхода ко сну, рекомендуется начинать с 5 мг с наращиванием дозы до 10 мг до получения эффекта.

67. Правильный ответ 2. Синдром отмены – комплекс психических, неврологических и соматоневрологических нарушений после прекращения интенсивной алкоголизации или уменьшения количества алкоголя. Данный синдром обычно возникает во второй стадии алкоголизма при появлении так называемой физической зависимости человека от приема алкоголя.

68. Правильный ответ 4. Ноотропил. Относится к классу препаратов, открытому в 60-е годы. Основными свойствами являются облегчение процесса обучения, улучшение памяти, предотвращение амнестических нарушений, снижения чувствительности мозга к гипоксии. Основной эффект – психостимулирующий, антиастенический. Начальная доза – 1,2–2,4 г в сутки (до 20–30 г в сутки).

69. Правильный ответ 1. Бензонал, синтезирован в 1958 г., оказывает выраженное противосудорожное действие в связи с чем рекомендован для лечения больших судорожных припадков. Не обладает снотворным эффектом. Назначают взрослым в разовой дозе 0,1–0,3 г, суточная доза 0,8–1,2 г. Сочетается с другими противосудорожными препаратами.

70. Правильный ответ 4. Параноидной шизофрении. Синдром Кандинского – Клерамбо, или синдром умственного автоматизма, включает в свою симптоматику бредовые идеи физического воздействия (через аппаратуру, путем гипноза и др.), в связи с чем он входит в группу параноидных синдромов, а следовательно, чаще всего встречается при параноидной шизофрении.

71. Правильный ответ 1. Мелипрамин – антидепрессант трициклического ряда, показан при лечении так называемых чистых депрессий (когда нет таких продуктивных симптомов, как бред, галлюцинации). Обладает стимулирующим действием. Назначают в дозах от 25 до 200–300 мг в первую половину дня. Противопоказан при сердечно-сосудистой патологии.

72. Правильный ответ 3. Обычно возникает при наличии абстинентного синдрома на второй стадии алкогольной зависимости. В этом случае прекращение поступления алкоголя в организм вызывает появление комплекса психопатологических, неврологических и соматовегетативных нарушений. Прием небольших доз алкоголя облегчает состояние пациента.

73. Правильный ответ 4. Приступообразно-прогредиентный (шубообразный). Одной из форм данного типа течения шизофрении является люцидная кататония, когда ступорозное состояние больного протекает при ясном сознании и при выходе из ступора больной может рассказать обо всем услышанном и увиденном за болезненный период времени.

74. Правильный ответ 2. Сопор – одна из степеней оглушенного расстройства сознания. Больные неподвижны, дезориентированы во времени, месте и собственной личности, но на сильные болевые раздражители реагируют.

75. Правильный ответ 4. Онейроидное помрачение сознания. Расстройство сознания не характерно для гебефренической формы шизофрении, хотя дезорганизованность мышления и бессвязность речи, неконтролируемость и непредсказуемость поведения могут быть ошибочно приняты за элементы помрачения сознания.

76. Правильный ответ 1. Галоперидол – нейролептик, обладающий более выраженным, чем трифазин, избирательным действием на галлюцинаторно-бредовую симптоматику, сопровождающуюся возбуждением. Отрицательными являются часто возникающие пароксизмальные экстрапирамидные расстройства. Дозы – начальная 1,5 мг, высшая – 20–40 мг в сутки.

77. Правильный ответ 1. Полное выздоровление. Корсаковский психоз развивается чаще всего после многолетнего злоупотребления алкоголем, в возрасте около 50 лет. В основе клинической симптоматики – нарушение памяти в виде фиксационной амнезии, псевдореминисценций, конфабуляций. В более легких случаях отмечается выздоровление при активном лечении большими дозами витаминов, ноотропов.

78. Правильный ответ 4. Нейролептики – по всем свойствам подразделяются на группы преимущественно седативного (тормозного) действия (аминазин, тизерцин и др.), антипсихотического (мажептил, трифтазин и др.), пролонгированного (модитен-депо, флуспирилен и др.).

79. Правильный ответ 3. Расстройство аффективной сферы в основном проявляется в виде депрессивного и маниакального синдромов. Биполярные эмоциональные нарушения являются ведущими для перечисленных синдромов, при них не наблюдаются элементы расстройства сознания.

80. Правильный ответ 4. Белая горячка, или дрожащий делирий, – наиболее часто встречающийся при алкогольной зависимости психоз. Обычно возникает после очередного продолжительного запоя, спустя 2–3 суток на фоне повышения температуры с типичными проявлениями делириозного расстройства сознания.

81. Правильный ответ 4. Корсаковский психоз характерен для алкогольной зависимости с длительным сроком течения. В основе нарушений памяти лежит фиксационная амнезия с качественными нарушениями памяти в виде псевдореминисценций, реже – конфабуляций.

82. Правильный ответ 5. Невроз – психогенное нервно-психическое расстройство, возникающее в результате осложнения особо важных для человека жизненных ситуаций. Болезнь характеризуется обратимостью невротических расстройств после проведенного лечения и отсутствием психических проявлений, чем и объясняется сохранность трудоспособности данной категории больных.

83. Правильный ответ 2. Прогрессирующая амнезия характерна для психических нарушений в старческом возрасте, когда наряду с интеллектуальным снижением наблюдаются расстройства в мнестической сфере. Память в этом случае изменяется по закону Рибо – обостряются воспоминания молодых лет и с трудом запоминаются текущие события.

84. Правильный ответ 5. Биполярное аффективное расстройство характеризуется фазовым течением, в основе которого лежат болезненные колебания настроения (эйфория или депрессия). В состоянии интермиссии у человека восстанавливаются все сферы психической деятельности, в том числе эмоции и воля.

85. Правильный ответ 1. Аминазин – нейролептик, оказывающий быстрый седативный эффект, особенно показан при остром психомоторном возбуждении. Внутримышечное или внутривенное введение препарата ускоряет терапевтический результат, при этом вводится 2,5% раствор аминазина.

86. Правильный ответ 3. Дезориентировка в собственной личности. Корсаковский психоз в своей основе имеет расстройства памяти. С нарушением памяти связана невозможность правильной ориентировки больного в месте пребывания и времени, что необходимо учитывать при дифференцировке в этих сферах при расстройствах сознания.

87. Правильный ответ 2. Приобретенное слабоумие. При сосудистом поражении дефект даже в далеко зашедшем случае не так сильно выражен.

88. Правильный ответ 5. Дисфория – тоскливо-злобное, ворчливое настроение. Длительность индивидуальна. Больные раздражительны, угнетены, агрессивны. В болезненном состоянии могут высказывать бредоподобные идеи отношения. Наряду с эпилепсией дисфорические проявления могут иметь место при алкогольной зависимости в состоянии абстинентного синдрома.

89. Правильный ответ 4. Состояние навязчивости включает в свою симптоматику навязчивые мысли, страхи, ритуалы, влечения, двигательные акты помимо воли больного, при этом полностью сохранена критика к своему состоянию. Без лечения выздоровления не наступает. Симптом наиболее характерен для невроза.

90. Правильный ответ 3. Радедорм (нитразепам) – относится к группе транквилизаторов. Обладает успокаивающим, тормозным действием, по силе снотворного действия превосходит остальные транквилизаторы. Применяется главным образом при лечении симптоматики пограничных состояний. Оптимальные дозы – от 5 до 10 мг.

91. Правильный ответ 4. Синдром Ганзера – истерическое сумеречное расстройство сознания, встречается у заключенных, находящихся в одиночных камерах. Сумеречное расстройство сознания сочетается с псевдодеменцией или пугэрилизмом (детское поведение взрослого человека). Оба состояния требуют активного лечения в стационарных условиях.

92. Правильный ответ 1. Ганзеровский синдром. Указанный синдром относится к группе реактивно-истерических психозов, когда на первый план выступает психогенное сужение сознания. Длительность таких психозов – от нескольких часов до нескольких дней. Органическая основа для таких состояний не характерна.

93. Правильный ответ 4. Расстройства памяти делятся на количественные (амнезия, фиксационная амнезия и др.) и качественные (конфабуляции, криптомнезии и др.). Ментизм (наплыв чуждых мыслей) и шперрунг (обрыв мыслей) относятся к нарушениям в сфере мышления и наиболее характерны для больных шизофренией.

94. Правильный ответ 3. Кататоническая шизофрения. В основе данной формы шизофрении лежат нарушения двигательной

волевой сферы. Ступор характеризуется обездвиженностью больного. Негативизм делится на активный и пассивный. При активном негативизме больной делает все наоборот, о чем бы его ни попросили. При пассивном негативизме больной вовсе не выполняет просьб и требований.

95. Правильный ответ 4. Ноотропы – препараты метаболической терапии, усиливают биоэнергетику нервных клеток. Аминалон – представитель группы ноотропов, положительно воздействует на энергетические процессы тканей головного мозга, способствует усилению их питания, повышает их дыхательную активность. Выпускается в таблетках по 0,25 г, суточная доза – до 1,5 г.

96. Правильный ответ 3. Нормотимики – препараты, регулирующие, устраняющие аффективные расстройства. Лития карбонат относится к данной группе лекарств. Выпускается в таблетках по 300 мг, концентрацию лития в плазме крови доводят до 0,6–0,8 ммоль/л, проверку концентрации проводят утром, натощак, до первого приема. Показания: маниакально-депрессивный психоз, неустойчивые психопатические личности и др. Главное противопоказание – заболевания почек.

97. Правильный ответ 2. Триметин применяется преимущественно для лечения малых припадков и абсансов. Дозы – от 0,1 до 0,25 г 2–3 раза в сутки. Рекомендована комбинация с барбитуратами. Необходимо не реже 1 раза в месяц контрольное исследование крови в связи с побочными явлениями (агранулоцитоз, анемия и др.). Противопоказания: заболевание кроветворных органов, печени, почек.

98. Правильный ответ 5. Анксиолитический (противотревожный) эффект. Седуксен – один из наиболее мощных транквилизаторов. Успокаивающее действие седуксена бывает более результативным, чем седативное влияние нейролептиков, и хорошо снимает состояние тревоги, страха, ажитации у больных с пограничной патологией. Начинают с дозы 5 мг и доводят до 60 мг в сутки. Противопоказания: миастения, глаукома.

99. Правильный ответ 3. Аффективные приступы (депрессии или мании). Наличие приступов с эмоциональными расстройствами должно сочетаться с развитием шизофренической симптоматики (бредово-галлюцинаторные переживания, элементы разорванной речи, эхо-симптомы, кататонические формы поведения и др.).

100. Правильный ответ 5. Шизофрения течет прогрессивно, что является одним из главных критериев для постановки столь ответственного диагноза. В понятие прогрессивности течения включается нарастание изменений в сфере мышления, эмоционально-волевое оскудение личности, т. е. появление негативной симптоматики.

101. Правильный ответ 4. Гебефреническая форма является наиболее злокачественной, начинается в подростковом или юно-

пешском возрасте, проявляется гебоидным синдромом и быстро приводит к развитию дефекта.

102. Правильный ответ 3. Фиксационная амнезия характерна для амнестического синдрома, так как синдром Ганзера относится к психическим расстройствам, характеризуется наличием сумеречного нарушения сознания с полной амнезией происходящего на период нарушенного сознания с дальнейшей псевдодеменцией. Состояние полностью купируется.

103. Правильный ответ 3. Дисморфофобия – тягостное переживание собственной физической неполноценности в связи с воображаемым физическим недостатком (форма и размеры ушей, носа, губ, рта, вес тела).

104. Правильный ответ 5. Фенобарбитал относят к снотворным средствам. Барбитуровая кислота является основой структуры многочисленных снотворных и противосудорожных препаратов, в том числе и фенобарбитала.

105. Правильный ответ 5. Невротические расстройства и реактивные психозы возникают в результате воздействия острой, подострой и хронической психогенной ситуации.

106. Правильный ответ 1. Генуинную эпилепсию (идиопатическую) следует отличать от так называемой симптоматической эпилепсии, к которой относят группу заболеваний с известными патогенетическими факторами. При генуинной же эпилепсии четко установленного причинного фактора нет, а в основе заболевания лежит врожденное предрасположение, связанное с повышенной возбудимостью коры.

107. Правильный ответ 3. Психопатиям не свойственна прогредиентность, характерная для многих психических заболеваний. Расстройство возникает на основе биологической неполноценности нервной системы и под влиянием внешней среды.

108. Правильный ответ 3. Появление симптома Пирогова характерно для травматической болезни на церебростеническом этапе. Основным проявлением является ухудшение состояния пациента при изменении погодных условий.

109. Правильный ответ 2. Сибазон относится к транквилизаторам. Оказывает наиболее выраженное транквилизирующее действие, в меньших дозах обладает противосудорожной активностью.

110. Правильный ответ 4. Ментизм является болезненным переживанием, которое сопровождается ощущением чуждости мыслей и представлений, навязанных извне помимо воли пациента. Встречается при шизофрении.

111. Правильный ответ 1. Отчуждение больным своих чувств, мыслей, движений. Перечисленные понятия лежат в основе вариантов синдрома психического автоматизма – ассоциативного (мыслительный процесс навязан извне); сенестопатического (у

больного появляется насильственное чувство жжения, болей во внутренних органах и др.); моторного – все действия больного приобретают характер навязанных со стороны.

112. Правильный ответ 3. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика развивается при многих психических расстройствах, таких как шизофрения, эпилепсия, алкоголизм и др., в то время как для депрессивного эпизода соответствующая симптоматика не характерна.

113. Правильный ответ 2. Снижение интеллекта является признаком исхода многих психических расстройств. Но при синдроме отмены возникают соматовегетативные проявления, нарушения сна, аффективные расстройства, неврологические нарушения.

114. Правильный ответ 5. Возникновению алкогольных психозов предшествует длительная и многолетняя алкогольная интоксикация с характерными признаками абстинентного синдрома. Формирование психических проявлений в виде алкогольного делирия, алкогольного галлюциноза, алкогольного параноида чаще возникают во второй и третьей стадии хронического алкоголизма.

115. Правильный ответ 1. Сопор относят к синдрому оглушенности. Наиболее легкая степень оглушенности – обнубиляция. В данном состоянии больные замедленно отвечают на вопросы, не могут быстро осмыслить окружающую обстановку. По мере утяжеления патологического процесса развивается сопор, а затем коматозное состояние. Синдром оглушенности наблюдается при органических поражениях нервной системы, интоксикационных состояниях.

116. Правильный ответ 3. Пенициллин. Указанные методы лечения – условно-рефлекторная терапия (апоморфии, эметина гидрохлорид, отвар баранца); сенсibilизирующая к алкоголю терапия (тетурам, эспераль, тинидазол и др.); метронидазол (изменяя вкусовые качества алкоголя, вызывает отвращение); психотерапия (гипноз, эмоционально-стрессовые методики) – все перечисленное является специфическими методами лечения алкоголизма. Пенициллин относится к группе антибиотиков.

117. Правильный ответ 3. Парейдолии возникают чаще у детей, склонных к фантазированию. При этом некоторые предметы воспринимаются иллюзорно. Например, в рисунках обоев они «видят» различные фигуры, лица людей и др.

118. Правильный ответ 4. Наиболее низкий риск суицидальных намерений наблюдается у женатых по сравнению с разведенными, одинокими, вдовцами и гомосексуалистами. По мнению исследователей данной проблемы, в группе риска чаще возникают депрессивные тенденции, неустойчивость в социальном плане, зависимость от психоактивных веществ.

119. Правильный ответ 2. Преобладание конкретного мышления у пациентов приводит к отсутствию возможности проводить обобщение по главным признакам предметов и явлений, а сравнение идет по их конкретным, отдельным признакам. Конкретно-образное мышление встречается при умственной отсталости.

120. Правильный ответ 5. Электроэнцефалография показана при диагностике эпилепсии. При данной патологии возникает судорожная готовность, характерные высокоамплитудные «пиковые волны» с комплексом «пик – медленная волна». При функциональных нагрузках (фотостимуляция, гипервентиляция легких) указанная волновая активность проявляется более выраженно. Поэтому электроэнцефалография помогает правильно поставить диагноз, провести дифференциальную диагностику между истерическими припадками и эпилепсией, а также установить локализацию эпилептического очага.

121. Правильный ответ 2. Кататонические проявления встречаются чаще при шизофреническом процессе в виде юношеского злокачественного кататонического варианта, люцидной и онейроидной кататонии и в виде отдельных признаков синдрома при завершающем этапе параноидной шизофрении – вторичной кататонии.

122. Правильный ответ 4. Синдром Кандинского – Клерамбо обладает значительным полиморфизмом признаков и сочетает в себе моновокальные императивные псевдогаллюцинации, симптом «овладения», симптом «открытости» мысли, ментизм, мышечные псевдогаллюцинации. Разновидностью последних и является симптом «насилованного говорения».

123. Правильный ответ 4. Электрошоковую терапию проводят в стационарных условиях после тщательного обследования пациента, так как это достаточно серьезное терапевтическое мероприятие. Основным показанием считается глубокое и резистентное к другим видам терапии депрессивное расстройство.

124. Правильный ответ 4. При сопорозном нарушении сознания пациенты практически неподвижны, не отвечают на вопросы, не ориентируются в окружающем, могут реагировать только на сильные болевые раздражители. Сохранены только зрачковый, корнеальный и глотательный рефлексы.

125. Правильный ответ 4. При простой форме шизофрении, которая появляется в основном в юношеском возрасте, на первый план выступают эмоционально-волевые расстройства с утратой интереса к происходящему в окружении пациента и постепенно формируется апатико-абулическое состояние, которое становится ведущим в клинической картине заболевания.

126. Правильный ответ 3. Аментивный синдром проявляется острой спутанностью сознания. Отличительным признаком данного синдрома является отсутствие у пациента синтетической

деятельности при относительной сохранности аналитических функций. Речь бессмысленна, отсутствует логически и грамматически правильное построение предложений и фраз. Пациент фрагментарно воспринимает окружающую обстановку, но правильно осмыслить ее не может, на лице часто отмечается выражение удивления.

127. Правильный ответ 4. Персеверация мышления возникает у пациентов с органическим поражением головного мозга, слабоумием. В сознании застревает одна и та же мысль, которая проявляется в виде неоднократного и монотонного повторения одних и тех же слов или предложений в ответ на заданные вопросы, которые для пациента не несут смысловой нагрузки.

128. Правильный ответ 4. Для периодической (рекуррентной) шизофрении характерны глубокие ремиссии с полной редукцией продуктивной психотической симптоматики, выявляется легкая фазность в течении процесса. Проявляется остро возникающим и бурно протекающим обострением, в котором пациенты часто сохраняют критическое отношение к собственному заболеванию. Одним из вариантов периодической шизофрении является остро возникающий парафренный синдром. Бредовые идеи носят фантастический, нигилистический характер часто продуцируют идеи величия. Больные считают себя повелителями Вселенной, могущественными и непобедимыми.

129. Правильный ответ 5. Для энцефалопатической стадии хронического алкоголизма характерно возникновение запойных состояний, продолжающихся в течение 2—3 недель или более. Проявляется в виде постоянного употребления алкогольных напитков (по глоточку через полчаса или час). Кроме того, толерантность резко снижается (интолерантность), опьянение наступает от малых доз алкоголя. Пациенты переходят на употребление суррогатов, которые дешевле, менее качественны и более токсичны. Полностью отсутствует защитный рвотный рефлекс.

130. Правильный ответ 3. Симптом пуэрилизма встречается при реактивно-конверсионном расстройстве, хотя это состояние может возникать и в состоянии острого периода травматической болезни. Поведение пациентов напоминает поведение ребенка, речь становится картавой, они начинают капризничать, плакать, проситься на ручки, но при этом некоторые привычки взрослых сохраняются.

131. Правильный ответ 4. Ингибиторы моноаминоксидазы относятся к группе антидепрессантов, чаще со стимулирующим действием.

132. Правильный ответ 5. При лечении психических расстройств нейролептическими препаратами очень часто, особенно при применении средних и больших терапевтических доз,

возникают побочные явления в виде эмоциональных нарушений, гиперкинезов, синдрома Куленкамппфа – Тарнова, аллергических реакций, ортостатических коллаптоидных состояний, измененной картины крови, фотосенсибилизирующего воздействия на организм. Иногда нейролептики влияют на эндокринную систему, изменяя менструальный цикл, снижая потенцию мужчин. Длительный прием нейролептиков может привести к агранулоцитозу, токсическому гепатиту, что рассматривается как осложнение.

133. Правильный ответ 1. Длительный прием галоперидола не вызывает зависимости у пациентов. В то же время (как циклодол, седуксен и барбитураты) при длительном употреблении вызывает зависимость с типичным состоянием отмены, повышением толерантности, изменением соматовегетативных функций и токсическим эффектом.

134. Правильный ответ 4. Одним из главных признаков алкогольной зависимости является синдром отмены (абстинентный), который формируется в течение нескольких лет. Проявляется в виде тахикардии, болезненных ощущений в области сердца, колебаний артериального давления, головокружения, головных болей, снижении аппетита, тремора конечностей или всего тела. Сновидения принимают характер устрашающих, днем возникает страх, тревога. Небольшие дозы алкоголя снимают абстинентные проявления, облегчая состояние пациента.

135. Правильный ответ 3. К главным признакам алкоголизма относится синдром зависимости. В результате злоупотребления алкогольными напитками развивается психическая зависимость (при упоминании об алкоголе возникает желание выпить), мысли об алкоголе становятся доминирующими. Влечение к алкоголю носит навязчивый характер. Во второй стадии алкоголизма отмечается генерализованное патологическое влечение к алкоголю, пациенты неудержимы в своих влечениях и убеждены в невозможности и ненужности отказа от его употребления.

136. Правильный ответ 2. Аментивный синдром проявляется острой спутанностью сознания. Отличительным признаком данного синдрома является отсутствие у пациента синтетической деятельности при относительной сохранности аналитических функций. Речь бессмысленна, отсутствует логически и грамматически правильное построение предложений и фраз. Пациент фрагментарно воспринимает окружающую обстановку, но правильно осмыслить ее не может, на лице часто отмечается выражение удивления.

137. Правильный ответ 5. Для эпилептического делирия характерны наплывы устрашающих цветных галлюцинаторных переживаний с аффектом страха, ужаса и бредовыми переживаниями.

ниями преследования. Пациенты видят огонь, кровь, наводнения, устрашающие картины насилия, убийства. Состояние сопровождается выраженным двигательным возбуждением, криком, они могут нападать на мнимых преследователей или прятаться, спасаться бегством.

138. Правильный ответ 4. Делириозное состояние, связанное с интоксикацией, является расстройством сознания. Для него характерны общие признаки расстройства сознания: нарушение ориентировки, амнезия на момент нарушенного сознания, нарушение восприятия и мышления.

139. Правильный ответ 5. При алкогольном делирии возникают все признаки, характерные для нарушенного сознания. Но при этом появляются специфические симптомы алкогольного делирия: зоомикropsии, черно-белые устрашающие галлюцинации, слуховые галлюцинации в третьем лице.

140. Правильный ответ 3. Симптом Липмана относится к проявлению повышенной внушаемости при алкогольном делириозном состоянии. Появляются зрительные галлюцинаторные переживания, соответствующие содержанию внушения при одновременном надавливании на глазные яблоки пациента.

141. Правильный ответ 1. Навязчивые идеи относятся к нарушению мышления по содержанию, а не по течению ассоциативного процесса. Насильственно возникающие, осознаваемые, но чуждые личности пациента болезненные мысли и переживания приобретают вид представлений, опасений, страхов, влечений, отражаясь в движениях и действиях.

142. Правильный ответ 2. Делириозное расстройство сознания протекает с нарушением ориентировки. Больные дезориентированы в месте и времени, но ориентировка в собственной личности сохранена.

143. Правильный ответ 2. Только при депрессивном состоянии возникают мысли самообвинения и самоуничтожения. Они сопровождаются чувством безысходности и бесперспективности своего состояния, что в свою очередь и порождает мысли о самоубийстве. Кроме депрессивного состояния, суицидальные тенденции могут возникать при расстройствах личности и носят демонстративный характер.

144. Правильный ответ 2. При онейроидном состоянии наблюдается непосредственное участие пациента в развивающихся фантастических галлюцинаторных событиях, где он является главным действующим лицом. Кроме того, больные полностью дезориентированы, наблюдаются зрительные панорамические галлюцинации с бредовыми интерпретативными идеями и идеями величия. Онейроидное нарушение сознания встречается при шизофрении, эпилепсии, органических расстройствах.

145. Правильный ответ 2. При онейроидном состоянии наблюдаются интерпретативные бредовые идеи и идеи величия. Пациент, находящийся в развивающихся фантастических галлюцинаторных переживаниях, является главным действующим лицом и непосредственным участником событий.

146. Правильный ответ 1. При онейроидном состоянии развиваются фантастические галлюцинаторные переживания, где пациент является главным действующим лицом и непосредственным участником событий.

147. Правильный ответ 2. При выходе из онейроидного состояния сохраняются частичные воспоминания о событиях, происходящих в период нарушенного сознания. Они отражают субъективные ощущения и недостаточно освещают реальные события.

148. Правильный ответ 4. Синдром Ганзера относится к реактивно-конверсионным расстройствам. Развивается у осужденных в камере предварительного заключения. На первый план выступает сумеречное расстройство сознания, затем она переходит в псевдодеменцию.

149. Правильный ответ 5. Электрошоковая терапия является серьезным методом терапевтического вмешательства и проводится в стационарных условиях в присутствии реаниматолога. Показаниями для проведения ЭСТ являются резистентные состояния онейроидной, кататонической, аффективно-бредовой (депрессивные) шизофрении.

150. Правильный ответ 2. При толковании переносного смысла пословиц и поговорок при шизофреническом процессе пациент использует широкий спектр тем с символическими и резонерскими рассуждениями.

151. Правильный ответ 5. Отравление свинцом, ртутью, антифризом, сероуглеродом может привести к психическим расстройствам непсихотического уровня (астенический, неврозоподобный, депрессивный, ипохондрический синдромы), а также и к психотическим с нарушениями сознания в разной степени и форме проявления, шизоформной симптоматике.

152. Правильный ответ 4. Прогноз шизофренического процесса зависит от возраста, в котором началось заболевание, остроты протекания процесса и степени нарастания негативных признаков заболевания, а также степени личностных изменений.

153. Правильный ответ 1. Нервная анорексия развивается в возрасте 8–12 лет, чаще у девочек с излишней полнотой. Развиваются дизморфобические и дисморфоманические проявления с изнуряющим голоданием, искусственной рвотой и изменением гормонального фона (аменорея).

154. Правильный ответ 5. При конверсионном судорожном припадке сохраняется сознание, зрачки реагируют на свет, реак-

ция на болевые раздражители сохранена, отсутствуют характерные судорожные проявления и изменения на электроэнцефалограмме в виде судорожной готовности, комплекса «пик – медленная волна».

155. Правильный ответ 1. Психосенсорные расстройства, которые наблюдаются при многих психических заболеваниях, связаны с нарушением сенсорного синтеза. При этом возникает нарушение восприятия собственного тела, собственного «я», окружающего мира (дереализация). Нарушение окружающей обстановки проявляется в симптоме дежа вю – уже виденное, когда больные новое место, где никогда не были, начинают считать знакомым и привычным.

156. Правильный ответ 5. Суицидальные тенденции могут проявляться при различных психических расстройствах с выраженной депрессивной симптоматикой. Суицидальные тенденции регистрируются в депрессивной фазе биполярного расстройства, при психогенных и инволюционных расстройствах депрессивного характера, шизофрении с депрессивно-параноидной симптоматикой.

157. Правильный ответ 5. Маниакальный синдром состоит из классической триады – повышенное настроение (эйфория), ускоренное мышление вплоть до скачки идей, повышенная двигательная активность. Маниакальное состояние сопровождается излишней отвлекаемостью, расторможенностью влечений, бредовой переоценкой собственной личности.

158. Правильный ответ 3. Нарушение сна характерно как для депрессивного, так и для маниакального состояния. При депрессивном состоянии наблюдается сонливость днем и бессонница ночью, а при маниакальном – короткий и глубокий сон, а затем среди ночи активное бодрствование.

159. Правильный ответ 1. Среди перечисленных состояний только в корсаковском синдроме наблюдается нарушение памяти в виде конфабуляций. Возникновение фиксационной амнезии, которая является основным признаком корсаковского амнестического синдрома, приводит к тому, что пробелы памяти заполняются событиями, имеющими место в жизни пациента в прошлом (псевдореминисценции), но не в то время, которое он указывает. Заполнение пробелов памяти вымышленными, фантастическими событиями относится к конфабуляциям.

160. Правильный ответ 3. В приведенном примере убежденность и уверенность пациента в собственных умозаключениях, основанная на болезненных и ошибочных переживаниях, является бредовым образованием, которое не поддается коррекции.

161. Правильный ответ 4. Невротические расстройства в виде астенических, обсессивно-фобических, конверсионных и ипохондрических не содержат бредовых нарушений.

162. Правильный ответ 4. В полиморфной клинической картине шизофрении выделяют типичные признаки, к которым относят расщепление психической деятельности, эмоционально-волевые расстройства, прогрессиентность течения. Абулия, амбивалентность и негативизм относятся к эмоционально-волевым расстройствам, характерным для данного заболевания.

163. Правильный ответ 1. Для депрессивной фазы нехарактерно повышенное настроение, так как это симптом маниакального состояния.

164. Правильный ответ 3. Абортивное течение заболевания. Шизофрения – хроническое психическое заболевание, для которого в развитии процесса характерна прогрессиентность течения, а не абортивность.

165. Правильный ответ 3. Вялотекущая шизофрения обычно развивается в 16–18 лет, но чем позже начинается процесс, тем благоприятнее он протекает. Симптоматика ограничивается кругом малых синдромов: неврозоподобным, психопатоподобным и паранойальным.

166. Правильный ответ 5. Апатико-абулический синдром. Простой шизофрении почти не свойственны позитивные синдромальные признаки. Состояние характеризуется наличием главных признаков, где доминирующим элементом является апатико-абулическое состояние и быстрое образование шизофренического дефекта.

167. Правильный ответ 3. При болезни Альцгеймера нарушения памяти развиваются по типу прогрессирующей амнезии, причем на последних стадиях аутопсихическая дезориентировка достигает выраженной степени. Симптом «зеркала» – неузнавание собственного изображения в зеркале.

168. Правильный ответ 3. Симптом Клейста возникает при инволюционной депрессии (меланхолии), относится к симптомам нарушения адаптации. Больной длительно причитает, жалуется на плохое состояние, просит о помощи, но при приближении врача и попытках начать беседу – замолкает и отказывается от разговора. Как только врач отходит от пациента, он снова начинает причитать.

169. Правильный ответ 2. К классической триаде симптомов маниакального состояния относятся повышение настроения, ускорение мыслительных процессов, повышение двигательной активности. Маниакальное состояние сопровождается повышенной отвлекаемостью, расторможенностью влечений, бредом с переоценкой собственной личности.

170. Правильный ответ 3. Мизофобия относится к навязчивому состоянию, при котором возникает страх грязных рук, боясь получить болезнь, если их не вымыть.

171. Правильный ответ 4. Клептомания – навязчивое влечение к воровству ненужных вещей. Обычно наблюдается у людей с тревожно-мнительным характером. Пациенты критически оценивают и осознают нелепость своего влечения, но справиться с ним самостоятельно им достаточно трудно.

172. Правильный ответ 3. Пиромания – навязчивое влечение к поджогам, встречается чаще у детей.

173. Правильный ответ 1. Расщепление психической деятельности является главным признаком шизофренического процесса наряду с эмоционально-волевыми расстройствами и прогредиентностью течения.

174. Правильный ответ 5. К хроническому нарушению психической деятельности при эпилепсии относится концентрическое слабоумие. Больные утрачивают приобретенные за жизнь навыки, не могут отличить главного от второстепенного. У них возникает узость интересов, которые сводятся только к удовлетворению собственных потребностей.

175. Правильный ответ 4. В синдроме Ганзера на первый план выступает сумеречное расстройство сознания, которое затем переходит в псевдодеменцию. Синдром Ганзера относится к реактивно-конверсионным расстройствам. Развивается у осужденных в камере предварительного заключения.

176. Правильный ответ 3. Главным признаком наркомании является симптом зависимости; патологическое влечение к алкогольным напиткам с психической и физической зависимостью.

177. Правильный ответ 4. В структуре предстарческого параноидного состояния ведущей бредовой структурой является бред ущерба. Больные болезненно и искаженно объясняют житейские факты с полной убежденностью в том, что родственники, соседи воруют их вещи, хотят выселить пациента из квартиры. В связи с этим они запирают на ключ сундуки, шкафы и др.

178. Правильный ответ 5. Запойное пьянство не является характерным признаком старческих психотических расстройств; оно является признаком хронического алкоголизма. Для старческих психозов более свойственны делириозное расстройство сознания, конфабуляторная спутанность, иллюзорные и галлюцинаторные нарушения.

179. Правильный ответ 3. Первой стадией неврастенического состояния является раздражительная слабость (гиперстеническая), которая часто через промежуточную стадию переходит в гипостеническую.

180. Правильный ответ 3. Обсессивное расстройство проявляется в возникновении навязчивых мыслей в виде фобических состояний и навязчивых влечений (мании) вопреки желанию больного. Навязчивые мысли сопровождаются навязчивыми действиями.

181. Правильный ответ 3. Гебефреническая шизофрения возникает в юношеском возрасте и характеризуется нарушением поведения, полиморфными аффективными, бредовыми и галлюцинаторными расстройствами.

182. Правильный ответ 2. К реактивным конверсионным расстройствам относят состояние, возникающее при особо тяжелых психотравмирующих ситуациях, синдром регресса психики («одичания»). Основным синдромальным проявлением данного нарушения является сумеречное расстройство сознания. Поведение больных напоминает поведение животных, они лают, кусаются, мяукают, ходят на четвереньках.

183. Правильный ответ 1. Острая парафрения относится к периодическому течению шизофрении и проявляется в виде остро возникающего парафренного синдрома. Могут появляться бредовые идеи величия, конфабуляторный и нигилистический бред с симптомами ложного узнавания, двойника.

184. Правильный ответ 2. Двойственность представлений больного, существующих в противоположных направлениях, называется амбигуэнтностью.

185. Правильный ответ 4. Двойственность чувств, побуждений, действий и тенденций больного относится к эмоционально-волевым нарушениям и называется амбивалентностью.

186. Правильный ответ 5. Психоанализ – метод изучения неосознаваемых психических процессов путем анализа сновидений, ассоциаций, воспоминаний, оговорок в речи, ошибок при письме с целью «перевода» в сознание комплексов, конфликтов, сексуальных переживаний раннего детства. По мнению З. Фрейда, автора данного метода, вытеснение в бессознательное перечисленных комплексов приводит к развитию психических расстройств, тогда как процесс осознания бессознательного приводит к выздоровлению.

187. Правильный ответ 4. ЭЭГ – метод электроэнцефалографии (регистрация биотоков мозга), применяется при исследовании больных эпилепсией, органической патологией головного мозга. Впервые немецкий ученый Бергер в 1923 г. записал биоэлектрические потенциалы мозга. ЭЭГ позволяет судить о нарушении биоэлектрической активности коры, подкорковых структур, определить локализацию патологического процесса.

188. Правильный ответ 4. ММРІ – многофазный личностный опросник, позволяет составить профиль личности по соотношению 10 основных шкал и трех оценочных; существует еще 200 дополнительных.

189. Правильный ответ 1. В состоянии покоя на ЭЭГ регистрируется альфа-ритм. Бета-ритм характерен для умственного напряжения, гамма-ритм наблюдается при эмоциональном воз-

буждении, а низкочастотный дельта-ритм – при заторможенном состоянии или сне.

190. Правильный ответ 4. ЭЭГ является дополнительным методом исследования при диагностике эпилепсии. При данной патологии возникают судорожная готовность, характерные высокоамплитудные «пиковые волны» с комплексом «пик – медленная волна». При функциональных нагрузках (фотостимуляция, гипервентиляция легких) указанная волновая активность проявляется более выражено. Поэтому электроэнцефалография помогает правильно поставить диагноз, провести дифференциальную диагностику между истерическими припадками и эпилепсией, а также установить локализацию эпилептического очага.

191. Правильный ответ 1. В графическом изображении усредненных вызванных потенциалов выделяют ранние и поздние компоненты. Вызванные потенциалы, по мнению некоторых ученых, отражают поступление информации в кору больших полушарий по специфическим и неспецифическим путям.

192. Правильный ответ 4. Оживление памяти на отдаленные события наблюдается при психических нарушениях пожилого возраста (закон Рибо) с трудностями запоминания текущих событий.

193. Правильный ответ 5. Главными признаками наркотической зависимости являются: патологическое влечение к употребляемому веществу, как психическое, так и физическое, постепенное повышение дозы препарата (изменение толерантности), наличие абстинентного состояния и токсический фактор, приводящий к изменениям во внутренних органах.

194. Правильный ответ 5. При синдроме отмены опиатов наблюдаются следующие признаки: расширенные зрачки, повышенные температура, артериальное давление, потливость, гиперсаливация, профузные поносы, непереносимые болезненные ощущения в области суставов, иногда делириозное состояние, эпилептические припадки.

195. Правильный ответ 4. Псевдореминисценции наблюдаются при корсаковском амнестическом синдроме. На первый план выступает нарушение памяти на текущие события. Факты прошлых лет сохраняются, а настоящие не фиксируются (фиксационная амнезия). В клинической картине, кроме того, наблюдается конфабуляция и сохранность интеллектуальной деятельности.

196. Правильный ответ 5. Наличие продуктивной психотической симптоматики характерно практически для всех психических расстройств. Исключение составляют невротические нарушения, расстройства личности. Психогенная обусловлен-

ность, обратимость психических проявлений, осознание своей болезни и положительный эффект от психотерапии – специфические признаки невротического состояния.

197. Правильный ответ 5. Невротические расстройства возникают под воздействием различного рода психических травм, сопровождаются эмоциональной неустойчивостью, критическим отношением к своему состоянию, соматовегетативными нарушениями и синдромальными признаками в виде астенического симптомокомплекса, обсессивно-фобического, диссоциативного, депрессивного и ипохондрического синдромов.

198. Правильный ответ 3. Дисфория – тоскливо-злобное настроение. Встречается в основном при органических расстройствах, часто наблюдается при эпилепсии как эквивалент судорожного припадка.

199. Правильный ответ 5. Гиперстеническая форма невротического состояния проявляется высокой чувствительностью, чрезвычайной раздражительностью, физической и психической истощаемостью, неустойчивостью внимания, замедленным выполнением мыслительных операций, снижением функции запоминания и подавленным настроением.

200. Правильный ответ 3. К обсессивно-фобическим расстройствам относят: навязчивые мысли, воспоминания, чувства, действия. Состояние сопровождается соматовегетативными нарушениями, критическим отношением к своим переживаниям. В то же время чувство «деланности» относится к болезненно искаженным суждениям и умозаключениям и интерпретируется как бредовое состояние.

201. Правильный ответ 4. Ипохондрическое расстройство проявляется в виде постоянного опасения пациента за состояние своего здоровья. Больные считают себя неизлечимыми, они уверены в наличии у себя какой-либо болезни, донимая врачей разнообразными обследованиями и требованиями назначения лекарственной терапии. Ипохондрическое состояние проявляется в структуре обсессивного, депрессивного и бредового синдромов.

202. Правильный ответ 5. Главным признаком невротической депрессии считается пониженное настроение, возникающее после психотравмирующей ситуации. Она может сочетаться с театральностью, тревогой и гневливостью.

203. Правильный ответ 5. Этапы развития невротических состояний следующие: предневротическая реакция – невротическая реакция – невротическое состояние – невротическое развитие личности.

204. Правильный ответ 5. Вариантами истерических синдромов являются пуэрилизм – детское поведение взрослого человека после психотравмы; синдром Ганзера – разновидность исте-

рического сумеречного расстройства сознания с последующим развитием псевдодеменции, а также истерические припадки.

205. Правильный ответ 2. Реактивные психозы возникают после сильных психотравмирующих факторов, характеризуются критическим отношением пациента к своему состоянию и обратимостью симптоматики.

206. Правильный ответ 5. При реактивно-истерических психозах на первый план выступают: психогенное сужение сознания, фантастические переживания, псевдодементные расстройства, пуэрилизм и др.

207. Правильный ответ 4. Истерический синдром с бредоподобными фантазиями характеризуется бредоподобными идеями переоценки собственной личности, аффективным фоном настроения и пластичностью, изменчивостью фантастических идей.

208. Правильный ответ 4. Основными критериями психопатий являются: стабильность патологии характера в течение всей жизни, тотальное проявление аномалий характера при всех жизненных обстоятельствах с постоянной социальной дезадаптацией.

209. Правильный ответ 5. Функциональными компонентами копулятивного акта у мужчин являются: нейрогуморальный, психический, эрекционный, эякуляторный.

210. Правильный ответ 4. Функциональные компоненты копулятивного акта у женщин следующие: нейрогуморальный, психический, генитосегментарный.

211. Правильный ответ 5. Онтогенетические этапы психосексуального развития: формирование полового самосознания, полового поведения, психосексуальной ориентации, этапы сексуальной зрелости.

212. Правильный ответ 1. Нуредаль является ингибитором МАО. Его применение несовместимо с антидепрессантами трициклической группы (мелипрамином, тофранилом и др.).

213. Правильный ответ 2. Электросудорожную терапию предложили итальянцы Черлетти и Бини в 1937 г.

214. Правильный ответ 2. ЭСТ обычно показана при депрессивных затяжных состояниях.

215. Правильный ответ 1. Соли лития применяются при купировании маниакальных и депрессивных состояний.

216. Правильный ответ 5. Типы телосложений по К. Сиго: мышечный, пищеварительный, респираторный, мозговой.

217. Правильный ответ 1. В период интермиссии у больных с депрессией восстанавливается трудоспособность. Поэтому переводить больных на группу инвалидности не следует.

218. Правильный ответ 2. Самым тяжелым этапом параноидной шизофрении является «вторичная» кататония.

219. Правильный ответ 1. Начальным клиническим признаком параноидной шизофрении является предболезненное состояние.

220. Правильный ответ 1. По Кречмеру пикническое телосложение наиболее часто наблюдается у циклотимиков.

221. Правильный ответ 2. Акцентуация личности по Леонгарду – это индивидуальные черты личности, которые обладают тенденциями перехода в патологическое состояние.

222. Правильный ответ 2. Зигмунд Фрейд – родоначальник психоанализа.

223. Правильный ответ 5. Метод опроса является основным.

224. Правильный ответ 2. «Нозос» – это болезнь как процесс.

225. Правильный ответ 1. «Патос» – это устойчивое патологическое состояние.

226. Правильный ответ 3. Болезнь Дауна является следствием трисомии по 21-й паре аутосом.

227. Правильный ответ 3. Анозогнозия – это отсутствие осознания своей болезни. Встречается при зависимости от ПАВ, шизофрении и др.

228. Правильный ответ 5. Конфабуляция – качественное расстройство памяти, при котором провалы памяти заполняются вымышленными, не имевшими место событиями.

229. Правильный ответ 3. Дисфория – тоскливо-злобное, ворчливое настроение, проявляющееся при органических психических расстройствах, синдроме отмены при алкогольной зависимости, психических расстройствах в предстарческом и старческом возрасте и др.

230. Правильный ответ 1. Иллюзии – это искаженное восприятие реально существующих предметов и явлений. Встречаются как у больных, так и у здоровых людей.

231. Правильный ответ 2. К неврозоподобным синдромам относится обсессивный (состояние навязчивости). Встречается при неврозе, психопатиях, шизофрении, после тяжелых переживаний.

232. Правильный ответ 2. Состояние оглушенности. К этапам волевого акта относятся: возникновение мотива или цели, борьба мотивов, схема или планирование, достижение цели.

233. Правильный ответ 1. При олигофрении отмечается низкий запас знаний.

234. Правильный ответ 3. «Мнимое благополучие». Стадии патологического аффекта: подготовительная, стадия взрыва, заключительная.

235. Правильный ответ 3. Доминирующие идеи – идеи, охватывающие мысли человека и играющие важную роль в определенный период его жизни. Доминирующие идеи могут быть как у здоровых людей, так и у больных.

236. Правильный ответ 1. Корсаковский амнестический синдром характеризуется нарушением памяти на текущие события, конфабуляциями и псевдореминисценциями. Наблюдается при алкогольном корсаковском психозе, травматических пора-

жениях головного мозга, при старческих нарушениях психической деятельности.

237. Правильный ответ 1. При псевдогаллюцинациях галлюцинаторные образы возникают внутри тела больного и сопровождаются ощущением навязанности галлюцинаторных явлений какой-то посторонней, часто необъяснимой силой.

238. Правильный ответ 4. Изменения памяти по закону Рибо характеризуются обострением воспоминаний молодых лет и трудностью запоминания текущих событий. Характерны для психических изменений старческого возраста.

239. Правильный ответ 4. Абулия – отсутствие волевой активности человека. Встречается при шизофрении, травматической болезни, старческих психозах.

240. Правильный ответ 1. Повышенная отвлекаемость внимания характерна для маниакального синдрома.

241. Правильный ответ 4. Деменция – это приобретенное слабоумие. Встречается при болезни Альцгеймера и психических расстройствах позднего возраста.

242. Правильный ответ 1. Дромомания относится к нарушениям влечений, проявляется в безудержном стремлении к путешествиям.

243. Правильный ответ 3. Параноидный синдром выражается отрывочными, несистематизированными бредовыми идеями политематического характера (бред отношения, воздействия, преследования и др.).

244. Правильный ответ 2. Кататонический ступор характеризуется обездвиженностью и мутизмом. Чаще всего больные пребывают в позе эмбриона.

245. Правильный ответ 3. Агглютинация – симптом «склеивания понятий» при шизофрении.

246. Правильный ответ 4. Аутизм – склонность больного шизофренией к уединению.

247. Правильный ответ 3. В 1911 г. швейцарский психиатр Е. Блейлер описал группу психозов под названием шизофрении.

248. Правильный ответ 2. В 1896 г. немецкий психиатр Крепелин описал группу психических болезней под названием раннее слабоумие (лат. *dementia praecox*).

249. Правильный ответ 5. Для гебефренической формы шизофрении характерна вычурная дурашливость.

250. Правильный ответ 5. При кататонической форме шизофрении наблюдаются симптом «воздушной подушки» Дюпре, восковидная гибкость.

251. Правильный ответ 3. Негативизм – стремление больного совершать действия, противоположные предлагаемому. Встречается при шизофрении.

252. Правильный ответ 5. Резонерство (пустое мудрствование) встречается при шизофрении.

253. Правильный ответ 3. В результате систематического приема алкоголя развивается абстинентный синдром (синдром отмены). Его симптомы возникают в ответ на прекращение введения алкоголя в организм. Клиническая картина абстинентного синдрома проявляется по-разному и сводится в основном к возникновению состояния дискомфорта организма – повышенной раздражительности, потливости, бессоннице, тремору. В тяжелых случаях возникают припадки и замедление сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. Обычно синдром отмены снимается последующим употреблением алкоголя.

254. Правильный ответ 5. Герой трагедии У. Шекспира «Отелло» убил свою жену Дездемону из ревности.

255. Правильный ответ 2. Большой эпилептический припадок характеризуется определенной стадийностью развития:

- аура – длится несколько секунд;
- фаза тонических судорог – длится около 30 с;
- фаза клонических судорог – длится 1–2 мин;
- постприпадочная стадия.

256. Правильный ответ 4. Малые припадки характеризуются кратковременной, всего несколько секунд, потерей сознания с небольшими судорожными компонентами; могут проявляться в виде абсансов.

257. Правильный ответ 5. Симптом Верагута встречается при депрессивных состояниях. При этом на лице появляется выражение скорби.

258. Правильный ответ 4. Это вариант атипичных депрессивных состояний. Ажитированная депрессия чаще встречается в инволюционном возрасте.

259. Правильный ответ 3. Это атипичный вариант маниакальных состояний. При типичном маниакальном состоянии настроение у пациентов повышенное.

260. Правильный ответ 5. Чувство безысходности чаще всего наблюдается у пациентов с депрессивной симптоматикой.

261. Правильный ответ 1.

Тип А – практически полное выздоровление без выраженных изменений личности.

Тип В – обратное развитие психопатологической симптоматики с остаточными невыраженными негативными изменениями и невротоподобными расстройствами.

Тип С – изменение психического состояния с наличием остаточных психопатологических симптомов. Критика к заболеванию неполная или отсутствует.

Тип D – внутриклиническое улучшение.

Тип О – состояние больного без изменений.

262. Правильный ответ 5.

Тип А – практически полное выздоровление без выраженных изменений личности.

Тип В – обратное развитие психопатологической симптоматики с остаточными невыраженными негативными изменениями и неврозоподобными расстройствами.

Тип С – изменение психического состояния с наличием остаточных психопатологических симптомов. Критика к заболеванию неполная или отсутствует.

Тип D – внутриклиническое улучшение.

Тип О – состояние больного без изменений.

263. Правильный ответ 3. Синдром умственного (психического) автоматизма – описан психиатром Кандинским и французским ученым Клерамбо. Встречается при многих психических заболеваниях (наиболее часто при шизофрении), но не характерен для неврозов и психопатии.

264. Правильный ответ 4. Приступ сопровождается повышением температуры, аментивным расстройством сознания, нарушением обмена веществ, ломкостью сосудов. Нередко развивается тяжелый отек и набухание мозга. При этом возможен летальный исход.

265. Правильный ответ 3. Заболевание возникает в юношеском, реже – в детском возрасте. Начинается с негативных расстройств, с развитием заболевания появляется полиморфная продуктивная симптоматика. Через 2–5 лет развивается глубокий дефект личности, эмоциональная тупость, абulia.

266. Правильный ответ 3. Приступ сопровождается повышением температуры, аментивным расстройством сознания, нарушением обмена веществ, ломкостью сосудов. Нередко развивается тяжелый отек и набухание мозга. При этом возможен летальный исход.

267. Правильный ответ 4. Аминазин не оказывает терапевтического влияния на апатико-абулический синдром, психопатоподобные состояния, аутизм.

268. Правильный ответ 3. Полинейролепсия – это одновременное назначение нескольких нейролептиков.

269. Правильный ответ 4. Средние дозы нейролептиков могут использоваться и при длительном поддерживающем лечении пациентов.

270. Правильный ответ 3. Инсулинокоматозная терапия относится к шокowym методам лечения психических больных. Курс лечения инсулином обычно состоит из 20–30 коматозных состояний. Если улучшение наступает раньше, то инсулинокоматозную терапию прекращают. При отсутствии эффекта число коматозных состояний доводят до 40–50.

271. Правильный ответ 5. Психотропные препараты существуют в разных лекарственных формах, поэтому имеют разные пути введения.

272. Правильный ответ 4. Агранулоцитоз – заболевание крови, не относится к экстрапирамидным расстройствам.

273. Правильный ответ 2. Энцефабол (пиридитол) – препарат синтезирован на основе витамина В₆. Оказывает активирующий эффект, который связан с непосредственным влиянием на обменные процессы мозга. Усиливает активность лимбической системы, улучшает энергетический обмен, вызывает психомоторную активность.

274. Правильный ответ 3. Сиднокарб относится к нейроаналептическим средствам, применяемым, в основном, при невротических и неврозоподобных синдромах, протекающих с вялостью, заторможенностью.

275. Правильный ответ 3. Электросудорожная терапия относится к шоковым методам лечения психически больных. Больному битемпорально накладываются электроды, включается ток напряжением в 80–120 В в течение 0,3–0,8 с.

276. Правильный ответ 5. Френолон – нейролептик, обладающий активирующим, а также умеренным антипсихотическим эффектом.

277. Правильный ответ 3. Ипразид – антидепрессант, ингибитор МАО; мелипрамин – трициклический антидепрессант. Эти препараты нельзя сочетать, их назначение возможно спустя 2 недели после применения мелипрамина.

278. Правильный ответ 2. Френолон является нейролептиком.

279. Правильный ответ 3. Ипразид – антидепрессант. Относится к классу ингибиторов МАО.

280. Правильный ответ 4. Судебно-психиатрическая экспертиза проводится в случае необходимости установления дееспособности либо вменяемости пациента и проводится по постановлению суда либо следственных органов.

281. Правильный ответ 5. Подкожно вводится 1–2 мл 20% раствора кофеина, а через 3–5 мин внутривенно – 2–6 мл 5% раствора барбитала. Наступает растормаживающий и эйфоризирующий эффект, длящийся 20–30 мин.

282. Правильный ответ 4. Отказ от еды психически больных наблюдается при депрессивных состояниях с суицидальными тенденциями, при бредовых идеях отравления, при кататоническом ступоре с явлениями негативизма. Для повышения аппетита можно ввести подкожно 4–8 Ед. инсулина.

283. Правильный ответ 4. Депрессия – наиболее частая причина суицида. 15% больных депрессией заканчивают жизнь суицидом (при шизофрении – 10%).

284. Правильный ответ 2. Через 3 месяца длительно болеющий пациент направляется на МРЭК. МРЭК либо продлевает больничный лист, либо устанавливает группу инвалидности.

285. Правильный ответ 1. Аминазин – одно из наиболее мощных нейролептических средств, особенно показанный при остром психомоторном возбуждении.

286. Правильный ответ 3. Инсулинотерапия показана при шизофрении с небольшой длительностью процесса. Стойкая ремиссия достигается в 40–60% случаев.

287. Правильный ответ 4. Согласно ст. 30 Закона Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Основанием для принудительной госпитализации является:

непосредственная опасность пациента для себя и (или) окружающих;

его беспомощность;

существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи.

288. Правильный ответ 4. При дезорганизации поведения пациент нуждается в постороннем надзоре.

289. Правильный ответ 5. Через 3 месяца длительно болеющий пациент направляется на МРЭК. МРЭК либо продлевает больничный лист, либо устанавливает группу инвалидности.

290. Правильный ответ 5. Психические расстройства являются противопоказанием для призыва в армию.

291. Правильный ответ 3. Однако даже при сборе анамнеза врач может проводить рациональную психотерапию.

292. Правильный ответ 4. Курсовое лечение нейролептиками не является интенсивным методом лечения психических заболеваний.

293. Правильный ответ 3. Психиатрические статьи при военной экспертизе 1–8.

294. Правильный ответ 5. Назначение принудительного лечения по ст. 107 УК Республики Беларусь входит в компетенцию суда.

295. Правильный ответ 4. Аутогенная тренировка – это самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень).

296. Правильный ответ 4. Пациентам с ажитированной депрессией одновременно с антидепрессантами назначают тизерцин (для купирования ажитации).

297. Правильный ответ 4. Аменция проявляется состоянием острой спутанности сознания. Наблюдается при тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях.

298. Правильный ответ 5. Бред величия встречается при маниакальном синдроме.

299. Правильный ответ 2. Антидепрессанты обладают способностью устранять депрессивное состояние и одновременно оказывать стимулирующее и седативное воздействие.

300. Правильный ответ 5. Псевдогаллюцинации наиболее часто встречаются при шизофрении.

301. Правильный ответ 5. Корсаковский психоз описан С.С. Корсаковым в конце 80-х годов XIX в. Развивается при многолетнем злоупотреблении алкоголем и проявляется алкогольными полиневритами и амнестическим синдромом.

302. Правильный ответ 3. Симптом Пирогова отмечается при органическом поражении ЦНС и проявляется повышенной чувствительностью к изменениям погоды (атмосферного давления). Появляется головная боль, изменение сосудистого тонуса, снижение настроения.

303. Правильный ответ 5. Низкий интеллектуальный уровень маскируется усвоенными изысканными манерами поведения – шаблонной речью; конкретным, предвзятым мышлением; консерватизмом, следованием взглядам и принципам, существующим в узком окружении.

304. Правильный ответ 5. Причинами умственного недоразвития (олигофрении) могут быть хромосомные аберрации – трисомия 21-й хромосомы при болезни Дауна. Врожденная гидроцефалия или микроцефалия также могут послужить причиной умственной отсталости различной степени выраженности. Врожденная недостаточность функции щитовидной железы протекает со значительным отставанием в физическом и психическом развитии, вплоть до идиотии, и называется кретинизмом. Псевдодеменция является психогенным расстройством и проявляется неспособностью больного с ранее сохранным интеллектом совершать простейшие мыслительные операции. Наблюдается при синдроме Ганзера.

305. Правильный ответ 2. Истерические проявления характерны для личностных расстройств и невротических состояний, встречаются в инволюционном возрасте и имеют функциональную основу. А сифилис мозга обусловлен специфическим органическим поражением сосудов головного мозга бледной спирохетой.

306. Правильный ответ 5. При второй стадии алкогольной зависимости отмечаются повышение толерантности с увеличением дозы принимаемого алкоголя, явления абстиненции, при которых алкоголь устраняет соматовегетативные и психические нарушения, возникшие после предшествующего употребления алкоголя. Во второй стадии чаще всего возникают алкогольные психозы и начинают нарастать изменения личности.

307. Правильный ответ 5. Патологическое опьянение относится к психотическому расстройству и появляется после приема относительно небольшого количества алкоголя, возникает через короткий промежуток времени и протекает на фоне расстройства сознания по сумеречному типу с последующей амнезией.

308. Правильный ответ 3. Острая парафрения не относится к алкогольным психозам, а является одним из проявлений шизофрении с относительно благоприятным течением. Для нее характерен несистематизированный чувственно-образный бред фантастического содержания.

309. Правильный ответ 3. Симптом Верагута отражает изменение мимической мускулатуры лица депрессивных больных. Кожная складка верхнего века и нередко бровь на границе внутренней трети оттягиваются кверху и образуют вместо дуги угол, что придает лицу больного скорбное выражение.

310. Правильный ответ 4. Электросудорожная терапия не используется при лечении алкоголизма. Основными показаниями для применения ЭСТ являются депрессивные расстройства, резистентные к лечению антидепрессантами, кататонические, обсессивно-фобические синдромы.

311. Правильный ответ 3. При третьей стадии алкоголизма наблюдается снижение толерантности к алкоголю, переход на употребление менее концентрированных растворов алкоголя, суррогатов. Однократно больные употребляют меньшее количество алкоголя, хотя общая суточная доза может быть достаточно высокой.

312. Правильный ответ 1. Негативизм у больных шизофренией проявляется в том, что они совершают действия, противоположные тем, которые от них требуются в конкретной ситуации, или их общее поведение не соответствует требуемым правилам и нормам.

313. Правильный ответ 1. По шкале тяжести синдромов при шизофрении, предложенной А.В.Снежневским, кататонический синдром является самым тяжелым.

314. Правильный ответ 5. В юношеском возрасте возникают наиболее тяжелые формы шизофрении с нарушением поведения – гебефреническая; с бредовыми расстройствами – параноидная; с двигательным возбуждением или ступором – кататоническая; с включением вышеуказанных расстройств – злокачественная.

315. Правильный ответ 4. Циркулярная шизофрения прогностически является наиболее благоприятной формой заболевания, при которой симптоматика сходна с той, которая наблюдается при маниакально-депрессивном психозе. По МКБ-10 ее можно отнести к шизоаффективному расстройству.

316. Правильный ответ 4. Термин «люцидная кататония» происходит от лат. *lucidus* – ясный, светлый. Этот вариант кататонического синдрома протекает без расстройств сознания.

317. Правильный ответ 2. Биполярное расстройство было впервые описано Э. Крепелином. Характеризуется периодическим возникновением и сменяемостью депрессивных и маниакальных расстройств, между которыми наблюдаются различной длительности ремиссии. Отличается относительно благоприятным течением, не сопровождается развитием слабоумия и изменениями личности. В промежутках между приступами наступает практическое выздоровление.

318. Правильный ответ 2. Впервые биполярное расстройство было описано Э. Крепелином в 1896 г. как эндогенное психическое заболевание, протекающее с чередованием депрессивных и маниакальных фаз, разделенных относительно длительными интермиссиями. Отличается сохранностью личности больного и психических процессов даже при длительном течении.

319. Правильный ответ 3. Кроме основного названия биполярное расстройство имеет ряд синонимов, таких как циклофрения – цикличность течения заболевания; циркулярный психоз – повторяемость маниакальных и депрессивных фаз, циклотимия – периодические изменения настроения.

320. Правильный ответ 3. Наиболее характерным для начала возникновения биполярного расстройства является зрелый возраст. При этом заболевание чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Среди причинных факторов заболевания отмечают наследственные, биологические, нейрофизиологические, гормональные, этнические и др.

321. Правильный ответ 4. В настоящее время под циклотимией в МКБ-10 понимают состояние хронической нестабильности настроения с эпизодами легкой депрессии (субдепрессии) и слабовыраженного его повышения (гипомании). Это расстройство часто обнаруживается у родственников пациентов, страдающих биполярным аффективным расстройством. У некоторых больных циклотимией с течением времени может развиться маниакально-депрессивный психоз.

322. Правильный ответ 5. Остро возникающие расстройства с парафренной симптоматикой наблюдаются при периодическом типе течения шизофрении и характеризуются относительно быстрым нарастанием психопатологической симптоматики, выраженностью и непродолжительностью ее проявлений, достаточно хорошим выходом в ремиссию.

323. Правильный ответ 4. В психопатологии выделяют «негативные» и «продуктивные» симптомы по признаку «выпадения», угасания тех или иных психических функций (чаще эмоции, воля) или появлению ранее не имевших места видов психической деятельности (галлюцинации, бред).

324. Правильный ответ 5. Наличие кататонических расстройств в клинике шизофрении, протекающих на фоне ясно-

го сознания, указывает на то, что течение заболевания протекает не по периодическому, а по приступообразно-прогредиентному типу. Прогностически люцидно-кататонический приступ является более неблагоприятным, нежели онейроидно-кататонический (с расстройством сознания).

325. Правильный ответ 5. Активная трудовая деятельность человека предполагает наличие профессиональных навыков, сохранность волевой направленности, заинтересованное отношение к труду, умение правильно оценивать его результаты. При злокачественной шизофрении, начинающейся в раннем возрасте, быстро прогрессирующей и приводящей к утрате эмоционально-волевых и познавательных процессов за короткие сроки наступает утрата трудоспособности.

326. Правильный ответ 3. Клинические наблюдения позволяют считать, что между шизофренией и эпилепсией существуют значительные различия в конституциональном, нейрофизиологическом, биохимическом, патопсихологическом и других аспектах. Кроме того, исторически одним из методов лечения шизофрении, предложенным Медуна (1934), является вызывание генерализованных судорожных припадков быстрым внутривенным введением 5–10 мл 10% раствора коразола. В настоящее время для лечения шизофрении применяется электросудорожная терапия.

327. Правильный ответ 1. Аминазин подавляет деятельность активирующих отделов мозга на уровне ретикулярной формации ствола, приводя к снижению активности всех вышележащих отделов мозга, причем длительное введение аминазина в организм больного может приводить к развитию депрессии.

328. Правильный ответ 1. Синдром Аргайлла Робертсона характеризуется ослаблением или отсутствием реакции зрачков на свет при сохранении их реакции на конвергенцию и аккомодацию, анизокорией, деформацией зрачков. Наиболее часто встречается при спинной сухотке и прогрессивном параличе.

329. Правильный ответ 1. При эпилепсии не характерно эмоционально-волевое снижение личности. Даже в случаях развития эпилептического слабоумия у больного сохраняется волевая активность и эмоциональное реагирование на различные обстоятельства жизни, затрагивающие его личные интересы, так называемое «концентрическое» слабоумие.

330. Правильный ответ 3. Персевераторно-обсессивная мастурбация чаще всего возникает у больных шизофренией в юношеском возрасте. Больные могут заниматься онанизмом в присутствии других людей, не испытывая чувства стыдливости, чисто механически и стереотипно. Этот вид мастурбации нуждается в лечении психотропными препаратами.

331. Правильный ответ 1. Конституциональная фригидность имеет наследственную основу и может наблюдаться в нескольких поколениях, передаваться по женской линии от матери или бабушки дочери, внучке.

332. Правильный ответ 3. Эксгибиционизм характеризуется обнажением половых органов больного в присутствии лиц противоположного пола с целью вызвать сексуальное возбуждение. Встречается, как правило, у мужчин. Часто сопровождается онанизмом.

333. Правильный ответ 3. Геронтофилия является половым извращением, выражающимся сексуальным влечением к лицам пожилого возраста. При этом влечение к сверстникам или более молодым людям либо вовсе отсутствует, либо не сопровождается половым удовлетворением.

334. Правильный ответ 4. Трансвестизм проявляется в стремлении носить одежду противоположного пола и изменять свой внешний вид. Соответственно изменяется и форма поведения. Женщины носят мужскую одежду, курят, подчеркнуто грубы в общении. Мужчины носят женскую одежду, используют косметику, красят губы, изготавливают накладные бедра и грудь, демонстрируют женские формы поведения. Трансвеститы обнаруживают ослабленное половое влечение.

335. Правильный ответ 5. В зависимости от длительности приема и дозы психотропных препаратов последовательно развиваются фазы: 1) успокоения (седации); 2) возбуждения (турбулентная), при которой может наблюдаться обострение психопатологической симптоматики; 3) псевдопаркинсоническая с появлением различной степени выраженности акинетических, гиперкинетических или дискинетических проявлений. Эта фаза считается наиболее эффективной для проведения лечения. При дальнейшем усилении действия психотропных средств может развиваться четвертая фаза – торможения, при которой появляются выраженные осложнения и побочные действия препарата.

336. Правильный ответ 3. Термин «анксиолитики» происходит от лат. *anxielas* (тревога). Это препараты, которые воздействуют на аффективную сферу и устраняют чувство тревоги и страха. К этим лекарственным средствам в первую очередь относятся транквилизаторы.

337. Правильный ответ 4. Наиболее выраженной способностью повышать активность мышления и моторики, устранять чувство усталости обладают психостимуляторы. Применение психостимуляторов может быть использовано в немедицинских целях, поэтому они относятся к сильнодействующим, а некоторые из них к наркотическим средствам.

338. Правильный ответ 4. К тимостабилизаторам, или нормотимикам, относят соли лития: карбонат лития, оксидбутират ли-

тия. Эти препараты устраняют фазовые колебания настроения, способствуют формированию более стойкой и длительной ремиссии при аффективных, шизоаффективных расстройствах. Соли лития нивелируют патологическое повышение или понижение аффективной деятельности до какой-то условной средней линии. Нормотимизирующее действие солей лития используется также при лечении аффективно неустойчивых психопатических личностей, при эпилептических дисфориях.

339. Правильный ответ 4. Галоперидол является наиболее типичным представителем психотропных препаратов бутирофенонового ряда. Галоперидол избирательно действует на галлюцинации и бред, особенно при хроническом их течении. При лечении галоперидолом часто возникают экстрапирамидные расстройства, требующие назначения корректоров.

340. Правильный ответ 4. Сонапакс (меллерил, тиоридазин) является нейролептиком с широким спектром действия и минимальными побочными эффектами, незначительными осложнениями. Сонапакс не вызывает заторможенности, вялости, эмоциональной индифферентности. Обладает успокаивающим влиянием со стимулирующим и мягким антидепрессивным действием. Состояния тревоги, страха, напряженности, сочетающиеся с ипохондрией, сенестопатиями, являются показаниями для лечения сонапаксом.

341. Правильный ответ 4. Общим действием всех транквилизаторов является успокаивающий эффект с устранением страха, тревоги, эмоционального напряжения, сочетающийся с чувством расслабления. Ряд транквилизаторов, особенно седуксен (реланиум), обладает противосудорожной активностью. Спектр действия транквилизаторов не достигает антипсихотического уровня. Транквилизаторы применяются для лечения пограничных состояний.

342. Правильный ответ 4. Элениум (хлордиазепоксид, хлорзепид) является первым представителем транквилизаторов бензодиазепинового ряда. Спектр активности элениума направлен практически на все проявления невротических, неврозоподобных, психопатических и психопатоподобных расстройств с повышенной эмоциональной возбудимостью. При парентеральном введении элениум оказывает более выраженный противосудорожный эффект.

343. Правильный ответ 5. Препараты метаболической терапии (ноотропы) оказывают терапевтическое действие при апатии, психической инертности, интеллектуальной заторможенности, снижении психической и физической активности. Ноотропы положительно влияют также на функцию памяти, обучаемость. При экстрапирамидных паркинсонических расстройствах, особенно гипокинетогипертонических, ноотропы

улучшают двигательные функции, воздействуют и на дискинетические экстрапирамидные нарушения.

344. Правильный ответ 3. Пиридитол (энцефабол) синтезирован на основе витамина В₆. Пиридитол улучшает энергетический обмен головного мозга за счет улучшения усвоения глюкозы мозговой тканью и экономичного ее расходования. Пиридитол обладает стимулирующим и антидепрессивным действием и наряду с общими показаниями к применению ноотропов наиболее эффективен при астенодепрессивных, астенопатических состояниях, а также при депрессиях органического происхождения.

345. Правильный ответ 3. Соли лития относятся к препаратам нормотимизирующего действия. Регулируют эмоциональные расстройства. Патологически измененное настроение (пониженное или повышенное) под воздействием нормотимиков достигает усредненного состояния. Для достижения терапевтического эффекта концентрация лития в организме должна достигать определенного уровня и поддерживаться в течение достаточно длительного времени. Концентрация лития в плазме крови должна быть не ниже 0,5 мэкв/л и не выше 1,4 мэкв/л. При более низких концентрациях лечебное и профилактическое действие лития не проявляется, при более высоких – возможна литиевая интоксикация.

346. Правильный ответ 5. Психостимуляторы – сиднокарб, сиднофен, бемитил наиболее показаны при вялости, заторможенности, адинамии, торпидности. В отличие от стимуляции, вызываемой амфетаминами, проявляется не как эйфория, а как естественное чувство бодрости, прилива энергии, повышения работоспособности, улучшение концентрации внимания, улучшения настроения. Психостимуляторы можно применять при торпидной форме олигофрении, можно использовать для лечения ступорозных, субступорозных и апатоабулических состояний.

347. Правильный ответ 4. Применение «типичных» нейролептиков сопровождается появлением экстрапирамидных расстройств различной степени выраженности. Клинические варианты экстрапирамидных расстройств разделяют на акинетогипертонический, гиперкинетогипертонический, гиперкинетический и дискинетический. При акинетогипертоническом паркинсонизме наблюдается скованность движений, редкое мигание, маскообразность лица. Тонус мускулатуры повышен. Гиперкинетогипертонический вариант проявляется развитием тремора, акатизии, тасикинезии на фоне мышечной гипертонии. Гиперкинетический вариант проявляется в виде акатизии и гиперкинезов. Дискинетические расстройства проявляются в виде пароксизмальных кризов (напряжение жевательной, глотательной мускулатуры, высовывание языка изо рта, закатывание глаз).

348. Правильный ответ 5. Токсико-аллергические реакции развиваются в результате применения психотропных препаратов, связаны с индивидуальной непереносимостью, сверхчувствительностью к препаратам и выражаются комплексом психических и соматических проявлений. Психические расстройства проявляются в основном кататоническими синдромами. Соматические расстройства обнаруживаются лихорадкой неправильно-го типа, паренхиматозно-некротическим гепатитом, буллезным дерматитом.

349. Правильный ответ 3. К побочным действиям «типичных» нейролептиков, преимущественно производных бутирофенона (галоперидол) и пиперазина (трифтазин), относится состояние неусидчивости, чувство «беспокойства» в ногах. Больные постоянно стремятся переменить положение тела, не могут длительно сидеть или стоять на одном месте. Переминаются с ноги на ногу; садятся на стул, затем встают и снова садятся. Возникает так называемое «мучительное» беспокойство.

350. Правильный ответ 4. Из всех перечисленных препаратов наиболее часто привыкание и зависимость развиваются при приеме бензодиазепинов. При отмене бензодиазепинов могут появляться головные боли, бессонница, чувство недомогания и слабости, тахикардия, психомоторное возбуждение, судорожные припадки.

351. Правильный ответ 5. Осложнения при лечении нейролептиками могут быть различными по проявлениям и степени выраженности. Нейролептическая депрессия чаще всего возникает при длительном применении аминазина. Злокачественный нейролептический синдром развивается при использовании типичных нейролептиков с антипсихотическим эффектом. Его развитие зависит от индивидуальной чувствительности к препарату. Делириозное расстройство сознания может иметь место у больных с признаками органической недостаточности ЦНС. Возникновению делирия способствует повышение дозы препаратов особенно с холинолитическим действием, а также резкое снижение доз. Апатико-адинамическое состояние может развиваться при длительном лечении больных психотропными препаратами с тормозным действием.

352. Правильный ответ 5. Нейролептики чаще вызывают парасимпатические расстройства, антидепрессанты – симпатикотонические эффекты. К ним относится ортостатическая гипотония, ортостатический коллапс (аминазин, тизерцин). Нарушение мочеиспускания, сухость во рту, запоры чаще возникают при лечении трициклическими антидепрессантами (амитриптилин). Обычно вегетативные расстройства появляются в начале терапии, а затем постепенно проходят.

353. Правильный ответ 5. Соли лития, особенно в комбинации с другими препаратами, могут вызвать побочные действия и осложнения. На ранних этапах лечения солями лития могут появляться сонливость, отсутствие чувства бодрости, индифферентность, равнодушие к окружающему. При более выраженных и поздних осложнениях отмечаются расстройства восприятия и сознания, судорожные проявления.

354. Правильный ответ 5. Под влиянием психотропной терапии клинические изменения при шизофрении характеризуются появлением синдромов меньшей тяжести: астенических, аффективных и неврозоподобных. Наблюдается обрыв психопатологической симптоматики или ее невыразительность, незавершенность. Выраженных злокачественных форм и глубоких конечных состояний становится меньше.

355. Правильный ответ 5. Лечение шизофрении должно быть клинически обосновано, препараты применяются по синдромальному принципу, повышение доз должно быть достаточно быстрым до достижения терапевтического эффекта, комбинируемым с другими препаратами, особенно при сложных синдромах.

356. Правильный ответ 5. Невротические (неврозоподобные) синдромы характеризуются наличием расстройств психической деятельности «малого» круга. К ним относятся астенический и обсессивно-фобический синдромы. В структуре этих синдромов отсутствуют бредовые и галлюцинаторные расстройства.

357. Правильный ответ 4. Сумеречное расстройство сознания может возникать у больных эпилепсией, при тяжелых инфекционных заболеваниях, в остром периоде черепно-мозговой травмы, реактивно-истерических психозах. В структуру синдрома входит сужение поля сознания, фрагментарное восприятие окружающего мира, двигательное возбуждение и полная амнезия на период расстройства сознания. Продолжительность – от нескольких часов до нескольких дней. Иногда затягивается на более длительный период.

358. Правильный ответ 5. Расстройство сознания по делириозному типу проявляется нарушением ориентировки в месте и времени при сохранности ориентировки в собственной личности. Ярко выражены зрительные, тактильные галлюцинации, сопровождающиеся бредом преследования и двигательным возбуждением. Бессвязность мышления и речи наиболее характерна для аментивного расстройства сознания.

359. Правильный ответ 5. Синдром онейроидного расстройства сознания развивается в несколько этапов. На инициальном этапе преобладают эмоциональные и вегетовисцеральные расстройства. Затем развивается чувство измененности собственного «я», появляются аффективные и бредовые переживания. На

следующем этапе – дереализация с бредом особого значения. Явления дереализации и деперсонализации нарастают, и возникает истинное онейроидное помрачение сознания с полной отрешенностью больного от окружающего, фантастическими галлюцинациями и бредом. Появляется кататоническая симптоматика. При выходе из онейроида воспоминания о содержании болезненных переживаний сохраняются.

360. Правильный ответ 2. Аментивный синдром, описанный Мейнертом, является более выраженным расстройством сознания, при котором возникает дезориентировка в месте, времени, собственной личности. Мышление становится бессвязным, инкогерентным. Частичное, фрагментарное восприятие окружающего вызывает у больного аффект недоумения. После выхода из аменции существует полная амнезия. Наиболее часто он возникает при тяжелых соматических и инфекционных заболеваниях.

361. Правильный ответ 5. Синдром Кандинского – Клерамбо (психического автоматизма) протекает на фоне не нарушенного сознания, поэтому амнестических расстройств при нем нет. В зависимости от преобладающего расстройства может быть сенсорный, идеаторный и моторный варианты автоматизма.

362. Правильный ответ 5. Бредовое расстройство в виде параноидного синдрома может присутствовать в структуре различных психических заболеваний, таких как шизофрения, реактивные и алкогольные психозы, эпилептический параноид. Бредовые и галлюцинаторные расстройства при неврастении не наблюдаются.

363. Правильный ответ 2. Ведущими расстройствами при парафреническом синдроме являются бредовые идеи величия, повышенное настроение. Могут иметь место нестойкие бредовые идеи преследования и психического автоматизма. Нарушений сознания (в клиническом понимании) при парафреническом синдроме не наблюдается. Однако некоторые психиатры расценивают явления дереализации и деперсонализации как расстройство сознания.

364. Правильный ответ 3. Аментивный синдром в общей психопатологии относится к синдромам нарушения сознания как один из вариантов помрачения сознания. Аментивный синдром может сочетаться с галлюцинаторными или кататоническими расстройствами. В таких случаях выделяют галлюцинаторный и кататонический варианты аментивного синдрома.

365. Правильный ответ 4. При типичных проявлениях депрессивного синдрома кроме сниженного настроения, двигательной заторможенности и замедления мыслительных процессов наблюдается наличие бредовых идей самообвинения и самоуничтожения. Бредовые переживания могут достигать различной степени выраженности, но всегда соответствуют депрессивному настроению, т. е. бред когерентен аффекту.

366. Правильный ответ 3. Симптом предсердечной тоски (*anxietas praecordialis*) входит в депрессивное расстройство и характеризуется ощущением загрудинной боли или боли в области сердца. В отличие от физической боли, наблюдаемой при стенокардии, при предсердечной тоске боль переживается как душевная боль. Крайне тяжело переносится пациентами и часто носит витальный характер.

367. Правильный ответ 3. Одним из нарушений мышления по течению ассоциативного процесса является кратковременное прекращение мыслительной деятельности, которое в отличие от абсанса не сопровождается нарушением сознания. Чаще всего наблюдается при шизофрении.

368. Правильный ответ 5. При органических поражениях головного мозга различного генеза, а чаще всего после черепно-мозговых травм, могут развиваться нарушения психической деятельности, проходящие через ряд этапов: астенический, эксплозивный, мориоидный, апатико-абулический. В зависимости от тяжести поражения мозга, компенсаторных возможностей организма, проводимой терапии развитие психоорганического синдрома может остановиться на ранних этапах или прогрессировать.

369. Правильный ответ 5. При кататоническом синдроме клинически преобладают двигательные-волевые расстройства, проявляющиеся в двигательной заторможенности или возбуждении. При двигательном возбуждении могут наблюдаться явления негативизма, симптомы «эхо», импульсивность действий. При кататоническом ступоре может быть симптом «хоботка».

370. Правильный ответ 5. Одним из проявлений кататонического ступора может быть состояние «восковидной гибкости» при котором верхние или нижние конечности больного длительное время пребывают в приданном им положении, а затем медленно, как тающая свеча, возвращаются в исходное. Из всех перечисленных расстройств наблюдается при шизофрении.

371. Правильный ответ 4. Корсаковский психоз характеризуется сочетанием полиневрита с различно выраженной атрофией мышц конечностей, ослаблением или отсутствием рефлексов. Психопатологические изменения проявляются фиксационной амнезией с конфабуляциями. Долговременная память при корсаковском психозе значительно не страдает.

372. Правильный ответ 2. Е. Блейлер в 1911 г. описал группу расстройств психической деятельности под общим названием шизофрения. Он считал, что основным расстройством при шизофрении является нарушение мышления с расщеплением познавательных функций.

373. Правильный ответ 5. К основным признакам шизофрении относится расщепление психической деятельности, которая

включает в себя расстройство мышления по течению ассоциативного процесса. К этому расстройству относят аутистическое, символическое, разорванное мышление, резонерство, расщепление и агглютинацию понятий и др.

374. Правильный ответ 1. Облигатными симптомами типичной маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза являются повышение настроения, выраженная двигательная активность, ускорение мышления и речи. Повышение настроения (эйфория) характеризуется беспечностью, беззаботностью, чувством беспричинной радости, благодушием. Двигательная активность больных может достигать состояния хаотического, нецеленаправленного возбуждения (двигательной бури), ускорение мышления и речи в крайнем выражении проявляется произношением отдельных слов или фраз (телеграфный стиль).

375. Правильный ответ 1. Повышенная отвлекаемость маниакальных больных связана с неустойчивостью и повышенной переключаемостью внимания. В связи с этим любые события, происходящие в окружающем, их изменение, новая обстановка, слова, действия, поступки других людей вызывают у маниакальных больных ответную реакцию, однако на непродолжительное время. Такой тип реагирования называется гиперметаморфоз.

376. Правильный ответ 1. Бред величия маниакальных больных имеет особенность, выражающуюся в том, что их высказывания ограничиваются преувеличением своих достоинств, способностей, возможностей. Больной может считать себя выдающимся артистом, непревзойденным спортсменом, заслуженным деятелем. Бредовые переживания имеют так называемый «земной» характер.

377. Правильный ответ 1. Гневливая мания клинически проявляется тем, что в маниакальном состоянии вместо эйфории наблюдается аффект злобы, раздражительности, гнева. Особенно выраженным этот аффект обнаруживается в случаях, когда окружающие пытаются ограничить активность больного, противостоят его требованиям, действиям. В этом состоянии больной может быть опасен для других лиц.

378. Правильный ответ 1. Одним из атипичных проявлений маниакального состояния может быть отсутствие ускоренного течения мыслительного процесса. При этом темп речи остается обычным, часто отсутствуют бредовые переживания. Расстройства ограничиваются повышенным настроением и двигательной активностью.

379. Правильный ответ 1. Пустое, бесплодное мудрствование в психиатрии называется резонерством. Длительные и непрерывные рассуждения при этом могут касаться банальных тем, содержать логические ошибки. Суждения и умозаключения могут базироваться на несущественных, малозначимых фактах, со-

бытиях, явлениях, признаках. Часто встречается у больных шизофренией.

380. Правильный ответ 2. Наиболее выраженные расстройства эмоциональной сферы в виде эмоциональной тупости возникают при простой форме шизофрении. Наблюдаемая при этом эмоциональная опустошенность сочетается с безволием. Больные не проявляют никакого интереса, ни к чему не стремятся, их ничто не радует и не беспокоит. Характерна для злокачественного течения шизофренического процесса.

381. Правильный ответ 1. Диссоциация и извращение эмоциональных проявлений клинически выражаются тем, что реакция на события, которые у здоровых людей вызывают чувство радости и удовольствия у больных могут вызывать грусть, печаль, слезы. Неприятные или трагические события оставляют больных равнодушными или же сопровождаются повышением настроения, чувством радости, удовлетворения. Является одним из проявлений шизофрении.

382. Правильный ответ 4. Эмоционально-волевое оскудение личности больных наблюдается при апатико-абулическом синдроме как проявление дефекта при шизофрении или конечного состояния при психоорганическом синдроме. Выражается дефицитарной (негативной) симптоматикой: апатией, абулией, безучастным отношением к себе и окружающим. В этом состоянии больные нетрудоспособны, нуждаются в постороннем уходе.

383. Правильный ответ 1. Расстройство эмоций, проявляющееся в виде одновременного существования противоположно направленных чувств, называется амбивалентностью. Наличие амбивалентности указывает на качественное нарушение эмоциональной сферы. Амбивалентность включается в структуру параноидного синдрома и чаще всего встречается при параноидной шизофрении.

384. Правильный ответ 2. Аутизм является одним из признаков шизофрении. Описан Е. Блейлером в 1911 г. При аутизме наступает отрешенность больного от внешнего мира с погружением в свои переживания. Утрачивается контакт с родственниками, другими людьми. Угасает эмоциональное реагирование на происходящие события, снижается стремление к достижению социально значимых целей.

385. Правильный ответ 1. Нарушение ассоциативной мыслительной деятельности, при которой в речи больного отсутствует логическая грамматическая связь, является проявлением шизофазии. Наиболее выраженное расстройство мышления при шизофрении сопровождается произношением набора отдельных, не связанных между собой слов, так называемая «словесная крошка».

386. Правильный ответ 2. У больных шизофренией, преимущественно параноидной формой, достаточно часто присутствует

символическое мышление. При этом самым различным объектам реальной действительности придается особый смысл и значение. В отличие от общепринятых и понятных всем символов символика больных понятна только им самим.

387. Правильный ответ 2. Агглютинация понятий выражается тем, что больной соединяет воедино несколько слов, за счет чего происходит образование нового, зачастую абстрактного бессмысленного содержания понятия. Является одним из проявлений нарушения мышления при шизофрении.

388. Правильный ответ 2. Склеивание понятий отражает нарушение ассоциативных процессов мышления у больных шизофренией. Неологизмы могут образовываться самым различным образом: по сходству, смежности или контрасту понятий, по их созвучию, по принадлежности к одному классу, группе понятий и т. п. В отличие от искусственно образуемых неологизмов в художественной литературе у больных они образуются спонтанно – проявление психопатологии.

389. Правильный ответ 2. Е. Блейлер выдвинул положение о шизофрении как о группе заболеваний. С точки зрения Блейлера истинно шизофреническим симптомам свойственны элементарность, простота, психологическая невыводимость (отсутствие смысловых связей), физиогенный, первичный характер. Термин «шизофрения», предложенный Блейлером, был принят подавляющим большинством психиатров мира.

390. Правильный ответ 3. Психопатологические явления, описанные Крепелином как «раннее слабоумие», он объединил в две большие группы: «ослабление эмоциональных и волевых процессов» и «потерю единства интеллектуальных, эмоциональных и волевых функций внутри их самих и в отношении друг друга». Общим признаком раннего слабоумия, который специфичен для болезни, является «своеобразное разрушение внутренних связей личности».

391. Правильный ответ 5. Соматические проявления депрессии входят в симпатикотонический симптомокомплекс Протопопова и характеризуются отсутствием аппетита, похуданием, запорами. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечаются тахикардия, загрудинная боль.

392. Правильный ответ 5. Повышение настроения больных в маниакальном состоянии сочетается с расторможенностью влечений. Двигательное возбуждение имеет связь с неустойчивостью внимания. Маниакальные больные обнаруживают повышенный аппетит, однако в весе не прибавляют за счет высокой двигательной активности. Деятельность больных не плодотворна, так как они не могут длительное время сосредоточиваться на каком-либо одном виде занятий.

393. Правильный ответ 2. Судорожный припадок с последовательным появлением тонических и клонических двигательных расстройств характерен для большого эпилептического припадка. При истерических нарушениях моторики движений может быть беспорядочной, аффективно выразительной, не имеет фазной последовательности. Такие расстройства возникают и усиливаются в психогенно обусловленной ситуации.

394. Правильный ответ 5. Функциональные галлюцинации чаще всего имеют эндогенно-органическую основу и отличаются тем, что появляются только под влиянием какого-либо внешнего раздражителя. Преимущественно затрагивают слуховой анализатор. В звуках капающей воды, тикающих часов, шуме ветра, дождя больной слышит голоса конкретного содержания, которые соответствуют тембру, ритму реально действующего объекта.

395. Правильный ответ 5. Общие признаки помрачения сознания были описаны К. Ясперсом. Они включают нарушения ауто- и аллопсихической ориентировки. Нарушение процесса отражения может быть количественным – с неполным, частичным, фрагментарным восприятием и качественным – с иллюзиями, галлюцинациями, психосенсорными расстройствами. Мышление нарушается в плане ассоциативных процессов и появления бредовых расстройств. Память на время расстроенного сознания может быть нарушена в виде частичной или полной амнезии.

396. Правильный ответ 5. В остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы могут возникать самые различные расстройства сознания. При травматическом делирии наблюдается наплыв зрительных галлюцинаций устрашающего характера, психомоторное возбуждение. Периодически возникают светлые промежутки. При сумеречном расстройстве сознания может быть частичное, фрагментарное восприятие окружающего, сочетающееся с иллюзиями и галлюцинациями, отрывочными бредовыми идеями. При травматическом онейроиде явления дереализации и деперсонализации возникают на фоне фантастических галлюцинаций и чувственного бреда. Все указанные расстройства сознания при утяжелении состояния могут переходить в аментивное расстройство сознания и закончиться смертью.

397. Правильный ответ 3. Перфорационная амнезия, или палимпсест, наблюдается при острой алкогольной интоксикации, когда события, происходившие в период опьянения не сохраняются в памяти. Причем, чем более глубоким является опьянение, тем более выраженными будут нарушения памяти.

398. Правильный ответ 5. В среде наркоманов существуют сленговые названия наркотиков. Название крэк имеет наркотик, содержащий кокаин, который может употребляться в виде сигарет. Зависимость от крэка развивается очень быстро и сопро-

вождается выраженным токсическим действием на психику и организм наркомана.

399. Правильный ответ 3. Бредоподобные фантазии являются одним из проявлений истерических реакций. Чаще всего они имеют защитный характер, могут послужить поводом для оговоров или самооговоров. Иногда вымыслы больных бывают настолько неправдоподобными, что приобретают сходство с бредом.

400. Правильный ответ 2. Биполярное расстройство с течением времени не приводит к развитию слабоумия. В состоянии ремиссии или интермиссии психическая деятельность больного возвращается к начальному состоянию, полностью сохраняются интеллектуальные способности.

401. Правильный ответ 2. Дисфория относится к расстройству настроения при эпилепсии. Преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение. Часто возникают аффективные вспышки, проявления агрессии.

402. Правильный ответ 4. Великий швейцарский психиатр Е. Блейлер действительно считал шизофрению функциональным заболеванием. Он не отрицал, что в рамки этого заболевания могут входить психические расстройства различного плана (инволюционные психозы, алкогольный галлюциноз, реактивные расстройства). Описываемое им заболевание он назвал во множественном числе «шизофрении», как бы подтверждая этим самую широту охвата клинической симптоматики различных психопатологических расстройств.

403. Правильный ответ 2. Расщепление психической деятельности, эмоционально-волевое оскудение. Эта симптоматика проходит красной нитью через все шизофренические направления. Она с трудом поддается терапии, оставляет выраженное эмоционально-волевое оскудение личности, хотя при этом заболевании, несомненно, могут быть и расстройства сна, и бредовые идеи, и галлюцинации, и даже меланхолия – депрессия.

404. Правильный ответ 2. Расщепление психической деятельности, так как термин «шизофрения» означает в переводе расщепление души.

405. Правильный ответ 3. Чаще всего шизофрения возникает в молодом, юношеском возрасте; обычно протекает злокачественно в виде приступов или непрерывно. В отдельных случаях могут быть длительные ремиссии. В остальных возрастных категориях шизофреническая симптоматика также может появляться, однако она нетипична.

406. Правильный ответ 4. Кататония была названа немецким психиатром Кальбаумом в 70-х годах XIX в. (от гр. *kato* – вдоль, *topos* – напряжение).

407. Правильный ответ 3. Гебефреническая форма была названа Геккером в 70-х годах XIX в. Следовательно, была описана гебефреническая форма шизофрении. Она возникает в юношеском возрасте и, как правило, протекает злокачественно с большим полиморфизмом симптоматики.

408. Правильный ответ 1. Маниакальный ступор характеризуется полной обездвиженностью при сохранении повышенного настроения.

409. Правильный ответ 1. Депрессивные состояния. Именно при этих душевных расстройствах наблюдается склонность к суициду с идеями самоуничтожения, самоубийства.

410. Правильный ответ 5. Для профилактики самоубийств необходимо применять очень строгие меры, предохраняющие от возможных суицидальных действий. Показаны все методы, перечисленные в данном вопросе.

411. Правильный ответ 1. Мелипрамин. Этот препарат в благоприятных случаях оказывает положительное влияние при «чистой» депрессии, т. е. при отсутствии другой, осложняющей депрессивный синдром симптоматики (бреда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения и т. д.).

412. Правильный ответ 1. Амитриптилин. Этот препарат, положительно зарекомендовавший себя в психиатрической практике, обладает сложным действием – антидепрессивным и успокаивающим.

413. Правильный ответ 5. Биполярное расстройство – заболевание, протекающее в виде приступов, которые, чередуясь между собой или сменяя друг друга, могут протекать по всем указанным в данном вопросе вариантам.

414. Правильный ответ 2. Угнетенное настроение. Важнейшим признаком депрессивной симптоматики является угнетенное настроение наряду с угнетением мыслительной деятельности и двигательной активности.

415. Правильный ответ 3. Скорбное бесчувствие. Симптом характерен для психической анестезии, сопровождающейся отсутствием чувства заботы к близким родственникам. При этом пациент переживает, «скорбит» об отсутствии у него этих чувств.

416. Правильный ответ 4. Меланхолический раптус (*raptus melancholicus*), сопровождается внезапно остро возникшей тоской с возбуждением, причитаниями, плаксивостью, склонностью к суицидам.

417. Правильный ответ 2. Предсердечная тоска. Во время депрессии появляются тягостные ощущения в области сердца, усиливающиеся при увеличении депрессии.

418. Правильный ответ 2. Симпатикотонический синдром, описанный Протопоповым. Он характеризуется повышенным тонусом симпатической вегетативной нервной системы: сухость кожных покровов, расширение зрачков, тахикардия, запоры.

419. Правильный ответ 2. Симптом Верагута. Проявляется в виде искривления верхнего века в средней трети ближе к носу, в связи с чем форма глаз приобретает особо выраженный депрессивный оттенок.

420. Правильный ответ 1. Ажитированная депрессия. Депрессия характеризуется тем, что на фоне патологически сниженного настроения развивается психомоторное возбуждение. Пациент причитает, заламывает руки, просит помощи. Ажитированная депрессия чаще всего развивается у женщин в инволюционном периоде.

421. Правильный ответ 1. Запущенная депрессия. Развивается после применения различных антидепрессивных препаратов. Проводимая терапия вызывает улучшение психического состояния пациентов, страдающих депрессией, однако при снижении доз препаратов или их отмене депрессия возвращается снова.

422. Правильный ответ 3. Продуктивная меланхолия. На фоне сниженного настроения наблюдается повышенная говорливость. Жалобы больных сопровождаются признаками самоуничижения, боязнью за состояние здоровья, невозможностью выздоровления.

423. Правильный ответ 3. Ларвированная депрессия. Клиническая картина депрессии проявляется в виде различных соматических заболеваний (заболевания желудка, желудочно-кишечного тракта, печени, сердечная недостаточность, даже зависимость от психоактивных веществ и др.). Протекает, как правило, хронически и не поддается лечению общетерапевтическими методами. Состояние больного значительно улучшается после применения антидепрессивных средств.

424. Правильный ответ 1. Абсанс. Кратковременное выключение сознания (несколько секунд) с последующей амнезией. Абсанс в переводе с французского (*absanse*) означает «отсутствие».

425. Правильный ответ 2. Агорафобия. Расстройство возникает при невротических состояниях в виде боязни широких площадей, открытых мест. Расстройство особенно усиливается в том случае, если пациент оказывается без сопровождающих лиц, один.

426. Правильный ответ 1. Акатизия. Это один из видов паркинсонических расстройств, проявляющийся неусидчивостью, в связи с возникновением необычных действий при нейролептической терапии.

427. Правильный ответ 4. Ступор. Состояние возникает при шизофрении, реактивных состояниях, маниакальных расстройствах и проявляется в обездвиженности. Наличие параличей и парезов при этом не определяется.

428. Правильный ответ 2. Физический маразм. Относительно редкое явление, встречается в предстарческом возрасте. Проявляется в развитии параличей и парезов, наличии эмбриональной позы, выраженном интеллектуальном снижении.

429. Правильный ответ 4. Амбивалентность. Состояние, сопровождающееся одновременным проявлением противоположных эмоций, например любви и ненависти. В основе данного состояния лежит развитие неполной ультрапарадоксальной фазы, описанной И.П. Павловым в учении о высшей нервной деятельности.

430. Правильный ответ 2. Аменция. Состояние характеризуется дезориентировкой в месте и времени, нарушением процесса синтеза при сохранении анализа. Возможно на фоне аменции появление галлюцинаторных явлений. Речь бессвязная. Часто встречается при инфекционных соматических заболеваниях.

431. Правильный ответ 3. Анозогнозия. Пациенты считают себя практически здоровыми, несмотря на наличие у них заболевания. Она особенно характерна для больных шизофренией, алкогольной и наркотической зависимостью, психическими расстройствами возраста обратного развития.

432. Правильный ответ 2. Аноргазмия. Отсутствие оргазма при половых актах. Аноргазмия бывает конституциональная (наследственная), ретардационная, психогенная и соматически обусловленная заболеваниями половых органов.

433. Правильный ответ 1. Анорексия. Отсутствие аппетита при невротических состояниях. Заболевание возникает чаще в юношеском возрасте в результате различных вредных психогенных воздействий и сопровождается отказом пациентов от приема пищи. У пациентов появляется желание сбросить вес (похудеть), быть похожим на балерину и др. Наиболее эффективным является психотерапевтическое лечение.

434. Правильный ответ 2. Апатия. Состояние характеризуется полным безразличием к окружающему, событиям, происходящим вокруг. Апатия является симптомом развития тяжелого хронического заболевания – шизофрении, может также наблюдаться при травматических поражениях головного мозга, старческих расстройствах и др.

435. Правильный ответ 2. Арифмомания. Симптом, наблюдающийся при неврозах навязчивых состояний. У пациентов развивается болезненное стремление постоянно пересчитывать попавшие в поле зрения предметы, например число букв в слове «парикмахерская», количество ног у всех пасущихся в поле коров, количество автомашин на стоянке и т. д. Понимая нелепость данного расстройства, пациент, однако, самостоятельно избавиться от него не может.

436. Правильный ответ 3. Астазия-абазия – невозможность или серьезное затруднение при передвижении. Развивается при

истерических расстройств. Пациенты способны передвигаться, демонстративно опираясь о стенку, мебель, на сопровождающих лиц. Органических изменений со стороны конечностей при этом не наблюдается.

437. Правильный ответ 3. Аутизм. Состояние характеризуется уходом пациента в «роль» собственных мечтаний, собственных переживаний, отсутствием контакта с окружающими.

438. Правильный ответ 1. Аффект. Бурное эмоциональное переживание, связанное чаще с отрицательным психогенным воздействием. Аффекты бывают физиологические (при отсутствии нарушения сознания) и патологические, развивающиеся на фоне сумеречного расстройства сознания. В последнем случае развивается амнезия на время болезненного состояния.

439. Правильный ответ 1. Патологический аффект. Состояние развивается в три этапа: подготовительная фаза – фаза действия сильного психогенного раздражителя; фаза взрыва – наличие расстройства сознания по сумеречному типу с выраженным психомоторным возбуждением, агрессией; исходная фаза, сопровождающаяся глубоким сном.

440. Правильный ответ 2. Бред. Бредовые идеи не поддаются коррекции и болезненно искаженно отражают окружающую действительность. Бред встречается при многих психических заболеваниях.

441. Правильный ответ 2. Бред величия. Болезненное преувеличение собственных психологических и физиологических возможностей. Встречается при шизофрении, прогрессивном параличе, маниакальном состоянии.

442. Правильный ответ 2. Индуцированный бред. Данное расстройство возникает у человека, если содержание индуцированного бреда является правдоподобным, имеется относительно низкий интеллект индуцируемого и в то же время большая интеллектуальная способность индуктора при наличии психотравмирующих ситуаций.

443. Правильный ответ 1. Ипохондрический бред. Ипохондрический бред характеризуется наличием со стороны пациента множественных жалоб соматического характера, как правило, не подтверждающихся объективными исследованиями. Ипохондрический бред в сочетании с депрессией может доходить до выраженной абсурдности, нелепости («я мешок, наполненный гноем... в сосудах течет гной, сердце упало в желудок и переварилось...») – синдром Котара.

444. Правильный ответ 4. Бред преследования. Называют его также персикаторный бред; проявляется крайне разнообразными переживаниями (бред физического воздействия, бред отравления, бред ревности и др.). На фоне бредовых переживаний появляются галлюцинаторные расстройства, что усугубляет бредовые переживания.

445. Правильный ответ 5. Симптом Верагута. Описание данного симптома приведено в задаваемом вопросе.

446. Правильный ответ 4. Вербигерация – ритмичное повторение какого-либо слова или словосочетания, нередко сходных по звучанию слогов. Например, ...меня провалят на экзаменах, расскажу Вам про Ваню. Нанизывание сходных по звучанию слов, как правило, является бессмысленным.

447. Правильный ответ 2. Галлюцинации. Без реальных объектов чувственно ясное восприятие предметов или явлений окружающей действительности. Воспринимаемые галлюцинаторные образы отсутствуют в окружающей среде. Галлюцинации бывают крайне разнообразными и проявляются со стороны всех органов чувств: слуховые, зрительные, обонятельные, тактильные и др.

448. Правильный ответ 3. Галлюцинации. Расстройства по содержанию могут быть разнообразными, проявляющимися в виде голосов мужских и женских, монологов, окликов. Встречаются псевдогаллюцинации – пациент ощущает голоса внутри собственного тела.

449. Правильный ответ 2. Вкусовые галлюцинации. Объяснение изложено в заданном вопросе.

450. Правильный ответ 4. Гипногигические галлюцинации. Они проявляются в виде окликов, вспышек света, неясного шума, треска и т. д. Признаком психического заболевания не являются.

451. Правильный ответ 2. Гипнопомпические галлюцинации. Возникают в процессе просыпания человека (в виде шума, треска, окликов и т. д.). Относятся к простым галлюцинациям и не являются основными показателями психического заболевания.

452. Правильный ответ 1. Обонятельные галлюцинации. Пациенты ощущают мнимые запахи керосина, трупного, отбросов, гнилого мяса и т. д. Как правило, обонятельных галлюцинаций с приятным запахом не бывает. Наличие обонятельных галлюцинаций может служить дополнительным признаком эндогенного процесса.

453. Правильный ответ 2. Тактильные галлюцинации. Проявляются в ощущении ползания под кожей насекомых, червей, мурашек. Подобные расстройства могут сопровождаться интенсивным зудом, жжением. На коже пациентов отмечаются множественные следы расчесов.

454. Правильный ответ 1. Функциональные галлюцинации. Возникают при многих психических заболеваниях (шизофрении, алкогольных психозах, предстарческих и старческих расстройствах и др.). Галлюцинации появляются на фоне внешнего раздражителя (стук колес, звук капель, падающих из крана, тиканья часов).

455. Правильный ответ 1. Экстракампинные. Зрительные галлюцинации с проекцией образов вне поля зрения.

456. Правильный ответ 3. Геронтофилия. Сексуальное влечение к лицам пожилого и старческого возраста.

457. Правильный ответ 3. Гипермнезия. Болезненное усиление памяти наблюдается при маниакальном синдроме, который может быть при шизофрении, травмирующей болезни, аффективных расстройствах, сифилитическом поражении мозга.

458. Правильный ответ 3. Гипомания. Расстройство проявляется при различных психических заболеваниях, связанных с наличием умеренно выраженного маниакального синдрома.

459. Правильный ответ 1. Гипомнезия. Симптом характеризуется постепенным прогрессированием заболевания, связанным с развитием органического процесса мозга.

460. Правильный ответ 2. Гомосексуализм. Различают пассивный гомосексуализм и активный. Дифференцировать необходимо с трансвестизмом. Мужчины носят женское белье, красят губы, выводят на лице волосы, носят накладные бедра и др.

461. Правильный ответ 1. Делириозный синдром – наплыв зрительных истинных галлюцинаций. Пациент возбужден, дезориентирован в месте и времени, ориентирован в собственной личности. Делирий встречается чаще всего при хронической алкогольной интоксикации (белая горячка), также при тяжелых инфекционных заболеваниях (инфекционный делирий), при травматических повреждениях головного мозга (травматический делирий), при старческих психозах (сенильный делирий). Делириозный синдром хорошо излечивается назначением дезинтоксикационных средств и психотропных препаратов.

462. Правильный ответ 2. Мусситирующий делирий. Развивается в тяжелых случаях алкогольной интоксикации. Возбуждение ограничивается пределами постели; речь невнятная в виде бормотания. Пациент перебирает пальцами одежду, простыню. Заболевание связано с развитием тяжелых соматических расстройств.

463. Правильный ответ 1. Профессиональный делирий. Относится, как и мусситирующий делирий, к атипичным расстройствам. Пациент, по профессии бухгалтер, во время делирия пытается «проводить» счетные операции; машинистка «имитирует» печатание текста на машинке, музыкант «перебирает» струны гитары и т. д. Заболевание протекает относительно неблагоприятно.

464. Правильный ответ 4. Деменция – приобретенное слабоумие. Наблюдается как результат шизофренического процесса (шизофреническая деменция), заболевания эпилепсией (эпилептическая деменция), при травматическом поражении головного мозга (травматическая деменция), при атеросклеротическом поражении сосудов мозга (сенильная деменция). Необходимо дифференцировать с врожденным слабоумием – олигофренией.

465. Правильный ответ 3. Деперсонализация – нарушение представления пациента о собственной личности. Характерен симптом «двойника», когда пациент воспринимает себя в двух лицах.

466. Правильный ответ 4. Дерееализация. Окружающая действительность пациентом воспринимается как чуждая. Различают два варианта дерееализации – «дежа вю» (ранее виденное) и «жаме вю» (никогда не виденное). В первом случае пациент, находясь в незнакомой обстановке, оценивает ее, как ранее виденную. Во втором случае знакомая обстановка воспринимается как впервые увиденная. Данная патология характерна для органических поражений головного мозга.

467. Правильный ответ 1. Негативная симптоматика. Симптомы заболевания обозначаются как «минус»-симптомы: отсутствие воли, эмоций, памяти и др. Чаще развиваются при шизофрении, травматической болезни, при алкогольной зависимости.

468. Правильный ответ 2. Дипсомания. Запойное пьянство возникает внезапно или после провоцирующих ситуаций; продолжается в течение нескольких дней, подчас круглосуточно и приводит к тяжелым соматическим последствиям и психическим нарушениям. Преодолевать запойное пьянство лучше всего в стационаре, иногда в амбулаторных условиях или на дому. Необходим постоянный контроль терапевта.

469. Правильный ответ 4. Дистморфобия. Боязнь пациента, что отдельные части его тела устроены уродливо, неправильно, например: толстые щеки, несимметричная голова, безобразный нос и т. д. В связи с этим пациент обнаруживает симптом Бехтерева (боязнь чужого взгляда), симптом зеркала (боязнь, что отдельные части тела изуродованы), симптом фотографии (неправильные части тела могут быть зафиксированы на фотографии).

470. Правильный ответ 1. Зоопсии – видения животных, часто наблюдаемые при алкогольной зависимости. Часто сопровождаются наплывом на пациента кажущихся образов тараканов, крыс, мышей, чертей, пауков и т. д. Окраска животных черная, белая, размеры уменьшены.

471. Правильный ответ 3. Бредовые идеи. Болезненные переживания, характеризующиеся развитием идей преследования, отравления, физического воздействия, отношения. Высказывания пациента коррекции не поддаются.

472. Правильный ответ 3. Бредоподобные фантазии. Расстройства связаны с аффективной насыщенностью, стойкие. Возникают на фоне основного, чаще всего эндогенного процесса.

473. Правильный ответ 3. Иллюзии. При иллюзорных расстройствах во внешней среде существуют предметы и явления, однако они воспринимаются в искаженном виде. Например, чай-

ная ложка в стакане с водой выглядит надломленной. Иллюзии могут распространяться на все органы чувств.

474. Правильный ответ 2. Ипохондрия. Несмотря на отсутствие признаков соматического заболевания при объективном обследовании, пациент предъявляет массу жалоб на соматическое неблагополучие.

475. Правильный ответ 1. Истерический синдром. Характеризуется демонстративностью, наивностью, возникновением функциональных парезов и параличей, стремлением привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие окружающих. Истерический синдром встречается при шизофрении (вялотекущий вариант), реактивных состояниях, невротоподобных расстройствах.

476. Правильный ответ 3. Катаlepsия (восковидная гибкость). Развивается при шизофрении, психогенных расстройствах и характеризуется двигательным застыванием органов человека в различном положении по типу восковой свечи.

477. Правильный ответ 2. Клептомания – патологическое влечение к воровству. Пациент понимает направленность своих поступков, однако побороть данное расстройство не в состоянии. Ворует мелкие, вовсе не нужные ему предметы.

478. Правильный ответ 2. Мазохизм. Характеризуется тем, что пациент испытывает половое удовлетворение при нанесении ему физического или морального ущерба.

479. Правильный ответ 2. Меланхолический раптус. Возникает неожиданно на фоне депрессивного состояния. Определяется как взрыв отчаяния со стремлением покончить жизнь самоубийством.

480. Правильный ответ 2. При неясном диагнозе. Психологическое обследование пациента назначается врачом в тех случаях, когда необходимо уточнение диагноза. Относится к параклиническим методам исследования, применяемым в различных психиатрических, наркологических и психоневрологических клиниках. Возможно использование в клиниках общесоматического профиля.

481. Правильный ответ 5. Бред самообвинения. При депрессивном состоянии у пациента появляются болезненные мысли о собственной никчемности, ненужности людям, родным, близким. Возникают мысли о неправильно прожитой жизни, неправильном отношении к окружающим. Появляются суицидальные мысли.

482. Правильный ответ 5. Запор. При депрессии возникает симпатикотонический синдром Протопопова, одним из признаков которого является запор.

483. Правильный ответ 1. При шизофрении – кататоническое состояние. Проявляется напряженностью мускулатуры, восковидной гибкостью или полным мышечным расслаблением. На

фоне кататонического синдрома могут быть бредовые идеи и галлюцинации.

484. Правильный ответ 2. Эндогенная депрессия. Наблюдается классическая картина депрессивного состояния, сопровождающаяся идеями самоуничтожения, самообвинения, ипохондрическими расстройствами (синдром Котара) и как результат подобных переживаний – суицидальные действия.

485. Правильный ответ 5. Болезнь Альцгеймера. Эта болезнь сопровождается дегенеративными изменениями мозга, атрофией мозгового вещества, что наиболее четко выявляется при компьютерной томографии.

486. Правильный ответ 2. Личностный тест. MMPI (Миннесотский многофакторный личностный тест) состоит из 10 базисных шкал, 3 контрольных и 115 дополнительных шкал. MMPI включает 556 вопросов, на которые пациент под наблюдением врача должен дать ответы. В настоящее время применяется компьютерный вариант MMPI, а в Республике Беларусь – СМЛ (стандартизированное многопрофильное исследование личности), которое является аналогом теста MMPI.

487. Правильный ответ 2. Психологическое исследование. Для диагностики уровня умственного развития ребенка необходимо провести психологическое исследование по детским психологическим методикам (метод Векслера, детский вариант, метод Айзенка, метод Равена и др.).

488. Правильный ответ 2. Конверсионные нарушения. Развиваются при отрицательных психогенных воздействиях. Подобные расстройства называют диссоциативными, истероформными, театральными.

489. Правильный ответ 2. Невротическое депрессивное расстройство. Состояние развивается после межличностных конфликтных ситуаций. При исчезновении психогенных воздействий под влиянием психотерапии и транквилизирующих средств наступает выздоровление.

490. Правильный ответ 5. При травматической болезни. Травматическая болезнь протекает в 5 этапов, начиная от астенического симптомокомплекса, затем наступает эксплозивный этап; в последующем – мориоидный, судорожный. Заканчивается травматическая болезнь апатико-абулическим состоянием с деменцией. Все эти нарушения объединяются под общим названием травматической энцефалопатии. Депрессивный синдром при этом заболевании сопровождается эксплозивностью, взрывчатостью, гневливостью.

491. Правильный ответ 3. Симптом Липмана. Данный симптом наблюдается при алкогольном делирии и характеризуется тем, что при надавливании на глазные яблоки галлюцинаторные явления усиливаются при их внушении.

492. Правильный ответ 2. Диагностика личности. Тест Роршаха позволяет получить ценные диагностические данные об особенностях личности испытуемого. Однако при анализе результатов данной продуктивной методики исследователь должен исходить из клинической практики, а не из интерпретационных схем методики Роршаха.

493. Правильный ответ 5. Все перечисленное. При синдроме Дауна наблюдаются: плоская переносица, маленькие уши, короткие пальцы, монголовидные формы лица, увеличение языка и хромосомные аномалии со стороны 21-й пары хромосом (трисомия, транслокация).

494. Правильный ответ 4. Передача возбуждения через синапс осуществляется химическим и электрическим путем.

495. Правильный ответ 2. С синдромом псевдопаркинсонизма. На фоне приема нейролептических препаратов развивается псевдопаркинсонический синдром: общая скованность движений, неусидчивость, неустойчивость, судорожные сокращения мышц (синдром Куленкамппфа – Тарнова). Состояния после приема антипаркинсонических препаратов (паркопан, циклодол и др.).

496. Правильный ответ 2. Полная потеря сознания с полной амнезией. Приступ длится 2–5 мин, после чего пациент находится определенное время в заторможенном состоянии с развитием критического сна.

497. Правильный ответ 4. Реакция протеста является нарушением поведения у детей и подростков.

498. Правильный ответ 1. Демонстративный. Данное расстройство личности может быть оценено как истероформное.

499. Правильный ответ 1. Псевдодеменция. Ложное слабоумие, характеризующееся тем, что пациент не в состоянии отвечать на элементарные вопросы. Ответы нелепы, однако находятся в круте тематики заданного вопроса (в отличие от шизофрении).

500. Правильный ответ 4. Определение тревожного состояния. С помощью методики Спилбергера – Ханина оценивается тревожное состояние. При этом учитывается наличие личностной тревоги и реактивно-тревожного состояния. Тревожные расстройства встречаются при невротических состояниях, психических нарушениях возраста обратного развития и др.

ЛИТЕРАТУРА

Обязательная

Бабаян, Э.А. Учебное пособие по наркологии / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. М., 1981.

Баншиков, В.М. Психиатрия / В.М. Баншиков, Т.А. Невзорова. М., 1969.

Виноградов, Н.В. Лекции по психиатрии / Н.В. Виноградов. Мн., 1963.

Гиляровский, В. А. Психиатрия / В.А. Гиляровский. М., 1954.

Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. М., 1979.

Лакосина, Н.Д. Учебное пособие по медицинской психологии / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. М., 1976.

Матвеев, В.Ф. Учебное пособие по психиатрии / В.Ф. Матвеев. М., 1974.

Невзорова, Т.А. Лекции по психиатрии / Т.А. Невзорова. М., 1976.

Портнов, А.Л. Психиатрия / А.Л. Портнов, Д.Д. Федотов. М., 1971.

Психиатрия / О.В. Кербинов [и др.] М., 1968.

Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. М., 1983. Т. 1, 2.

Судебная психиатрия / под ред. Г.В. Морозова. М., 1965.

Сухарева, Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. М., 1974.

Ушаков, Г.К. Детская психиатрия / Г.К. Ушаков. М., 1973.

Дополнительная

Авруцкий, Г.Я. Лечение психически больных / Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува. М., 1981.

Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. М., 1983.

Бабаян, Э.А. Наркология / Э.А. Бабаян, Н.Х. Гонопольский. М., 1987.

- Балинский, И.М.* Лекции по психиатрии / И.М. Балинский. Л., 1958.
- Бехтерева, Н.П.* Здоровый и больной мозг человека / Н.П. Бехтерева. Л., 1980.
- Блейхер, В.М.* Клиническая патопсихология / В.М. Блейхер. Ташкент, 1976.
- Болдырев, А.И.* Эпилепсия у взрослых / А.И. Болдырев. М., 1964.
- Ганнушкин, П.Б.* Избранные труды / П.В. Ганнушкин. М., 1964.
- Гуревич, М.О.* Учебник по психиатрии / М.О. Гуревич, М.Я. Серейский. М., 1961.
- Гуськов, В.С.* Терминологический словарь психиатра / В.С. Гуськов. М., 1965.
- Десятников, В.Ф.* Скрытая депрессия в практике врача / В.Ф. Десятников, Т.Т. Сорокина. Мн., 1981.
- Жариков, Н.М.* Эпидемиологические исследования в психиатрии / Н.М. Жариков. М., 1977.
- Завилянский, И.Я.* Психиатрический диагноз / И.Я. Завилянский, В.М. Блейхер. Киев, 1979.
- Залеский, Х.С.* История олигофренопедагогики / Х.С. Залеский. М., 1974.
- Зеневич, Г.В.* Ремиссии при шизофрении / Г.В. Зеневич. М., 1964.
- Кабанов, М.М.* Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. Л., 1978.
- Карвасарский, Б.Д.* Неврозы / Б.Д. Карвасарский. М., 1980.
- Кирпиченко, А.А.* Пособие по психиатрии / А.А. Кирпиченко, А.И. Лапицкий, В.С. Федосеенко. Мн., 1976.
- Кирпиченко, А.А.* Психиатрия / А.А. Кирпиченко. Мн., 1996.
- Клиническая психиатрия* / под ред. Г. Груле [и др.] М., 1967.
- Ковалев, В.В.* Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. М., 1979.
- Коркина М.В.* Психиатрия / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко. М., 1995.
- Круглянский, В.Ф.* Психиатрия: история, проблемы, перспективы / В.Ф. Круглянский. Мн., 1979.
- Лакосина, Н.Д.* Клинические варианты невротического развития / Н.Д. Лакосина. М., 1970.
- Леонгард, К.* Акцентуированные личности / пер. с нем. В.М. Лещинской. Киев, 1981.

- Личко, А.Е.* Подростковая психиатрия / А.Е. Личко. Л., 1985.
- Лукомский, И.И.* Маниакально-депрессивный психоз / И.И. Лукомский. М., 1968.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств.* СПб., 1994.
- Морозов, Г.В.* Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения / Г.В. Морозов, А.К. Качаев, Г.Я. Лукачер. М., 1973.
- Морозов, Г.В.* Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии / Г.В. Морозов, Д.Р. Лунц, Н.И. Фелинская. М., 1976.
- Морозов, Г.В.* Нервные и психические болезни с основами медицинской психологии / Г.В. Морозов, В.А. Ромасенко. М., 1976.
- Мягков, И.Ф.* Психотерапия / И.Ф. Мягков. М., 1967.
- Портнов, А.А.* Клиника алкоголизма / А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая. Л., 1973.
- Портнов, А. А.* Психиатрия / А.А. Портнов, Д.Д. Федотов. М., 1971.
- Практический справочник врача-психиатра / под ред. Г.Л. Воронкова, А.Е. Видренко.* Киев, 1981.
- Пятницкая, И.Н.* Клиническая наркология / И.Н. Пятницкая. Л., 1975.
- Рахальский, Ю.Е.* Лекции по психиатрии / Ю.Е. Рахальский. Оренбург, 1967.
- Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова.* М., 1988.
- Руководство по судебной психиатрии / под ред. Г.В. Морозова.* М., 1977. Т. 1,2.
- Саарма, Ю.М.* Кортикальная динамика и лечение больных шизофренией / Ю.М. Саарма. Таллин, 1970.
- Саарма, Ю.М.* Шизофрения / Ю.М. Саарма. Таллин, 1974.
- Свядош, А.М.* Неврозы / А.М. Свядош. М., 1982.
- Справочник по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского.* М., 1974.
- Стрельчук, И.В.* Острая и хроническая интоксикация алкоголем / И.В. Стрельчук. М., 1973.
- Судебная психиатрия / под ред. А.В. Снежневского.* М., 1985.
- Ураков, И.Р.* Хронический алкоголизм / И.Р. Ураков, В.В. Куликов. М., 1977.

Учебное пособие по наркологии для студентов медицинских институтов / под ред. В. Позняк. Мн., 1997.

Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. М., 1978.

Филатов, А.Т. Аутогенная тренировка / А.Т. Филатов. Киев, 1979.

Харди, И. Врач, сестра, больной (психология работы с больными) / И. Харди. Будапешт, 1981.

Чудновский, В.С. Основные принципы и методы изучения центральной нервной системы при психических заболеваниях / В.С. Чудновский, Д.М. Менделевич, И.Х. Галимов. Казань, 1979.

Чудновский, В.С. Сборник задач по дифференциальному диагнозу психических болезней с элементами программирования / В.С. Чудновский, Л.Д. Никольская, А.К. Сайфулина. Казань, 1973.

Шагас, Ч. Вызванные потенциалы мозга в норме и патологии / Ч. Шагас. М., 1975.

Штерева, Л. В. Клиника и лечение алкоголизма / Л.В. Штерева. Л., 1980.

Штернберг, Э.Я. Геронтологическая психиатрия / Э.Я. Штернберг. М., 1977.

Энтин, Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи / Г.М. Энтин. М., 1979.

Этика практической психиатрии / под ред. В.А. Тихоненко. М., 1996.

Якубик, А. Истерия / А. Якубик. М., 1982.

Bililewicz, T. Psychiatria cliniczna. Warszawa, 1979.

Diagnostic and statistical manual mental disorders. Washington, 1995.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов	3
Раздел 1. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ	7
Глава 1. Основы профессиональной этики и деонтологии в психиатрии	7
Глава 2. Психиатрия как наука	21
Раздел 2. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ	26
Глава 3. Общая психопатология и симптоматика психических заболеваний.	26
Расстройства восприятия	26
Расстройства мышления	34
Нарушения памяти	44
Нарушения эмоциональной сферы	48
Расстройства внимания	53
Волевые расстройства	53
Нарушения сознания	54
Глава 4. Основные психопатологические синдромы	55
Неврозоподобные синдромы	56
Синдромы расстройства сознания	57
Бредовые синдромы	62
Синдромы эмоциональных нарушений	67
Синдромы двигательно-волевых нарушений	69
Синдромы интеллектуально-мнестических расстройств	71
Глава 5. Основы исследования, лечения и классификации психических расстройств	73
Методы исследования	73
Лечение психически больных	87
Классификация психических расстройств	114
Перечень диагностических рубрик МКБ-10	117

<i>Глава 6. Тест-задания по общей психопатологии</i>	131
Расстройства восприятия	131
Расстройства мышления	136
Расстройства памяти	141
Нарушения двигательного-волевой сферы	145
Расстройства эмоциональной сферы	149
Интеллектуально-мнестические расстройства	157
Расстройства сознания	161
 Раздел 3. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ	168
<i>Глава 7. Шизофрения</i>	168
<i>Глава 8. Аффективные расстройства</i>	201
<i>Глава 9. Эпилепсия. Эпилептические психозы</i>	212
<i>Глава 10. Органические, включая симптоматические, психические расстройства</i>	227
Психические расстройства при черепно-мозговых травмах	229
Психические нарушения при соматических и инфекционных заболеваниях (симптоматические психозы)	236
Психические расстройства при сифилитическом поражении головного мозга	244
Психические расстройства позднего возраста. Дементные состояния	250
<i>Глава 11. Умственная отсталость (олигофрения)</i>	267
<i>Глава 12. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ</i>	277
<i>Глава 13. Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых</i>	304
<i>Глава 14. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства</i>	317
<i>Глава 15. Тест-задания по клинической психиатрии</i>	331
<i>Глава 16. Контент-аналитические задачи</i>	357
<i>Глава 17. Практические навыки по психиатрии и краткое их описание</i>	375
<i>Глава 18. Скрининг-метод обследования больных с депрессией</i>	384

<i>Глава 19. Скрининг-методы выявления зависимости от психо- активных веществ</i>	389
<i>Глава 20. Тестовые вопросы по психиатрии и наркологии. . . .</i>	393
<i>Приложение 1. Ответы на тест-задания по общей психо- патологии</i>	483
<i>Приложение 2. Ответы на тест-задания по клинической психи- атрии</i>	491
<i>Приложение 3. Ответы к контент-аналитическим задачам . . .</i>	500
<i>Приложение 4. Ответы на тестовые вопросы по психиатрии и наркологии</i>	507
<i>Литература</i>	568

Учебное издание

**Кирпиченко Александр Андреевич
Ладик Борис Борисович
Федосеенко Виталий Сергеевич и др.**

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Учебник

*Редактор В. В. Такушевич
Художественный редактор В. А. Ярошевич
Технический редактор Н. А. Лебедевич
Корректоры В. И. Аверкина, Т. К. Хваль
Компьютерная верстка И. С. Оликсевич*

Подписано в печать 17.02.2005. Формат 84 × 108/32. Бумага типографская № 2.
Офсетная печать. Гарнитура «Школьная». Усл. печ. л. 30,24. Уч.-изд. л. 30,98.
Тираж 3000 экз. Заказ 371.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Вышэйшая школа”».
ЛИ № 02330/0056829 от 02.03.2004. 220048, Минск, проспект Машерова, 11.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство “Белорусский Дом
печати”»». 220013, Минск, проспект Ф. Скорины, 79.

Психиатрия и наркология: учебник / А. А. Кирпиченко [и др.] ; под общ. ред. проф. А. А. Кирпиченко. – Мн.: Выш. шк., 2005. – 574 с.
ISBN 985-06-1022-0.

Состоит из трех разделов. Первый посвящен медицинской этике и деонтологии в психиатрии. Второй содержит информационный материал и тестовые задания по общей психопатологии. В третьем разделе изложены вопросы клинической психиатрии и приведены тестовые задачи различных уровней сложности с ответами. Одна из глав посвящена описанию практических навыков психиатра.

Для студентов медицинских вузов, ординаторов, аспирантов.

УДК 616.89(075.8)
ББК 56.14я73

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ



«Вышэйшая школа»

ISBN 985-06-1022-0



9 799850 610224 >