
БИБЛИОТЕКА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**С.В. ГРЕЧАНЫЙ
А.Б. ИЛЬЧЕВ
В.В. ПОЗДНЯК
А.Г. КОЩАВЦЕВ
В.В. ШИШКОВ
Ю.В. ХУТОРЯНСКАЯ**

ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Санкт-Петербург

Министерство
здравоохранения
Российской Федерации



Санкт-Петербургский
Государственный
Педиатрический
Медицинский
Университет

С.В. ГРЕЧАНЫЙ
А.Б. ИЛЬИЧЕВ
В.В. ПОЗДНЯК
А.Г. КОЩАВЦЕВ
В.В. ШИШКОВ
Ю.В. ХУТОРЯНСКАЯ

ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебное
пособие

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
2020

УДК 616.89-02

ББК 56.14

Ч25

Ч25 Частная психиатрия. Учебное пособие. / С.В. Гречаный, А.Б. Ильичев, В.В. Поздняк, А.Г. Кощавцев, В.В. Шишков, Ю.В. Хуторянская. – СПб.: СПбГПМУ, 2020. – 60 с.

ISBN 978-5-907184-92-3

Учебное пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальностям 31.05.02 «Педиатрия» и 31.05.01 «Лечебное дело». Рассмотрены наиболее важные аспекты клиники, течения и терапии нозологических форм психических и поведенческих расстройств. Изложены принципы профилактики психических расстройств. Приведены клинические примеры основных нарушений. Даны вопросы для самоконтроля.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальностям 31.05.02 «Педиатрия» и 31.05.01 «Лечебное дело».

Рецензенты:

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

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

УДК 616.89-02

ББК 56.14

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

Выпускается при поддержке Фонда научно-образовательных инициатив
«Здоровые дети – будущее страны»

ISBN 978-5-907184-92-3

© СПбГПМУ, 2020

1. ШИЗОФРЕНИЯ

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

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

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

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

В этиопатогенезе заболевания важная роль принадлежит наследственному фактору, определяющему нейродизонтогенез – функциональную недостаточность нервной системы вследствие нарушения ее развития (дифференцировки нейронов, развития функциональных мозговых систем, обмена дофамина, серотонина, глутамата). Нейродизонтогенезу может способствовать действие неспецифических внешних факторов в пренатальном и родовом периоде (вирусные инфекции, интоксикации, стрессовые факторы). Нейродизонтогенез обуславливает функциональную уязвимость организма и психики.

Согласно биопсихосоциальной модели (Циркин С.Ю., 1995, 1998; Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996, 2008; Незнанов Н.Г., 2007), заболевание развивается как последовательная эволюция от уязвимости к психопатологическому диатезу и от диатеза к болезни в результате различных неспецифических стрессорных воздействий. К последним относятся не только «экстремальные» раздражители, но и состояния организма, воздействия окружающей среды, обыденные события и психосоциальные воздействия (которые для лиц с уязвимостью становятся стрессорами).

Уязвимость в биологической или психологической сферах предрасполагает к перенапряжению и истощению адаптационно-компенсаторных ресурсов под действием стрессоров. Вначале возникают неспецифические и неглубокие нарушения адаптационно-компенсаторных ресурсов – проявления *психопатологического диатеза*. Дальнейшее воздействие стрессоров приводит к срыву адаптации – возникает дебют болезни. Функционирование переходит к филогенетически более древним формам (продуктивная симптоматика) либо обедняется (негативная симптоматика).

Клинические проявления

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

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

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

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

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

Прогрессирует обеднение эмоций от апатии до эмоциональной тупости. Нивелировка эмоций, равнодушие к происходящему, холодность превращаются в утрату привязанности и сострадания к близким, исчезновение жизненных планов, заинтересованности в учебе, работе, потребности в общении с друзьями и противоположным полом, равнодушие к тому, что ранее было важным. Никакие события не способны вызвать эмоциональный отклик. Отмечается безразличное выражение лица, «пустой» взгляд, голос без модуляции.

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

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

- Нарушения логической структуры и целенаправленности мышления. При паралогическом мышлении появляются неожиданные умозаключения («Я

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

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

Дополнительные симптомы определяют клиническую форму заболевания. Они не являются обязательными для шизофрении. Большинство из них встречаются при других расстройствах. Однако при шизофрении они приобретают характерные клинические особенности, в связи с наличием схизиса.

Встречаются нарушения поведения, своеобразные навязчивости (ничем не мотивированные, стереотипные, стойкие, с нелепым содержанием), дисморфоманические переживания, атипичные депрессии с постепенным нарастанием деперсонализации или апатии, маниоформные состояния, псевдогаллюцинации, бредовые идеи преследования и величия, кататонические и гебефренические нарушения, онейроидное помрачение сознания.

Некоторые дополнительные симптомы относительно специфичны для шизофрении, так как механизм их развития связан со схизисом. К ним относится психический автоматизм – переживание, что собственные психические процессы (мысли, чувства, действия) не принадлежат себе.

Курт Шнайдер (1959) выделил характерные для шизофрении симптомы первого ранга: звучание мыслей, «голоса», говорящие между собой о больном, комментирующие «голоса», переживания телесного воздействия, отнятие и вкладывание мыслей, открытость мыслей окружающим, бредовое восприятие, различные действия и влияния посторонних в области эмоций, стремлений и желаний.

Основные клинические формы

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

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

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

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

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

Течение

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

Прогредийное течение приводит к развитию *психического дефекта* (лат. *defectus* – отпадение, убывание, недостаток). Дефект проявляется устойчивыми основными симптомами (например, апатоабулическое состояние), приводящими к стойкой социальной дезадаптации и не поддающимися терапии в течение двух лет.

Выделяют три основных типа течения шизофрении.

- При *непрерывно-прогредийном течении* ремиссии отсутствуют. На первый план выходят основные симптомы. По скорости их нарастания различают злокачественное, прогредийное и малопрогредийное течение.

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

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

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

К шизофрении с рекуррентным типом течения примыкает *шизоаффективное расстройство*. Оно характеризуется периодическим развитием острых приступов, в структуре которых присутствует и аффективная, и шизофреническая продуктивная симптоматика. Основные симптомы и проявления дефекта еще менее выраженные, чем при рекуррентной шизофрении. В связи с этим данное заболевание выделено в отдельную рубрику МКБ-10 (F25).

Терапия

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

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

Для поддерживающего (противорецидивного) лечения могут применяться препараты пролонгированного действия (Галоперидол-деканат, Клопиксол-депо, Палиперидона пальмитат и др.), обеспечивающие терапевтическое действие в течение 2–4 недель после в/м введения). Ряд препаратов обладает некоторым действием в отношении негативных симптомов (Суплирид, Оланзапин, Кветиапин, Зипразидон, Сертиндол, Арипипразол).

2. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

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

Э. Крепелин (1899), наряду с ранним слабоумием, выделил самостоятельный маниакально-депрессивный психоз (МДП) – эндогенное психическое заболевание, характеризующееся циркулярным (фазным) течением, проявляющееся маниакальными и депрессивными фазами, разделенными светлыми промежутками (интермиссиями).

Важнейшим признаком МДП является отсутствие изменений личности и психической деградации.

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

Механизмы этиопатогенеза в целом сходны с теми, которые имеются при шизофрении. Играет роль наследственная предрасположенность, определяющая структурную и функциональную слабость нервной системы. В большинст-

ве случаев у кровных родственников имелось либо то же, либо родственные аффективные заболевания. Наследственная отягощенность обнаруживается в более чем 60% случаев.

Течение определяет нозологическую разновидность заболевания.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Специфические витальные нарушения сна – ранние пробуждения.

Характерны идеи самообвинения (виновность перед окружающими), самоуничтожения (несостоятельность, никчемность, бесперспективность существования), ипохондрические идеи (страдание). Их следствием являются суицидные мысли, намерения и действия, в том числе расширенные суициды.

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

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

Дифференциальная диагностика

Заболевание следует дифференцировать с шизофренией с рекуррентным типом течения, при которой развиваются острые приступы с галлюцинациями, бредом, психическими автоматизмами, онейроидно-кататоническими нарушениями. В ремиссиях постепенно развиваются симптомы психического дефекта.

Маниакальную фазу следует дифференцировать с интоксикационными психозами – наличие экзогенного этиологического фактора, чаще атипичная клиническая структура мании, наличие астенических проявлений.

Дифференциальный диагноз депрессивной фазы:

- Инволюционная депрессия – развивается в инволюционном (перименопаузальном) периоде. Эпизод чаще всего однократный, но склонный к затяжному течению. Клиническая структура атипичная – преобладает тревожное возбуждение (ажитированная депрессия). Характерно развитие бреда Котара. К депрессивным идеям могут присоединяться идеи обвинения и осуждения больных окружающими.
- Реактивная депрессия – присутствует триада К. Ясперса, не характерны эндогенные суточные колебания настроения и ранние пробуждения.
- Соматогенные психозы – имеется соматогенный фактор, клиническая структура депрессии атипичная, с наличием анергии, астении.

Лечение аффективных расстройств

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

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

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

При тяжелых или затяжных депрессиях и маниях, резистентных к фармакотерапии, применяют электросудорожную терапию или противорезистентные мероприятия (плазмаферез, иммуномодуляторы, блокаторы кальциевых каналов и др.).

Для профилактики маниакальных и депрессивных используются препараты группы нормотимиков или атипичный антипсихотик (Кветиапин, Оланзапин, Арипипразол). Среди нормотимиков, соли лития и вальпроаты показаны при преобладании в течении заболевания маниакальных фаз, Ламотриджин и Карбамазепин – при преобладании депрессивных фаз. Соли лития обладают относительно большим количеством побочных действий (полиурия, тремор, диспепсия, головные боли, нарушение функции щитовидной железы и др.), необходимо контролировать концентрацию лития в крови (0,6–0,8 ммоль/л в качестве нормотимика, до 0,9–1,2 ммоль/л при лечении мании).

3. ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

К экзогенным относятся психические расстройства психотического и непсихотического уровня, возникающие при инфекциях, интоксикациях, соматических заболеваниях (соматогенные). Патологическое изменение психической деятельности связано с общим истощением и токсикозом продуктами нарушенного обмена.

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

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

Частота астенических состояний в общей популяции, по данным различных исследователей, колеблется от 10% до 45%. По данным врачей общей практики жалобы астенического плана предъявляют до 65% пациентов.

Астенический синдром имеет три формы:

- **Гиперстеническая форма.** Нарушения относительно неглубокие. Преобладают симптомы повышенной возбудимости – эмоциональная лабильность, повышенная отвлекаемость, затруднение засыпания, соматовегетативные расстройства. У детей развивается бессонница (или чередование сонливости и бессонницы), анорексия, головные боли, вегетативная неустойчивость. Восприятия становятся гиперпатическими, раздражающе-неприятными. Больные раздражительные, рассеянные, эмоционально лабильные, капризные, конфликтные. Внимание истощаемое, отвлекаемое. Психическая работоспособность падает, познавательная деятельность быстро пресыщается. Характерны хаотическая гиперактивность, нетерпеливость, непоседливость, постоянное стремление к деятельности, не исчезающее в обстановке, располагающей к отдыху («усталость, не ищущая покоя»). Пациенты могут жаловаться на невозможность «расслабиться».

- **Раздражительная слабость (переходная форма).** Повышенная возбудимость и сочетается с легкой истощаемостью. Наблюдаются резкие колебания работоспособности, неустойчивость настроения. Больной с интересом начинает какую-либо деятельность, но работоспособность быстро падает, наступает вялость. Стремится что-либо сделать, но быстро утомляется, ощущает бессилие. Легко включается в выполнение той или иной задачи, но внимание быстро истощается. Усиливается эмоциональная лабильность: короткая вспышка гнева сменяется слезами, подъем настроения – беспричинным разочарованием, интерес – апатией.

- **Гипостеническая форма.** Обнаруживается вялость побуждений, апатичность. Больные пассивны, медлительны, залеживаются в постели, перестают обслуживать себя. Жалуются на бессилие, чувство разбитости, отсутствие ощущения бодрости, прилива сил после сна. Дети становятся вялыми, апатичными, равнодушными к окружающему и к себе, теряют интерес к играм.

Восприятия становятся гипопатическими, теряется яркость, реальность восприятия окружающего. Мышление замедляется и обедняется. Настроение снижено. Внимание с трудом привлекается и быстро истощается. Выражена утомляемость. Работоспособность снижена. В тяжелых случаях может наблюдаться обеднение сознания с оглушением.

Патофизиологическая основа астении связана с нарушением мозговых процессов возбуждения и торможения (Павлов И.П., 1951; Иванов-Смоленский А.Г., 1952). На начальной (гиперстенической) стадии страдает процесс внутреннего условного торможения (эволюционно наиболее молодой). В клинической картине наблюдаются симптомы повышенной возбудимости. На второй стадии процесс возбуждения ослабляется – реактивность все еще повышена, но быстро истощается. В клинике наблюдается раздражительная слабость. На третьей стадии реактивность коры снижается, преобладает тормозимость. В клинической картине преобладают симптомы снижения активности.

Клинические проявления астенического синдрома постепенно редуцируются по мере соматического выздоровления.

Экзогенные (симптоматические) психозы

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

Согласно **концепции экзогенного типа реакций К. Бонгёффера** (1908, 1917), на различные экзогенные факторы головной мозг отвечает ограниченным числом этиологически неспецифичных реакций.

Иными словами, при различных инфекциях, интоксикациях, соматических заболеваниях клинические проявления экзогенных психозов сходные.

К реакциям экзогенного типа К. Бонгёффер относил:

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

В структуре экзогенных психозов выделяют три периода:

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

двигательная расторможенность). Возможны идеаторные нарушения (подозрительность, ипохондричность), нарушения восприятия (иллюзии, гипнагогические галлюцинации, психосенсорные расстройства, расстройства схемы тела).

2. Клинические проявления острого психотического периода зависят от степени тяжести основного заболевания (инфекции, интоксикации, соматического заболевания).

В случае острого начала и выраженных проявлений психоза возникают различные степени оглушения и типичные синдромы экзогенного типа К. Бонгёффера.

При более медленном воздействии патогенного фактора наблюдаются синдромы, характерные обычно для эндогенных психозов — так называемые «переходные синдромы» Х. Вика: маниакальные, депрессивные, кататонические, параноидные.

3. Период остаточных явлений. Наиболее характерны астенический, амнестический и корсаковский синдромы. Могут наблюдаться «переходные синдромы» (депрессивный, маниакальный, депрессивно-параноидный, галлюцинаторно-бредовой). Возможно затяжное течение психических нарушений.

Исход экзогенного психоза варьирует от полного выздоровления (в типичном случае) до формирования органического поражения головного мозга со стойким психоорганическим синдромом.

Дифференциальная диагностика экзогенного психоза проводится с экзогенно спровоцированным дебютом эндогенного заболевания. При шизофрении отсутствует параллелизм между тяжестью соматических и психических расстройств, а также обязательно появляются основные шизофренические симптомы и характерные изменения личности.

Лечение складывается из терапии основного заболевания и психотических проявлений. Принцип лечения последних: сочетание дезинтоксикационных, общеукрепляющих и мягко стимулирующих средств (инфузионная терапия, инъекции витаминов и др.). Все это может сочетаться с седативными и снотворными средствами, малыми транквилизаторами во второй половине дня. Для устранения галлюцинаторно-бредовых симптомов назначают нейролептики (Галоперидол и др.) в небольших дозах.

Учитывая вторичный и преходящий характер нервно-психических расстройств, их *профилактика* основывается на принципах общего оздоровления и закаливания детей, противоэпидемических мероприятиях. Наряду с лечением соматических и инфекционных заболеваний необходимо раннее (еще до появления выраженных нервно-психических расстройств) начало дезинтоксикационной и общеукрепляюще-стимулирующей терапии в сочетании с успокаивающими и транквилизирующими средствами. Эта же терапия в сочетании с психогигиеническими и семейно-терапевтическими мероприятиями должна продолжаться в резидуальном периоде.

4. ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

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

Наиболее часто психические нарушения встречаются при:

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

Психические расстройства при черепно-мозговой травме

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

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

- Для начального периода типично обеднение сознания. При легкой и среднетяжелой травме отмечается оглушенность (обнубиляция, сомноленция), при тяжелой – состояния выключенного сознания (сопор, кома).

- В остром периоде отмечается астения, нарушения памяти. Могут возникать травматические психозы (помрачения сознания, галлюциноз, корсаковский синдром), пароксизмальные нарушения.

- Подострый период характеризуется астеническими и соматовегетативными проявлениями (головокружение, тошнота, потливость, тахикардия) и неврологическими нарушениями (нистагм, тремор, нарушения координации движений). Возможны расстройства настроения, амнестические нарушения. При дополнительном воздействии экзогенных факторов могут развиваться острые психозы с синдромами экзогенного типа). В ряде случаев развиваются затяжные психические расстройства (аффективные, бредовые), склонные к самостоятельному течению.

- Клинические проявления отдаленного периода зависят от тяжести травмы. Более легким вариантом является посттравматическая церебрастения (утомляемость, истощаемость внимания, трудность запоминания, непереносимость психического напряжения, раздражительная слабость, головные боли, нарушения сна). Могут развиваться неврозоподобные нарушения, психопатоподобные изменения личности. В более тяжелых случаях формируется стойкий психоорганический синдром. В тяжелых – посттравматическая деменция, корсаковский синдром, эпилептиформные припадки. Психозы отдаленного перио-

да отличаются преобладанием нарушений восприятия (психосенсорные расстройства, однотипные истинные галлюцинации), парамнезий (конфабуляции), аффективных нарушений (эйфория, тревога).

Психические расстройства при мозговых инфекциях

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

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

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

Психические расстройства при ВИЧ-инфекции (СПИД)

Механизм, посредством которого ВИЧ-инфекция ЦНС приводит к слабоумию, является многофакторным. Иммуногистохимические исследования показывают, что вирус располагается в базальных ганглиях, подкорковых областях и лобной коре. Патологические изменения при вскрытии также преимущественно субкортикальные, включая глубокие серые (базальные ганглии, таламус) и ряд областей белого вещества. На КТ выявляется диффузная атрофия коры, расширение желудочков. T2-взвешенная МРТ регистрирует расширение желудочков, большие области гиперинтенсивного сигнала в подкорковом белом веществе обеих лобных долей.

У женщин с ВИЧ может быть более быстрое прогрессирование психопатологических симптомов. Пожилой возраст связан с быстрым прогрессированием деменции. Распространенность когнитивных расстройств у ВИЧ-инфицированных старше 50 лет значительно выше, чем у более молодых.

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

С ВИЧ-инфекцией связано три психопатологических синдрома:

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

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

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

Психические расстройства при сифилисе

Риск нейросифилиса в два раза выше у мужчин. Наиболее часто больной инфицируется в ранние годы половой жизни. Лишь спустя десятилетия болезнь проявляется клинически. Если сифилису сопутствует ВИЧ / СПИД, то пациенты имеют необычные проявления, медленнее реагируют на антибиотикотерапию и умирают раньше. Сифилисная инфекция может увеличить вирусную нагрузку ВИЧ, снизить количество клеток CD4⁺ у ВИЧ-инфицированных, что, в свою очередь, ускоряет прогрессирование заболевания ВИЧ и усиливает симптоматику.

В основе клиники и патогенеза нейросифилиса лежат два процесса:

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

Классификация сифилиса мозга Эмиля Крепелина:

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

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

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

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

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

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

Прогрессивный паралич

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

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

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

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

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

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

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

Формы болезни: дементная, депрессивная (начало с тревожных расстройств, ипохондрический бред), экспансивная (нелепый, бессмысленный бред величия с необыкновенными планами), ажитированная (нелепый бред величия с нарастающим возбуждением).

Первичные дегенеративные (атрофические) заболевания характеризуются нарастающей необратимой атрофией коры головного мозга, приводят к деменции. Клинические проявления зависят от локализации процесса.

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

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

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

На заключительном этапе болезни деменция становится тотальной. Больные не могут выполнять завершённые целенаправленные движения. Не узнают окружающих, себя в зеркале, не определяют пространственные отношения предметов. Сенсорная афазия тотальная, с нарушениями словообразования, речевыми автоматизмами (логоклониями, палилалиями). Возникают грубые неврологические нарушения (простейшие ритмичные движения, парезы, симптомы хватательного и орального автоматизма, судорожные припадки).

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

Заболевание начинается в возрасте 65–85 лет и характеризуется, по сравнению с болезнью Альцгеймера, более глубоким распадом психики. Характерна тотальная деменция амнестического типа.

На раннем этапе преобладает амнезия. Теряется способность к абстрагированию, интегративной интеллектуальной деятельности, критика к состоянию. С самого начала развиваются изменения личности – огрубление личности, снижение интересов, ригидность, эгоцентризм, стереотипизация личностных проявлений. Возможна расторможенность влечений (гиперсексуальность, прожорливость, склонность к бродяжничеству, собиранию хлама). Могут развиваться отрывочные маломасштабные бредовые идеи ущерба, мелкого притеснения.

На этапе умеренно выраженной деменции тотальная амнезия (по закону Рибо) сочетается с амнестической дезориентировкой со «сдвигом ситуации в прошлое», нередко с повышенной активностью, разговорчивостью, эйфорией. Дольше, чем при болезни Альцгеймера, сохраняется речевая активность и моторный праксис.

На этапе выраженной деменции развивается грубая агнозия, конструктивная апраксия. Больные почти не способны к суждениям, умозаключениям, не могут решить простые задачи, становятся беспомощными. Возможна «мнимая беседа» – внешние автоматизированные проявления беседы при непонимании содержания высказываний собеседника. Часто нарушается ритм сон-бодрствование, становятся более частыми эпизоды ночной спутанности с беспокоемством, суетливостью («сборы в дорогу»). В конечной стадии наблюдается психический маразм.

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

На раннем этапе преобладают изменения личности, нарушения речи. Относительно сохранены память, ориентировка, автоматизированная деятельность (счет). При преимущественном поражении лобных долей наблюдается бездеятельность, вялость, апатия и безразличие, снижение побуждений до аспонтанности, притупление эмоций, оскудение психической, речевой и двигательной активности. При локализации начальной атрофии в орбитальной (базальной) коре развиваются явления псевдопаралитического синдрома: утрата чувства дистанции, такта, нарушение нравственных установок, расторможенность влечений, грубые нарушения понятийного мышления, эйфория, экспансивность, нередко импульсивность. У трети пациентов с фронтотемпоральной деменцией отмечается семантическая деменция, потеря семантической памяти. Фиксационная амнезия не отмечается. Наблюдаются трудности подбора слов с определенной начальной буквы, нарушение понимания содержания слов, идентификации объектов, семантические парафазии (зебра).

На дальнейших этапах развивается тотальная деменция с оскудением всех видов психической деятельности (пассивность, бездеятельность, разрушение памяти). При преимущественной атрофии лобных долей наблюдается снижение речевой активности до ее полного отсутствия (аспонтанность речи). При поражении лобно-височной области снижение речевой активности сочетается с амнестической и сенсорной афазией.

Наблюдается эхолалия. По мере распада речи нарастают речевые стереотипии («стоячие обороты», симптом граммофонной пластинки), которые на поздних этапах могут быть единственным проявлением речевой деятельности.

В исходе развивается тотальный распад речи, действий, узнавания, состояние маразма, полная беспомощность.

Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга

Наблюдается типичная динамика психических нарушений:

- Для начальной стадии характерны проявления астенического синдрома: утомляемость, рассеянность, истощаемость внимания, снижение работоспособности. Особенностью сосудистой астении являются выраженная эмоциональная и вегетативная лабильность, ипохондричность, бессонница. Нарушения внимания и памяти особенно заметны при утомлении. Другим проявлением начальной стадии является заострение преморбидных черт характера (недоверчивые становятся подозрительными, экономные – скупыми). Могут развиваться симпато-адреналовые кризы (внезапно возникает тахикардия, боли в грудной клетке, ощущение перебоев в работе сердца, резкий подъем артериального давления, головные боли, озноб, дрожь, учащенное мочеиспускание, выраженный страх смерти).

- На второй стадии формируется психоорганический синдром. Больные торпидные, застревают на мелочах, снижается сообразительность. Отмечаются

трудности запоминания (имен, дат). К нарушениям памяти имеется критика – пытаются с ними бороться, делают записи для памяти. Выражена эмоциональная лабильность – чрезмерно обидчивы, легко плачут при огорчении, тут же легко успокаиваются, умиляются и т.д. Характерна нивелировка индивидуальных особенностей личности. Преобладают эгоцентризм, сужение круга интересов, эмоциональная черствость, ворчливость, подозрительность.

Возможно развитие сосудистых психозов. Острые психозы возникают в связи с инсультом или преходящим нарушением мозгового кровообращения. Отмечается оглушение, делириозное или аментивное помрачение сознания. Тенденция к подострому течению характерна для галлюциноза, параноида, корсаковского психоза.

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

5. ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия – нервно-психическое заболевание, проявляющееся повторными судорожными или бессудорожными пароксизмами, имеющее прогрессивное течение и приводящее к нарастающим изменениям личности или специфическому эпилептическому слабоумию.

Распространенность достигает 4–5 больных на 1000 населения.

В происхождении эпилепсии существенна роль как предрасположения в виде «судорожной готовности», так и экзогенных вредностей. Под «судорожной готовностью» понимается не только наследственная отягощенность (у разнояйцевых близнецов конкордантность по эпилепсии 3,1%, а у однояйцевых – 66,6%), но и целый комплекс патофизиологических и биохимических изменений, нарушающих регуляцию гомеостаза и меняющих реактивность на внешние стимулы (низкий порог судорожной возбудимости гиппокампадно-лимбической системы, ацидоз и гидрофильность тканей с нарушениями водно-солевого обмена, пониженная концентрация в мозге ГАМК, ваготония и др.). Все это приводит к созданию «особых свойств инертности и взрывчатости нервных процессов с периодичностью функционирования, застойных очагов возбуждения» (И.П. Павлов).

Общая классификация припадков:

I. Судорожные

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

II. Бессудорожные

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

Изменения личности при эпилепсии

Характерна вязкость (торпидность) психических процессов и эгоцентризм.

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

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

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

Течение заболевания характеризуется разной степенью прогрессивности в отношении нарастания изменений личности.

С.С. Мнухин разработал клинико-физиологическую классификацию, основанную на принципе соотношения глубины торможения психики во время припадка с инертностью послеприпадного торможения. Это дает возможность установить прогноз у каждого больного, опираясь на анализ структуры пароксизмов и оценку послеприпадного состояния (таблица 1).

Клинико-физиологическая классификация форм эпилепсии

Симптомы	Доброкачественная форма	Злокачественная форма
Аура	Дифференцированные комплексы «страшно» и «непонятно»	Примитивные комплексы «худо» (реже «страшно»)
Припадки	«Выразительные», отражающие филогенетические позднее сформировавшиеся реакции и инстинкты	«Примитивные», отражающие филогенетические древние самозащитные реакции
Помрачение сознания в припадке	Поверхностное	Глубокое
Послеприпадочное состояние	Нет оглушения или расстройств настроения, самочувствие и работоспособность не нарушены	Длительное послеприпадочное оглушение, сумеречное состояние или дисфория, нарушение самочувствия (вялость, раздражительность, головные боли, неработоспособность)
Послеприпадочная амнезия	Нет	Есть
Эпилептическое слабоумие	Медленно прогрессирует. Выражается нерезким замедлением мышления и его обстоятельностью, нерезким диффузным ослаблением памяти. В характере преобладает педантичность, аккуратность, угодливость. Внимание концентрированное, инертное	Катастрофически нарастает. Поражаются преимущественно «предпосылки» интеллекта: расстраивается точность восприятия, грубо нарушается память на прошлое и запоминание текущего, резко истощается внимание. Мышление сугубо конкретное, с персеверациями. Резко истощается работоспособность. Характер грубо патологический

Эпилептические психозы возникают у 2–5% больных эпилепсией.

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

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

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

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

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

Для купирования острых психозов применяют нейролептики с седативным эффектом (Хлорпромазин, Левомепромазин, Кветиапин, Оланзапин). При хронических психозах назначают средства с преобладающим воздействием на продуктивную психотическую симптоматику (Рisperидон, Трифлуоперазин, Галоперидол).

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

Таблица 2

Купирование эпилептического статуса

№ мероприятия	Средство	Путь введения	Доза
1	- Хлоралгидрат 2% р-р - Глюкоза 40% р-р - Оксалидин 2% р-р	клизма в/в в/м	30–50 мл 20 мл 0,5 мл
2	- Амитал натрия 5% р-р - Сульфат магнезии 25% и Глюкоза 40% р-р	в/м в/в в одном шприце	5 мл 5 мл 15 мл
3	Седуксен 0,5% р-р и Маннитол 10% р-р	в/в медленно в одном шприце	2 мл 5 мл/кг веса
4	- Оксибутират натрия 20% р-р - Сульфат магнезии 20% р-р	в/в медленно в/м	0,5 мл/кг веса 5 мл
5	Спинномозговая пункция	Вывести	5–10 мл ликвора
6	Гексенал 5% р-р	в/м	0,5 мл/кг веса

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

6. НЕВРОЗЫ

Невроз – функциональное расстройство нервной системы, характеризующееся разнообразными соматовегетативными и эмоциональными нарушениями. Невроз – психогенное заболевание, связанное с нарушением системы отношений пациента к себе, к окружающим, к мнению окружающих о себе (Мясищев В.Н., 1960).

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

В диагностике неврозов имеется ряд принципов:

- Невроз связан с неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить психотравмирующую ситуацию.
- Появление и течение невроза связано переживаниями личности, наблюдается соответствие между динамикой состояния больного и изменениями психотравмирующей ситуации.
- Содержание невротических симптомов связано с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности (аффективная реакция, патологическая фиксация тех или иных ее переживаний).
- При неврозе более эффективна психотерапия, по сравнению с биологическими методами воздействия. Психотерапия при этих состояниях представляет собой систему специальных регулирующих воздействий на психику и через психику на весь организм человека, применяемую с лечебной целью.

Для невроза характерно:

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

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

Чаще всего конфликт обуславливает неудовлетворение потребностей: адекватной социальной оценки (трудовой деятельности и личных достоинств); любовно-эротические; дружественного общения; самовыражения и самоутверждения и др.

К **общим неврозам** относятся неврастения, невроз навязчивых состояний, истерический невроз. В их клинической картине преобладают эмоцио-

нальные расстройства – страх, тревога, раздражительность, эмоциональная лабильность и др. Разновидностями указанных неврозов являются ипохондрический невроз, фобический невроз, невротическая депрессия. Общие неврозы формируются, как правило, в молодом и зрелом возрасте.

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

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

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

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

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

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

Истерический невроз в настоящее время носит название «Диссоциативное и конверсионное расстройство». Проявляется разнообразными нарушениями – соматовегетативными, двигательными, чувствительными, эмоциональными, возникающими в связи с психотравмирующими факторами. Предрасполагающими факторами формирования истерического невроза являются такие особенности личности, как эгоцентризм, демонстративность, повышенный уровень притязаний, жажда безусловного признания, эмоциональная незрелость. Характерен внутриличностный невротический конфликт между желаемым и реально достижимым. Симптомы возникают по механизмам диссоциации (отщепления, вытеснения) и конверсии (превращения), соответствуют принципу «условной желательности» – их наличие избавляет пациента от необходимости сталкиваться с психотравмирующим фактором.

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

В отличие от эпилептического, при истерическом припадке сознание не утрачено, а сужено – больные реагируют на избирательные раздражители. Движения в момент припадка отличаются выразительностью и демонстративностью («истерическая дуга», «клоунизм» Шарко).

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

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

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

К системным неврозам относятся невротическое заикание, тики, страхи, расстройства сна и аппетита, энурез, энкопрез, патологические привычные действия (сосание пальца, раскачивание, выдергивание волос и др.).

Системные неврозы более характерны для детского и подросткового возраста. У взрослых диагностируют соматоформные расстройства.

Лечение неврозов

Основным патогенетическим методом лечения невроза является психотерапия, направленная на работу с личностью пациента (отказ от дезадаптивных

невротических установок, выработка эффективных способов преодоления конфликта).

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

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

7. СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

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

Особая роль в развитии соматоформных расстройств принадлежит вредностям и слабости регуляции вегетативной нервной системы. Психогенные висцеро-вегетативные нарушения представляют собой сложные симптомокомплексы при общих неврозах (Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф., 1988).

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

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

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

В рамках психовегетативной дисфункции наблюдаются общие симптомы (снижение настроения, ощущение беспричинной тревоги, быстрая утомляемость, нарушение внимания, памяти, эмоциональная лабильность, вспыльчивость, раздражительность, обидчивость, повышенная конфликтность, нарушения сна, чувство разбитости по утрам и т.п.), разнообразные вегетативные проявления (побледнение или гиперемия кожи, тремор, гипергидроз, тахикардия, повышение или понижение артериального давления, неприятные ощущения в

области сердца (нередко ощущаемые как аритмии), различные алгические симптомы, функциональные нарушения внутренних органов и т.п.). Часто возникают симпато-адреналовые, ваго-инсулярные или смешанные кризы. В структуре кризов отмечаются страх, тревога, эмоциональная подавленность.

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

Нередко больным с соматоформными расстройствами устанавливаются «мягкие» соматические диагнозы («дисбактериоз», «дискинезия желчевыводящих путей» и др.), что уводит в сторону от установления психосоматических связей, приводит к длительному назначению медикаментов и бессмысленным диетическим рекомендациям, хронизируя психосоматическое расстройство.

Психосоматические (функциональные) расстройства сердечно-сосудистой системы проявляются нейроциркуляторной дистонией (НЦД) – вариантом вегетососудистой дистонии (ВСД). В одних случаях преобладает повышение, в других – понижение артериального давления, в третьих – нарушается регуляция деятельности сердца. Могут быть формы с сочетанием сосудистых и сердечных расстройств.

- Частота гипертонических состояний у детей колеблется в широких пределах, в пре- и пубертатном возрасте – 10–15% (Юрьев В.В., 1999). Нередко требования родителей добиться успехов (в учебе, спорте), предъявляемые без учета возможностей ребенка, приводят к тому, что он, не справляясь, переживает свою несостоятельность, боится огорчить родителей или опасается их гнева. На занятиях, стремясь оказаться на первом месте, вступает в конфронтацию со сверстниками и учителями. Это формирует конфликтную ситуацию, являющуюся стрессом.

Почти у 90% пациентов с пограничной артериальной гипертензией при обследовании не находят никаких лежащих в ее основе патологических изменений, в том числе почечных, эндокринных и неврологических.

Артериальная гипертензия начинается в ситуациях хронического напряженного ожидания (Grace W., Graham D., 1952). Типичные высказывания пациентов с артериальной гипертензией: «Я должен быть готов ко всему», «Я такой, что принимаю на себя все трудности», «Никто меня не удержит, я готов на все». Провоцирующими ситуациями также бывают длительные состояния страха, хроническая нехватка времени и нарастающее внутреннее напряжение.

Тахикардия нередко вызывается экстракардиальными причинами. Расстройства сердечного ритма неизбежно сопровождаются мучительным страхом смерти, который усугубляет тяжесть расстройств сердечного ритма и препятствует их купированию. Ощущение сердцебиений при неврастении часто не сопровождается какими-либо объективными изменениями ЭКГ и пульса. Болезненные ощущения в прекардиальной области, возникающие на фоне эмоцио-

нального напряжения и астении у лиц не старше 40 лет с нормальными коронарными артериями, могут полностью имитировать симптомы классической стенокардии. Экстрасистолы могут усиливаться при эмоциональном напряжении, что, в свою очередь, приводит к повышенной мнительности и ипохондрической фиксации. Предпосылкой для ипохондрических интерпретаций может стать и ощущение нерегулярности сердечных толчков.

Функциональные расстройства кровообращения не являются ранними признаками органического страдания сердца или сосудов – это нарушения центральной регуляции сосудистого тонуса с участием психики субъекта.

- Хроническая патологическая артериальная гипотензия свидетельствует, о стойком снижении жизненного тонуса – соматогенной и психогенной астении, сопровождающейся неизбежной депримированностью пациента. У пациентов обнаруживается астеническое телосложение воспитание в форме доминирующей гиперопеки (48,7%), высокая тревожность (страх смерти, темноты, одиночества), а также сенситивность, неуверенность в себе, застенчивость или напряженность, раздражительность, недовольство окружением, ипохондрическое отношение к болезни.

Как правило, единственной жалобой является привычная головная боль, возникающая обычно после сна, нетяжелой физической либо умственной работы. В ряде случаев она протекает по типу мигрени, сопровождаясь тошнотой и рвотой, снимаясь применением холода или после прогулки. Часто встречаются периодические головокружения, иногда с обморочными состояниями, с повышенной чувствительностью к яркому свету, шуму, также часты при гипотензии.

Психосоматические (функциональные) расстройства желудочно-кишечного тракта встречаются часто: при осмотрах детей в школах и детских садах они выявляются у 25–30% детей (Теребенко Г.М., Ироденко И.А., 1986). У многих больных в детстве имелись признаки невропатии: капризность, раздражительность, упрямство, нарушение сна, снижение аппетита, частые срыгивания, повышенная сенситивность, трудности адаптации в детском коллективе.

- Дисфагия является психогенно обусловленным заболеванием, часто приводит к кахексии вследствие вынужденного ограничения приема пищи, (как правило, твердой). При синдроме комка пациент жалуется на ощущение инородного тела в горле, разрастающегося шара, или как будто кто-то сдавливает горло, или в нем остаются кусочки пищи. Синдром существует независимо от акта глотания, однако, чтобы его устранить, необходимо глотнуть, вследствие чего возникает субъективное затруднение глотания. Многие больные просто испытывают страх перед глотанием, боясь подавиться и задохнуться, как правило, обусловленный предыдущим негативным опытом, но не жалуются на ощущение кома в горле. Они очень медленно маленькими порциями пережевывают пищу, тщательно подготавливаясь к акту глотания, уединяются от людей, стараясь есть только в одиночестве.

- Функциональное расстройство желудка проявляется ощущением переполненности желудка после приема пищи, тошнотой и позывами на рвоту, реже болями. Течение хроническое, жалобы рецидивируют. Типична связь

симптомов с эмоциональным состоянием с четкими указаниями, что именно конфликтные переживания и психофизиологические перегрузки буквально «бьют» по желудку.

- Синдром раздраженного кишечника встречается у 20% населения на протяжении жизни (Drossman D.A., 1994). Пациенты имеют повышенную тревожность, нейротизм, склонность к депрессии и соматизации аффекта, к образованию фобий, враждебность, интрапунитивность.

Психосоматические (функциональные) расстройства дыхательной системы встречаются в 5–10% в популяции (Земцовский Э.В., 1998). Основное проявление – синдром гипервентиляции – внезапно повышающаяся частота дыхания, нарастающая тревогой, ощущение нехватки воздуха с невозможностью вдохнуть или выдохнуть полной грудью. Увеличивается минутный объем дыхания, используется только грудное дыхание. Больные плохо переносят душное помещение, стремятся на свежий воздух. Возможно появление чувства кома в горле, «мурашек» на коже, неприятных ощущений на лице (спазмы верхней губы), в руках и ногах, нестойкости походки. Нередки карпопедальные спазмы (цепенеют руки, становясь похожими на лапки животного). Может возникать страх потери сознания или смерти.

Проявления резко обостряются в ситуациях эмоционального напряжения (экзамен, долгожданная встреча, публичное выступление, транспорт, высота). При сильной выраженности этого синдрома дыхательные нарушения сопровождаются сердцебиением, чувством сжатия или боли в груди. Возможно появление головной боли. Нередко возникает вздутие живота и отрыжка, позывы на мочеиспускание и жидкий стул. Встречаются мышечные подергивания и спазмы. Возможны обмороки. Может формироваться тревожно-ипохондрическая фиксация на функциях дыхания.

Психосоматические (функциональные) расстройства мочеполовой системы чаще всего проявляются резко учащенным мочеиспусканием. Причиной оказывается «нестабильный детрузор», создающий между актами мочеиспускания повышенное давление в мочевом пузыре в ответ на любые (даже очень слабые) раздражители, что выражается клинически поллакиурией, никтурией и недержанием мочи.

При невротических расстройствах развивается преимущественно дневная поллакиурия, при которой пациент испытывает потребность многократно ходить в туалет (иногда до 50–60 раз в день), с незначительными количествами мочи. Императивные позывы могут возникать даже при пустом мочевом пузыре. Действуют не физиологические, а психологические факторы. Позывы могут быть эквивалентом внутриличностных расстройств, никак не связанных с внешними событиями – невроза навязчивости, социофобии. Многие пациенты изучают, где находятся туалеты по пути следования, и посещают их вне связи с позывами к мочеиспусканию.

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

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

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

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

8. РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

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

Характерна триада К. Ясперса:

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

Острые (шоковые) психозы.

Аффективно-шоковые реакции возникают в ситуации сильной и внезапно возникающей психической травмы с непосредственной угрозой для жизни (катастрофа, авария, пожар, террористический акт) или тяжелым потрясением (неожиданное известие). Могут быть причиной паники, опасного поведения при катастрофе. Остро возникают тревога, страх, развивается аффективное сужение сознания с дезориентировкой, последующей амнезией.

Характерны две формы:

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

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

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

Подострые психозы продолжаются недели и месяцы.

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

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

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

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

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

- Истерическое сумеречное помрачение сознания (синдром Ганзера). Возникает остро, проявляется сужением сознания, дезориентировкой, демонстративностью поведения (плач, смех, эпизоды застывания и возбуждения). Характерны «мимо-ответы» (неправильные, но в рамках поставленного вопроса), «мимо-действия» (не может правильно совершить простые действия). Нередко возникают галлюцинации, отражающие психотравмирующую ситуацию. Полного выключения психических реакций (как при аффективно-шоковых психозах) не происходит. По выходе отмечается фрагментарная амнезия.

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

- Пуэрилизм проявляется детским поведением. Называют себя маленькими, просят взять их на руки, играют в куклы. Речь с детскими интонациями.
- Синдром регресса психики («одичания») проявляется более глубоким распадом психики. Больные ползают на четвереньках, перестают пользоваться речью, едят руками.
- Истерический ступор – обездвиженность, мутизм, повышение мышечного тонуса, сужение сознания на фоне эмоционального напряжения. Сохраняется выразительность мимики (угрюмость, страдание, отчаяние). Напоминание о психотравме вызывает выраженную вегетативную реакцию.
- Синдром бредоподобных фантазий характеризуется яркими идеями величия, богатства, особой значимости. Идеи изменчивые, зависят от внешних обстоятельств, связаны с психотравмой (замещают ее в фантастически-гиперболизированной форме).

Затяжные психозы

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

- Длительно сохраняется тот же синдром (однотипный психоз).
- Смена и видоизменение синдромов (трансформирующийся тип) – например, депрессия сменяется псевдодеменцией, затем психомоторной заторможенностью.
- Вялопрогредиентный тип (неблагоприятный) – чаще возникает при сосудистых или травматических поражениях головного мозга, астении. Нарастает психомоторная заторможенность, физическое истощение с трофическими и соматовегетативными нарушениями. Психотравма утрачивает актуальность, симптоматика острого периода становится рудиментарной.

Лечение реактивных психозов

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

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

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

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

Реактивный параноид купируется назначением нейролептиков. При тревоге, растерянности, психомоторном возбуждении показаны седативные препараты (Хлорпромазин, Хлорпротиксен, Клозапин), при подозрительности, недо-

верчивости, бреде преследования – с антипсихотическим действием (Галоперидол, Рисперидон).

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

9. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

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

В прежние годы существовали термины «моральное помешательство» (Причард Дж., 1835), «инстинктивная мономания» (Эскироль Ж., 1838), «психопатия» (Кох Д., 1891). Российский психиатр П.Б. Ганнушкин (1933) дал яркие клинические описания вариантов психопатий («статику»), проанализировал их динамику. Дальнейшие исследования проводили О.В. Кербиков и А.Е. Личко.

Характерна триада критериев П.Б. Ганнушкина – О.В. Кербилова:

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

Формирование расстройств личности во многом зависит от времени поражения ЦНС. Г.Е. Сухарева, считая расстройство личности результатом дизонтогенеза нервной системы, выделила типы задержанного (инфантилизм), искаженного (диспропорционального) и поврежденного развития. Первый тип характеризуется недоразвитием волевой деятельности с патологическим утративанием особенностей детской психики, преобладанием воображения и фантазий, лабильностью эмоций. Он лежит в основе неустойчивого и истерического расстройств личности. При искаженном развитии отставание созревания одних сторон личности сочетается с ускоренным развитием других, что составляет основу гипертимного, шизоидного, психастенического расстройств личности. У детей с поврежденным развитием на ранних этапах онтогенеза развивается дефект психики с грубыми эмоциями, недостаточностью интеллекта, расторможенностью влечений (органическое расстройство личности).

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

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

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

Клинические разновидности расстройств личности

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

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

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

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

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

Истероидное расстройство личности отличается эгоцентризмом, желанием привлечь к себе внимание, отсутствием объективной оценки самого себя. Характерен высокий уровень притязаний, «стремление казаться больше, чем это на самом деле есть». Любят командовать, публично выступать, ревниво относятся к чужим успехам. С целью привлечь к себе внимание часто выдумывают о себе необыкновенные истории, в которых выступают в цен-

тральной роли. Могут прибегать к самооговорам, присваивая себе отрицательные поступки (например, участие в бандах), а также к оговорам, обвиняя в тех или иных поступках окружающих. С потребностью вернуть утраченное внимание определенных лиц связан суицидальный шантаж и демонстративные суициды.

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

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

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

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

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

Динамика расстройств личности связана с компенсацией и декомпенсацией.

В периоде компенсации патологические черты продолжают проявляться, но поведение приобретает форму, дающую возможность приспособиться к условиям жизни. Компенсация может достигаться за счет микросоциального окружения (семейного, трудового) – формирование условий, в которых патологические особенности позволяют приспособиться (уединенный образ жизни для шизоида). Либо с помощью активной выработки механизмов психологической защиты, форм поведения, образа жизни, компенсирующих патологические черты.

Декомпенсация – срыв компенсаторных механизмов с усилением влияния патологических черт, приводящим к дезадаптации индивида.

Декомпенсация может происходить за счет эндогенных факторов – возрастных кризов (подросткового (11–15 лет), юношеского (16–20 лет), инволюционного (45–60 лет) возрастов), фазовой динамики. Примером влияния эндогенных факторов могут быть *психопатические фазы* – аутохтонно возникающие состояния декомпенсации.

Другая причина декомпенсации – внешние средовые факторы. Могут развиваться *психопатические реакции* – значительное усиление патологические особенностей личности с возможным появлением психотических расстройств.

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

Лекарственная терапия проводится непродолжительными курсами, строго индивидуально, определяется клиническими признаками декомпенсации личностных расстройств и типом реакции. В связи с высокой вероятностью развития зависимости, транквилизаторы необходимо назначать с большой осторожностью.

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

10. ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

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

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

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

Таблица 3

Группы психоактивных веществ

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

ПАВ, не отнесенное к списку наркотиков, называется *токсическим*. К наркотикам оно формально не отнесено, т. к. невозможно запретить хранение и пе-

ревозку (алкоголь, табак, средства химии). Тем не менее, они обладают всеми свойствами наркотиков. Часто последствия их употребления более тяжелые, чем наркотиков (токсическое поражение). Патогенетически наркомания и токсикомания часто схожи.

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

Мотивом наркотизации является ряд психологических факторов – стремление удовлетворить любопытство, получить физическое удовольствие, заглушить внутреннее напряжение, повысить творческую продуктивность или погрузиться в атмосферу загадочности, таинственности. Эйфорическое и галлюцинаторное действие наркотика являются, как правило, основными причинами начала и продолжения наркотизации. Механизм ее закрепления связан с положительной оценкой субъективных ощущений, полученных в состоянии наркотического опьянения.

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

Таблица 4

Клиническая картина опиатного опьянения

Фаза	Клинические проявления
1	а) ощущение поднимающейся теплой волны (от поясницы и живота вверх) через 10-30 секунд, сопровождается тактильным ощущением «воздушного покалывания» б) гиперемия лица, сужение зрачков, сухость во рту, зуд кончика носа, подбородка, лба в) ощущение «распирания от радости» в груди, голова становится легкой, появляется чувство прозрения, чувство, что «все вокруг ясное и блестящее» г) двигательная заторможенность, сосредоточенность на телесных ощущениях
2	а) возбуждение сменяется тихим покоем («нирвана»), сопровождающимся ощущением тяжести и тепла в руках и ногах б) исчезновение всех желаний (голод, жажда) и проблем («желание, чтобы только оставили в покое») в) грезоподобные фантазии (визуализированные представления) – «могу услышать любую музыку», могу «заказать» любую мечту г) полная сосредоточенность на внутренних ощущениях, невосприятие внешних раздражителей (только очень сильных)
3	поверхностный сон (2-3 часа)
4	плохое самочувствие, головная боль, беспокойство, тревожность, тошнота, головокружение, мелкий тремор рук, языка, век

Среди психопатологических проявлений центральное место занимает эйфория. Для эйфории при опиатном опьянении характерны ощущение покоя,

блаженства, комфорта, сосредоточенность на внутренних ощущениях, ожидание наркотических эффектов (см. таблицу 4). При употреблении каннабиноидов отмечается неудержимое веселье, радость, сопутствующее изменение восприятия (метаморфозии, расстройства схемы тела), сужение сознания. При опьянении стимуляторами возникает ощущение общего подъема жизненного тонуса, повышенная общительность, говорливость, ускорение мышления, сенсорная гиперпатия. Для употребления кокаина характерно состояние «интеллектуального просветления». При опьянении ЛСД на первом плане расстройства восприятия (синестезии), при использовании холинолитических средств – нарушения сознания (делирий).

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

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

Синдром измененной реактивности включает в себя:

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

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

в) исчезновение защитных реакций, проявляющееся при алкоголизме в утрате защитного рвотного рефлекса, при опиизме – инициального зуда, при барбитуризме и гашишизме – профузного пота при передозировке, икоты, слюноотечения, чувства тошноты, рвоты, головокружения;

г) изменение формы опьянения – постепенно исчезает седативный эффект наркотика: снижается интенсивность эйфории, максимальная доза не вызывает начальной остроты ощущений, а превышение дозы приводит к отравлению с острой вегетативной декомпенсацией. В дальнейшем эйфорический или стимулирующий эффекты исчезают, наркотик действует лишь тонизирующе. При хронической интоксикации алкоголем, барбитуратами, гашишем появляются мнестические нарушения.

Синдром психической зависимости проявляется психическим (обсессивным) влечением – постоянные мысли о наркотике, подъем настроения в предвкушении приема, подавленность и неудовлетворенность в его отсутствии, дос-

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

Синдром физической зависимости складывается из физического влечения и абстинентного синдрома.

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

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

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

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

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

В клинике абстинентного синдрома при *гашишизме* преобладают сенестопатии (ощущения тяжести и сдавления в груди, сжатия в голове, жжения на коже и под кожей, неприятного покалывания, дергания, неопределенных неприятных ощущений во внутренних органах). Это сопровождается эмоциональной лабильностью, плаксивостью, капризностью, тревожным беспокойством.

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

При некоторых *токсикоманиях*, например летучими ароматизированными веществами, абстиненция не развивается.

Опиатный абстинентный синдром

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

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

Течение наркомании включает три стадии.

Первая представляет адаптацию организма к постоянной наркотизации и клинически выражается синдромами измененной реактивности и психической зависимости (например, при опиомании она развивается после 3–5 инъекций героина, 10–15 морфина, 2–3 недели употребления настойки опия, 1 месяца употребления кодеина).

Вторая (развернутая) характеризуется формированием физической зависимости с постоянной потребностью в наркотизации.

Третья характеризуется нарастанием последствий наркотизации, появлением осложнений. На этой стадии отчетливо выступает нравственно-этическая деградация личности. Разрывают семейные отношения, бросают детей, прежних друзей, ведут паразитический образ жизни, совершают противоправные действия.

Стадии опиатной наркомании

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

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

Зависимость от алкоголя (алкоголизм)

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

В происхождении алкоголизма играет роль совокупность внутренних и внешних факторов. К числу первых относится наследственность, характерологические особенности личности. Внешние факторы – раннее приобщение к алкогольным напиткам, воспитание в условиях «алкогольного климата».

Алкогольное опьянение – простое, осложненное и патологическое.

- Простое опьянение. Для легкой степени характерна эйфория, разговорчивость, отвлекаемое внимание, гиперемия лица, тахикардия, повышение аппетита. Средняя степень характеризуется недовольством, раздражительностью, артериальной гипотензией, ознобом, рвотным рефлексом. Специфические проявления – мозжечковая атаксия, дизартрия. Их выявление положено в основу клинической экспертизы опьянения. При тяжелой степени наблюдается на-

рушение сознания (от обнубиляции до комы), судороги, коллапс, нарушение тазовых функций.

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

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

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

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

Клинические проявления зависят от стадии заболевания.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Лечение зависимости от психоактивных веществ

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

Купирование абстинентного синдрома зависит от вида наркомании.

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

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

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

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

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

Лечение зависимости от алкоголя

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

Для терапии продромального периода алкогольного делирия, применяют патогенетическую (детоксикация, нормализация РН крови, улучшение мозгового кровообращения, профилактика отека мозга) и симптоматическую терапию (витамины В1, В6, В12, С, Никотиновая кислота, Фолиевая кислота). Психомоторное возбуждение и нарушения сна купируют раствором Диазепама 0,5% 2–4 мл в/м, в/в или в/в капельно, до 0,06 г в сутки; раствором Феназепама 0,1% 1–4 мл в/м, в/в или в/в капельно, до 0,01 г в сутки. Психотические расстройства при развернутом делирии купируют Галоперидолом 5–10 мг в сутки, Левомепромазином до 50 мг в сутки, Диазепамом до 40 мг в сутки парентерально, Феназепамом до 3 мг в сутки, Лоразепамом по 2 мг в/в, до 6 раз в сутки. При некупирующемся возбуждении, судорожном состоянии применяют барбитураты короткого действия (Тиопентал натрия, Гексенал до 1 г в сутки в/в капельно с постоянным контролем дыхания и кровообращения).

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

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

11. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

К биологической терапии относятся психофармакологическая терапия и немедикаментозные методы.

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

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

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

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

Противотревожным действием обладают Клозапин, Хлорпротиксен.

Активирующим эффектом обладают такие средства, как Сульпирид, Ами-сульпирид, Флупентиксол, Рисперидон, Оланзапин, Кветиапин.

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

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

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

К побочным эффектам нейролептиков относятся:

- Экстрапирамидные расстройства вследствие блокады дофаминовых рецепторов базальных ядер: паркинсоноподобные проявления (гипокинезия, тремор покоя, шаркающая походка, слюнотечение, повышение мышечного тонуса, ригидность мышц); акинезия (бедность активных движений); акатизия (постоянное двигательное беспокойство, суетливость, патологическая неуспокоенность). На фоне длительного приема нейролептиков (более 6 месяцев) может возникнуть поздняя дискинезия – стойкие гиперкинезы, в основном в области лица и головы (жевание, облизывание губ, моргание и т.п.).

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

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

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

Антидепрессанты. Основной эффект – тимоаналептический. Показанием для их использования являются различные по этиологии депрессивные состояния. Принцип назначения – синдромальный. В зависимости от клинической картины депрессии применяются антидепрессанты седативного, стимулирующего или сбалансированного действия (таблица 7).

Побочными эффектами трициклических антидепрессантов являются: нарушение зрения, увеличение внутриглазного давления, сухость кожи и слизистых, сонливость, седация, повышение аппетита, снижение артериального давления рецепторов, аритмии. Тетрациклических – ортостатическая артериальная гипотензия, тахикардия, аритмии, нарушения либидо и потенции; гинекома-

ствия, лейкопения, агранулоцитоз, эозинофилия, локальные или генерализованные отеки, дневная сонливость, сухость слизистых оболочек, усиление аппетита и увеличение массы тела, тремор, угнетение костномозгового кроветворения. Побочные эффекты СИОЗС – со стороны ЦНС: головная боль, головокружение, тревога, «панические атаки», психомоторная заторможенность, усталость, апатия, дистония; со стороны половой системы: эректильная дисфункция, нарушения эякуляции, аноргазмия, снижение либидо; со стороны ЖКТ: тошнота, рвота, усиление перистальтики, диарея, болезненные спазмы.

Таблица 7

Характеристика антидепрессантов

Группа	Препараты	Действие
Трициклические	Амитриптилин Имипрамин Кломипрамин Пипофезин	Седативное Активирующее Сбалансированное Седативное
Тетрациклические	Мапротилин	Сбалансированное
Ингибиторы моноаминнооксидазы	Пирлиндол	Сбалансированное
Антагонисты серотонина и ингибиторы его обратного захвата	Тразодон	Седативное
Норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты	Миртазапин Миансерин	Седативное Седативное
СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина)	Флуоксетин Сертралин Циталопрам Эсциталопрам Пароксетин Флувоксамин	Активирующее Активирующее Активирующее Активирующее Седативное Седативное
СИОЗСН (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина)	Венлафаксин Дулоксетин	Сбалансированное Сбалансированное
Мелатонинергические	Агомелатин	Седативное

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

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

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

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

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

Электросудорожная терапия (ЭСТ) обладает высокой эффективностью в отношении продуктивных психотических нарушений, в том числе резистентных к психофармакотерапии.

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

Основные показания – депрессивные состояния (суицидоопасные, с угрожающим соматическим состоянием, ступорозные, тяжелые психотические), кататонические состояния (при неэффективности терапии безнодиазепинами), резистентные к фармакотерапии маниакальные состояния. При параноидных состояниях положительный эффект оказывается нестойким.

У детей применяется редко, при особой тяжести состояния и абсолютной резистентности к другой терапии (кататонические, кататонно-гебефренные состояния).

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

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

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

Помимо методов стимуляции, используют плазмаферез (детоксикация и иммунокоррекция), лазерное облучение крови (стимуляция), фототерапию, ксенонотерапию, баротерапию, физиотерапию.

12. ПСИХОТЕРАПИЯ

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

Профилактика тех или иных расстройств, улучшение тех или иных функций нормально работающего организма называется психокоррекцией.

Психотерапия воздействует не только на психопатологические нарушения (страх, астению, депрессию, ипохондрию), но и на нейровегетативные и нейросоматические функционально-динамические расстройства систем организма.

Различные направления в психологии дали начало методам психотерапии.

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

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

Одна из методик – систематическая десенсибилизация страхов, например, с помощью рисунков или игр. Пациент прорисовывает или проигрывает ту или иную фобию и тем самым получает «прививку» от нее. Столкнувшись с объектом в реальности, он перестанет испытывать страх. Например, ребенок, боящийся темноты, в игре закрывает в темной комнате поочередно папу, маму, куклу, а потом сам к ним присоединяется, тем самым постепенно преодолевая страх. Среди других техник наиболее известны фединг, имплозия, методика негативного воздействия.

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

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

Когнитивная терапия Аарона Бэка основана на гипотезе, что за психологическими проблемами субъекта, его нарушенным поведением или эмоциями, его пограничными нервно-психическими расстройствами стоят ошибки (иска-

жение) мышления. Терапия направлена на изменение нелогичных или нецелесообразных мыслей и убеждений человека, устранение дисфункциональных стереотипов его мышления и восприятия той или иной жизненной ситуации.

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

Глубинная (личностно-ориентированная) психотерапия направлена на анализ бессознательных причин заболевания (возникающих начиная с раннего возраста), связанных с неадекватным формированием эмоционально-инстинктивной деятельности индивидуума, и их устранение. Проводится как индивидуально, так и в психотерапевтической группе. За рубежом глубинные методы отождествляют с методами, основанными на психоанализе. В отечественной психотерапии широкое распространение получила личностно-реконструктивная патогенетическая психотерапия В.Н. Мясищева, лечебными целями которого являются:

- осознание пациентом причин переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования (начиная с детства), а также условий и особенностей формирования системы отношений к себе, окружающим, их мнению о себе;

- реконструкция способов переживания, восприятия пациентом самого себя и своих взаимоотношений с окружающими.

Групповая психотерапия (С. Кратохвил) использует с терапевтической целью групповую динамику (процесс структурирования социально-психологического развития группы), то есть отношения и взаимодействия членов группы с психотерапевтом и между собой. Одним из основных приемов является групповая дискуссия. Групповая психотерапия особенно показана при трудностях в общении (на работе, в школе, училище, ВУЗе: с коллективом и (или) преподавателями), страхе экзаменов, контрольных работ, устных ответов. Используются различные игры, где основными приемами являются «смена ролей», постановки, тренинги общения и личностного роста.

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

Трансактный (структурный) анализ (Эрик Берн) – социометрическое направление в психотерапии, которое определяет личность как комплекс межличностных отношений. По Берну, состояние «я» любого индивида состоит из трех компонентов: «Я – Родитель» (угрозы, запреты, правила, критика), «Я – Взрослый» (объективная оценка действительности и самого себя), «Я – Ребенок» (эмоциональные реакции и влечения). От соотношения этих компонентов зависит конкретная структура транзакций (единиц общения). Важнейшим видом та-

кой структуры является «игра». В основе метода лежит анализ жизненных игр и моделирование новых игровых ситуаций.

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

Семейная психотерапия представляет собой работу с семейными подсистемами: супружеской, подсистемой мать-ребенок, отец-ребенок, подсистемой сибсов, другими подсистемами. Например, осуществляется работа восстановлению правильных границ семьи.

Нейролингвистическое программирование (НЛП) основано на нейролингвистике – науке, изучающей механизмы речевой деятельности. Для разработки метода Р. Бендлер и Дж. Гриндер использовали технику эриксоновского гипноза, предложенного Милтоном Эриксоном в 1923 году. Метод основан на активном участии пациента в процессе гипнотизации, активной стимуляции его внимания на собственных ощущениях, спонтанных и внушенных двигательных актах. При этом психотерапевт использует технику присоединения к моторике и дыханию пациента, а также особый стиль речи, фиксирующий все происходящее с пациентом и побуждающий его к новым ощущениям и действиям таким образом, чтобы все эти изменения воспринимались им как собственный выбор.

Биологическая обратная связь (БОС-терапия). Основана на том, что не только собственно поведение субъекта, но и многие его автономные нервные процессы также могут подвергаться оперантному обусловливанию. Применяется для выработки самоконтроля над автономными соматическими процессами, например, артериальным давлением, активностью мозга (концентрацией внимания), деятельности желудочно-кишечного тракта, частоты пульса, психогальванической кожной сопротивляемости. С помощью обратной биологической связи пациент приучается модифицировать соматические процессы путем непосредственных обратных предписаний в нужном ему или окружающим направлении.

Гипносуггестивная психотерапия. Природа гипноза до настоящего времени окончательно не выяснена. Гипноз определяют как состояние измененного внимания, которое вызывается искусственно и во время которого наблюдаются определенные феномены; а также как искусственно вызываемое и качественно особое состояние ЦНС, характеризующееся динамическим сужением поля сознания в диапазоне «сон-бодрствование» и формированием раппорта, то есть избирательного эмоционально-вербального контакта между гипнотизируемым и гипнотизирующим.

Показания к гипносуггестии: психорегуляция и психопрофилактика здоровых людей; психорегуляция в спорте и у представителей стрессогенных специ-

альностей (военные, пожарные, сотрудники МЧС, пилоты, авиадиспетчеры, врачи неотложной помощи); лица разного возраста, страдающие неврозами (общими и системными), вегетативными (психовегетативными), психосоматическими расстройствами и заболеваниями; лица с поведенческими расстройствами допсихопатического и непсихотического уровня; школьники с проблемами успеваемости (в составе комплексной терапии); лица с патологическими привычками; лица с нехимическими и химическими аддикциями; болевой синдром нехирургической этиологии; в составе психопрофилактической подготовки к родам.

Противопоказания к гипносу: острые инфекционные и соматические заболевания, требующие неотложной антибактериальной или другой фармакотерапии; психотические расстройства с бредаобразованием; синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо; тяжелые депрессии и любые депрессивные состояния с угрозой суицида; хирургические заболевания, требующие экстренного оперативного лечения, болевой синдром при подозрении на острое хирургическое заболевание. Относительными противопоказаниями являются отрицательное отношение к гипнозу и истероидное расстройство личности.

13. ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний, изучаются в рамках психопрофилактики.

Психическое и соматическое состояние человека взаимосвязаны. Гармоничное психическое функционирование способствует соматическому здоровью и наоборот. Соматические нарушения оказывают влияние на психику, участвуют в формировании экзогенных и экзогенно-органических психических нарушений, препятствуют развитию либо обуславливают атипичность проявлений эндогенных заболеваний.

Задачи психопрофилактики: предотвращение действия на организм и личность болезнетворной причины; предупреждение развития заболевания путем его ранней диагностики и лечения; предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

В психопрофилактике большую роль играют общепрофилактические мероприятия (борьба с инфекционными заболеваниями, интоксикациями, предупреждение других вредных воздействий внешней среды, в том числе психогенных).

Различают следующие виды психопрофилактики:

- Первичная психопрофилактика – система мероприятий, направленных на предупреждение патогенных воздействий на психику, психических и психосоматических болезней. Целью является повышение выносливости психики к вредным факторам, например, повышение устойчивости психики к неблагоприятным влияниям, предотвращение формирования задержки психического развития, психического инфантилизма. Включает в себя, прежде всего, воспитание, направленное на формирование правильной иерархии взаимоотношений духовной, психической и телесной составляющих индивида, через которую достигается их гармоничное единство. Кроме того, охрану здоровья беременных, своевременное выявление и раннее лечение нарушений течения беременности, раннего развития, борьбу с ранними инфекциями, другими неблагоприятными биологическими факторами, улучшение экологической ситуации. Помимо этого, улучшение психологических условий жизни (социально-экономических условий и жизненного уровня, психологического климата в обществе, условий труда и отдыха). Особое значение в современных условиях жизни приобретает формирование здорового информационного климата.

Важной составляющей первичной психопрофилактики является *психогигиена*: чередование труда и отдыха, ведение здорового образа жизни, занятие физкультурой и спортом.

- Вторичная психопрофилактика – система мероприятий, направленных на предупреждение неблагоприятного течения уже начавшегося заболевания. Включает в себя раннюю диагностику нарушений, предупреждение состояний, опасных для жизни больного, своевременное начало лечения, применение адекватных методов терапии для достижения наиболее полной ремиссии либо выздоровления.

- Третичная психопрофилактика – система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. Важную роль играет правильное использование медикаментозных и других методов лечения, применение методов лечебной и педагогической коррекции, систематическое поэтапное использование мер социальной реабилитации и реадaptации.

Психопрофилактика эндогенных психических заболеваний. Механизмы эндогенных заболеваний полностью не раскрыты, поэтому основное значение приобретает вторичная профилактика. В частности, правильная терапия острых этапов заболевания способствует более быстрому наступлению ремиссии, в ряде случаев препятствует углублению дефицитарных нарушений. Поддерживающая терапия направлена на достижение устойчивой и качественной ремиссии, являющейся условием социальной адаптации больного. Особое значение поддерживающая терапия приобретает при заболеваниях, имеющих фазный и приступообразный характер течения. В частности, назначение препаратов нормотимической группы в фазу интермиссии при маниакально-депрессивном психозе либо в период ремиссии при приступообразной и рекуррентной шизофрении препятствует наступлению последующих психотических фаз.

Психопрофилактика экзогенных психических нарушений. Следует учитывать, что соматическое неблагополучие или заболевание является основным, но не единственным фактором развития психического расстройства. Имеет место его сложное взаимодействие с внутренними условиями: генетически обусловленными и приобретенными особенностями психической сферы, структуры и функционирования головного мозга. Важным фактором являются перенесенные прежде заболевания. Не менее значимое влияние могут оказывать личностные особенности, а также социальные, морально-этические, духовные качества человека.

Профилактика экзогенных психозов включает в себя предупреждение, своевременное выявление и лечение основного заболевания. Особое внимание следует обращать на отрицательную динамику основного заболевания – нарастание признаков гипоксии, интоксикации, нарушений обмена. Своевременное лечение данных нарушений позволяет во многих случаях предотвратить развитие экзогенного психоза. Не менее важно распознавание и лечение проявлений психоза уже на продромальной стадии. Психотропная терапия сочетается с дезинтоксикацией, коррекцией обмена, борьбой с гипоксией, лечением основного заболевания.

Психопрофилактика экзогенно-органических психических нарушений. Первичные мероприятия направлены на устранение патогенных экзогенных воздействий на головной мозг. Вторичная профилактика заключается в своевременном лечении повреждения мозга, направленном на максимальное сохранение его структуры и функционирования. Оно выражается в комплексной терапии заболевания, от инициальных этапов до подострой стадии (иными словами, на всем протяжении текущего патологического процесса в мозге). Особое значение это имеет у детей, так как их мозг обладает большей пластичностью и имеет больше ресурсов для лучшей компенсации. На резидуальной стадии регулярная курсовая церебротропная терапия направлена на уменьшение проявлений астении, продуктивной симптоматики (неврозоподобных, психопатоподобных нарушений, затяжных и хронических психозов), проявлений органического дефекта (психоорганического синдрома, деменции). Тем самым создаются условия для улучшения адаптации пациента. Большое значение имеет профилактика повторных органических воздействий.

Первичная психопрофилактика эндогенно-органических заболеваний (сосудистых, первично-дегенеративных) затрудняется неполной изученностью их причин и механизмов. Однако их своевременное выявление и лечение позволяет в ряде случаев значительно замедлить наступление деменции (например, комплексная терапия сосудистых заболеваний, назначение антихолинэстеразных препаратов при болезни Альцгеймера).

Психопрофилактика неврозов и реактивных психозов включает в себя три основных направления. Во-первых, формирование гармоничной личности – имеющей внутренние способности адаптироваться к всевозможным психотравмирующим воздействиям (вырабатывать и применять наиболее адаптивные ре-

акции, направленные на изменение психотравмирующих факторов либо собственного отношения к ним). Во-вторых, первичная профилактика возникновения психотравмирующих ситуаций. В-третьих, профилактика развития дополнительных факторов – прежде всего, органического фона. Наличие органических нарушений способствует, в частности, развитию симптоматики неврозов и ее фиксации. У детей зачастую сложно разграничить невротические и органические неврозоподобные нарушения. Постепенное развитие тех или иных органических нарушений у взрослых снижает толерантность к психическим травмам. Поэтому лечение неврозов зачастую должно включать в себя общеукрепляющую, а, в ряде случаев, и церебротропную терапию.

Психопрофилактика расстройств личности. Мероприятия по предупреждению органических расстройств личности направлены на охрану здоровья беременных, своевременное выявление и лечение патологии беременности, перинатальных заболеваний. В профилактике патологических развитии личности имеет значение создание психологически здоровых условий жизни в семье, микро- и макросоциальной среде. Предупреждение ядерных расстройств личности затруднено преобладанием внутренних, генетически обусловленных факторов. Тем не менее, следует проводить мероприятия по устранению условий, способствующих проявлению (декомпенсации) расстройств личности – воспитание, семейный и социальный климат.

Психопрофилактика зависимости от алкоголя и психоактивных веществ. Первичная профилактика направлена на выявление детей и подростков из групп риска и работу с ними (психологическое консультирование, педагогическая работа, социальная работа), помощь семьям с такими детьми, работу с неблагополучными семьями, работу с микро- и макросоциальным и информационным окружением детей и подростков. Вторичная профилактика направлена на формирование и поддержание установки больного на отказ от алкоголя или наркотиков. Большое значение имеет санация микросоциального окружения – исключение контактов с друзьями-алкоголиками или наркоманами, ситуаций, напоминающих о прежнем злоупотреблении. Важно улучшение макросоциальных условий – доступность реализации адаптивных форм поведения и жизни в обществе (обучение, работа, спорт, религия и т.д.), пропаганда здорового образа жизни и создание условий, в которых такой образ жизни является наиболее адаптивным и поощряемым. Третичная профилактика направлена на достижение наиболее длительной и качественной ремиссии. Помимо мероприятий, аналогичных таковым при вторичной профилактике, важна терапия имеющихся нарушений (психотерапия, лекарственная терапия).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Шизофрения.

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

2. Аффективные расстройства.

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

3. Экзогенные психические расстройства.

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

4. Органические заболевания головного мозга.

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

5. Эпилепсия.

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

6. Неврозы.

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

7. Соматоформные расстройства.

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

8. Реактивные психозы.

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

9. Расстройства личности (психопатии).

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

10. Зависимость от алкоголя и психоактивных веществ.

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

11. Биологическая терапия психических расстройств.

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

12. Психотерапия.

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

13. Профилактика психических расстройств.

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ШИЗОФРЕНИЯ.....	3
2. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	7
3. ЭКЗОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	11
4. ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	14
5. ЭПИЛЕПСИЯ	20
6. НЕВРОЗЫ	24
7. СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА	27
8. РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ	31
9. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ	34
10. ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	38
11. БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	47
12. ПСИХОТЕРАПИЯ	51
13. ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	54
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ	58

Учебное издание

Гречаный Северин Вячеславович, **Ильичев** Алексей Борисович,
Поздняк Вера Владимировна, **Кощавцев** Андрей Гелиевич,
Шишков Валерий Витальевич, **Хуторянская** Юлия Валерьевна

Частная психиатрия

Учебное пособие

Подписано в печать 05.02.2020 г. Формат 60х84 1/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Объем 3,75 печ. л. Тираж 200 экз. Заказ № 8.

Отпечатано в ЦМТ СПбГПМУ

ISBN 978-5-907184-92-3