УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Для студентов медицинских институтов М.В.Коркина Н.Д.Лакосина А. Е.Личко Психиатрия

Москва "Медицина" 1995

Рекомендовано Управлением учебных заведений Министерства здравоохранения Российской Федерации в качестве учебника для студентов медицинских вузов

ББК 56.14

К66 УДК 616.17.8-053.2-08(075.8)

Рецензенты: Д. Н. Исаев, проф., зав. кафедрой детской психиатрии факультета усовершенствования врачей С.-Петербургского педиатрического медицинского института; Л. К. Хохлов, проф., зав. кафедрой психиатрии Ярославского медицинского института

Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е.

К 66 Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.; ил. — [Учеб. лит. Для студентов мед. вузов] ISBN 5-225-00856-9

В учебнике изложены основные вопросы психиатрии в сравнительно-возрастном плане. В разделе частной психиатрии наряду с традиционным освещением основных психических заболеваний представлены такие актуальные в настоящее время темы, как психические расстройства при СПИДе, ожоговой болезни, психосоматические заболевания, психические нарушения при стихийных бедствиях и катастрофах. Наряду с изложением вопросов терапии и реабилитации психических заболеваний уделено внимание неотложной медицинской помощи психически больным.

4108110000—67 039(01)—95

Без объявления ББК 56.14

ISBN 5-225-00856-9

М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. ЛичксГ) 1995 ПРЕДИСЛОВИЕ

Знание основ психиатрии необходимо врачам самых различных специальностей, так как

подавляющее число больных первоначально обращается не к психиатрам, а именно к ним. В учебнике наиболее подробно описана та патология, с которой будущие врачи будут встречаться чаще всего: пограничная, или малая, психиатрия (неврозы, расстройства личности и переходные состояния), соматогенные психические нарушения, психические расстройства при общих и мозговых инфекциях, алкогольные расстройства различного уровня, наркомании, токсикомании, олигофрении.

В отличие от всех ранее изданных в нашей стране учебников психиатрии в настоящий впервые вошли разделы, характеризующие психические нарушения при стихийных бедствиях и катастрофах, при ожоговой болезни, при СПИДе, значительно шире представлены сведения о психосоматических болезнях, о нервной анорексии и нервной булимии.

Литература, посвященная психиатрии, в настоящее время достигла необычайных масштабов. Однако, к сожалению, в ее издании участвуют не только специалисты, но и значительное число лиц, весьма далеких не только от психиатрии, но и от медицины вообще. Именно поэтому у человека непосвященного может сложиться о психиатрии — предмете ее изучения, целях и задачах — самое неправильное, порой превратное представление.

Авторы настоящего учебника, поставив перед собой задачу в максимально доступной форме изложить сложнейшие вопросы нарушений психической деятельности

человека в разные периоды его жизни, надеются, что более адекватное представление о формах этой патологии и методах лечения больных с психическими расстройствами будут способствовать не только соответствующему медицинскому образованию, но и повышению общего культурного уровня будущего врача.

Авторы будут признательны за все критические замечания по поводу данного учебника.

ВВЕДЕНИЕ В ПСИХИАТРИЮ

1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Психиатрия — медицинская дисциплина, занимающаяся изучением диагностики и лечения, этиологии, патогенеза, распространенности психических болезней и организации психиатрической помощи населению.

Психиатрия (греч. psyche — Душа, iatreia — лечение) в буквальном переводе означает лечение души. Это не соответствует нашим современным понятием о психических заболеваниях. Чтобы понять происхождение этого термина, следует обратиться к истории формирования человеческого мировоззрения. В давние времена человек видел окружающие явления и предметы и наделял каждый из них душой. Смерть, сон казались первобытному человеку непонятными и необъяснимыми. Считалось, что во сне душа выходит из тела, где-то бродит, видит разные события, участвует в них и это видит человек во сне. Считалось, что будить спящего нельзя, так как душа может не успеть вернуться. В тех случаях, когда душа отлучалась и не возвращалась, человек умирал.

Эти воззрения подвергались критике еще в Древней Греции. В тот период делается попытка связать психические переживания и психические заболевания с тем или иным органом человеческого тела. Так, у древних греков органом любви считалась печень и на древних скульптурах бог любви стрелой из лука пробивает печень, и только на более поздних изображениях органом любви становится сердце, пронзенное стрелой Амура.

Можно думать, что термин “психиатрия” возник именно тогда, когда все живое, и человек в том числе, наделялось душой.

Этот термин не соответствует нашим представлениям о психиатрии, и поэтому были попытки заменить его другим. Например, В. М. Бехтерев предлагал название “патологи-

ческая рефлексология”, В. П. Осипов — “тропопатология” (от греч. tropos — образ действия, направление), А. И. Ющенко — “персонопатология”. Эти названия не нашли последователей, и остался термин “психиатрия”, утративший свой первоначальный смысл.

Психиатрия — это медицинская специальность, являющаяся частью клинической медицины. Для изучения психических заболеваний наряду с основными методами клинической медицины (осмотр, пальпация и аускультация) используются основные приемы для выявления и оценки психического состояния — наблюдение за больным и беседа с ним.

При наблюдении за больным можно обнаружить своеобразие его поступков и поведения, которые обусловлены психическими нарушениями. Например, больной может затыкать уши или нос при слуховых или обонятельных галлюцинациях. При обонятельных галлюцинациях больные могут заклеивать окна, вентиляционные отверстия, чтобы газ,

который якобы пускают соседи, не проникал в квартиру. Больные могут совершать непонятные окружающим движения, являющиеся ритуалами и освобождающие их от навязчивых страхов: идя по улице, они стремятся перешагивать через трещины на асфальте, “чтобы не случилось беды”, или бесконечно моют руки при страхе загрязнения, ездят определенным маршрутом, пересаживаются из одного вида транспорта в другой, спасаясь от “преследователей”.

При беседе больной может сообщить врачу о своих переживаниях, опасениях, страхах, плохом настроении, объяснить неправильное поведение, высказать неадекватные ситуации суждения и бредовые переживания.

Большое значение для оценки состояния больного имеют сведения о его прошлой жизни, отношение к происходящим событиям, взаимоотношения с окружающими. Часто при этом выявляются болезненные трактовки событий и явлений, и тогда речь идет не столько обанамнезе, сколько о психическом состоянии больного.

Для оценки психического состояния существенную роль играют данные объективного анамнеза, сведения, полученные от родственников больных и окружающих лиц.

Врачам иногда приходится встречаться с отрицанием болезни не только самим больным (анозогнозия), но и его близкими родственниками. Это наиболее часто наблюдается именно при таких психических заболеваниях, как эпилепсия, олигофрения, шизофрения. Известны слу-

чаи, когда родители больного, достаточно образованные люди и даже врачи, как бы не видят явных признаков болезни. Некоторые из них, несмотря на отрицание факта болезни, соглашаются на проведение необходимой терапии. В этих случаях врач обязан проявлять максимальную гибкость и такт и, исходя из интересов больного, проводить лечение, не уточняя диагноза, не настаивая на нем, не убеждая ни в чем родственников.

Большие трудности возникают в те/х случаях, когда родственники, отрицая болезнь, отказываются от проведения необходимого лечения, что приводит к утяжелению симптоматики и переходу заболевания в хроническое течение.

Особенностью психических заболеваний является длительность их течения. Если соматическое заболевание часто является эпизодом в жизни больного, то психические болезни продолжаются годы, а иногда и всю жизнь. В связи с этим возникают социальные проблемы: трудоустройство больного, перенесшего приступ болезни, улучшение жилищных условий и нормализация семейных отношений, взаимоотношения с окружающими его людьми и т. д.

В процессе оценки психического заболевания и его последствий большую роль играет личность больного, уровень зрелости личности, ее сформировавшиеся характерологические особенности. Роль личности наиболее отчетливо выявляется при психогенных заболеваниях, именно особенностями личности обусловлены, как правило, клинические варианты неврозов.

П. Б. Ганнушкин писал, что в процессе врачебного образования психиатрия занимает особое место. Первым этапом или фундаментом всего здания медицинского образования являются биологические основы медицины, вторым этапом служит клиническая медицина, клиника вообще. Этот этап П. Б. Ганнушкин сравнивал с жилыми этажами здания. Здесь молодой медик сталкивается с живым человеком, с его страданиями. По мере прохождения второго этапа, по мере расширения клинического кругозора открываются новые стороны дела, новые точки зрения, которые и составляют последнее звено врачебного образования. Этот последний этап, по мнению П. Б. Ганнушкина, можно сравнить с куполом храма, с последним этажом высокого здания, откуда видна перспектива, возникает возможность синтезировать полученные знания, сочетать в оценке состояния больного роль индивидуального и социального в развитии болезней и прежде всего психических.

В процессе развития психиатрии происходила дифференциация ее разделов и как самостоятельные выделились детская и подростковая психиатрия, гериатрическая, судебная, военная психиатрия, наркология, психотерапия, которые, основываясь на общих психиатрических знаниях, развивают свое направление в науке и практической деятельности.

Психиатрия является клинической медицинской дисциплиной, между соматическими заболеваниями и психическими нарушениями имеются тесные связи. Любая соматическая болезнь оказывает влияние на личность больного и его психическую деятельность. Иными словами, психические нарушения при соматических заболеваниях складываются из психических соматогенных расстройств и реакций личности на болезнь. Выраженность их при разных заболеваниях неоднозначна. Так, при сосудистых заболеваниях: гипертонической болезни, атеросклерозе, эндокринных заболеваниях — решающая роль принадлежит соматогенному фактору. При заболеваниях, в результате которых наблюдаются дефекты лица, обезображивающие рубцы, обычно более выражены реакции личности.

Реакции личности на болезнь зависят от многих факторов: 1) характера заболевания, остроты его и темпа развития; 2) представления об этом заболевании у самого больного;

3) характера лечения и психотерапевтической обстановки; 4) личности больного; 5) отношения к болезни родственников и сослуживцев, т. е. общественного резонанса, который вызывает это заболевание.

Л. Л. Рохлин выделял следующие варианты реакций личности на болезнь: астенодепрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически- анозогнози-ческий. На реакцию личности на болезнь оказывают влияние характер диагноза, изменение физической полноценности и внешности, положения в семье и обществе, жизненные ограничения и лишения, связанные с болезнью, необходимость лечения (стационарного и амбулаторного), операции.

Психические нарушения, обусловленные соматическими заболеваниями, давно привлекали внимание.

К. Шнейдер предложил термин “соматически обусловленные психозы”. Для установления такого диагноза необходимы следующие условия: 1) наличие отчетливой симптоматики соматического заболевания; 2) наличие очевидной связи по времени между соматическими и психическими расстройствами; 3) параллелизм те-

8

чения психических и соматических расстройств; 4) наличие “экзогенной” или органической симптоматики.

Все психические болезни, в том числе и психические расстройства, соматогенно обусловленные, могут носить психотический, невротический и психопатический характер. По-видимому, правильнее говорить не о характере психических расстройств, а об уровне психических нарушений.

Под психическим уровнем психических нарушений принято понимать такое состояние, при котором больной неадекватно оценивает себя, окружающую^обста-новку, отношение вяеошшс.собьггий к нему и к егр\_анту\_а.дии, сопровождающееся нарушением психических реакций, по-ведения и дезорганизацией психики. Между психотическим уровнем нарушений психической деятельности и психозом часто ставится знак равенства. Под психозом принято понимать болезненное расстройство психики, проявляющееся целиком или преимущественно неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности, обычно с возникновением не свойственных нормальной психике явлений (галлюцинации, бред, психомоторные и аффективные расстройства).

Невротический уровень расстройств психической деятельности не сопровождается изменением отношения к происходящим событиям, характеризуется сохранением

правильной оценки собственного состояния как болезненного, правильным поведением и наличием расстройств в сфере вегетативных, сенсомоторных и аффективных проявлений. А. А. Портнов дал определение этих расстройств как нарушение непроизвольной адаптации.

Психопатический уровень психических нарушений характеризуется стойкой дисгармонией личности, выражающейся в нарушении адаптации к окружающей ере\* де из-за чрезмерной эффективности и аффективной оценки окружающего. Психопатический уровень психических нарушений может существовать у больного всю жизнь или возникать в связи с перенесенными заболеваниями, при аномалиях развития личности.

Выраженные психотические расстройства (психозы) встречаются значительно реже непсихотических. Исследования свидетельствуют, что на психозы приходится только около 20% всех психических расстройств. Часто психические нарушения в начале болезни проявляются вегетатив-

ными и соматическими симптомами, в связи с чем больные обращаются в первую очередь к врачам общей практики.

Хорошо известно, что психические травмы неблагоприятно влияют на течение соматических заболеваний, под влиянием неприятных переживаний нарушается сон, ухудшается аппетит, понижается активность и сопротивляемость организма болезни. Однако в периоды эмоционального подъема наблюдается обычно уменьшение случаев соматических болезней, например под влиянием патриотических чувств во время Великой Отечественной войны.

На начальных этапах развития психических заболеваний часто соматические расстройства более выражены, чем психические нарушения.

1. У студентки медицинского училища появились жалобы на сердце биение, подъемы артериального давления. Терапевты никакой патологии не находили, считая эти расстройства возрастными и функциональными. Затем у нее исчезли менструации, при обращении к гинекологу патологии не выявлено. Она стала быстро полнеть, но и эндокринолог не обнаружил никаких нарушений. Никто не обратил внимание на пониженное настро ение, двигательную заторможенность и ухудшение успеваемости. Сниже

ние успеваемости связывали с обеспокоенностью ее по поводу соматического состояния. Только после того, как она пыталась совершить суицидальную попытку, она была проконсультирована психиатром и стало ясно, что у

нее депрессивное состояние.

1. Врач 51 года после отпуска на юге стал жаловаться на боли за грудиной и плохое самочувствие. С подозрением на инфаркт миокарда был стационирован в терапевтическое отделение больницы, где работает. Обследование н& обнаружило сердечной патологии, его коллеги заходили к нему, уверяли, что все в порядке, а он чувствовал себя все хуже и

хуже. У него появилась мысль, что его считают симулянтом, предателем, думают, что он не хочет работать, специально жалуется на боли в сердце,

а сердце у него, как считают врачи, здоровое. Особенно тягостные состояния были по утрам. Однажды утром больной прошел к себе в отделение, взял

в операционной скальпель и пытался покончить жизнь самоубийством. Психиатр выяснил, что депрессия у больного возникла второй раз, она сопровождалась всеми признаками депрессивного состояния: тоской, дви гательной заторможенностью, снижением интеллектуальной активности, замедлением мыслительной деятельности, потерей веса и др.

1. Родители обратились к врачу с жалобами на рвоту у ребенка, возникающую во время сеанса кино. Исследовали желудок, печень, затем ребенка обследовал невропатолог, но никакой патологии обнаружено не

было. При расспросе удалось выяснить, что первый раз рвота возникла после того, как в фойе кинотеатра отец дал ребенку плитку шоколада, пирожное, мороженое, яблоко и конфеты. Во время сеанса у ребенка возникла рвота, и с тех пор по механизму условного рефлекса у него в кинотеатре бывает рвота.

К врачам общей практики чаще обращаются не только больные с начальными проявлениями психических заболеваний, но и больные с непсихотическими формами, при 10

которых могут преобладать вегетативные расстройства. В отличие от психотических расстройств В. А. Гиляровский предпочитал всю группу непсихотических расстройств на-

* зывать пограничной, а П. Б. Ганнушкин — малой психиатрией. В. А. Гиляровский считал, что расстройства при пограничной психиатрии находятся на грани между психической болезнью и психическим здоровьем или между психической и соматической болезнью. О. В. Кербиков писал, что не существует четких границ между формами пограничной психиатрии, неврозами и психопатиями, между ними имеется много переходных и смешанных состояний. Нет четких границ и между другими группами психических расстройств и пограничными. Это создает большие диагностические трудности для врачей общей практики, которые должны распознать психическое нарушение, оценить его и принять соответствующее решение по оказанию помощи больному.

2. АКТУАЛЬНОСТЬ ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Любой врач, в какой бы области медицины он ни работал, какую бы специальность ни избрал, непременно должен исходить из того, что имеет дело прежде всего с живым человеком, личностью со всеми ее индивидуальными особенностями. В наиболее целостном понимании больного врачу помогут знания по психиатрии, в особенности пограничной.

Знание психиатрии необходимо каждому врачу: подавляющее число психически больных в первую очередь обращаются не к психиатрам, а к представителям другой медицинской специальности, причем часто проходит весьма значительный период времени, прежде чем такой больной попадает под наблюдение психиатра.

Особенно часто врач общего профиля имеет дело с лицами, страдающими неврозами и психопатиями — “малыми” формами психических отклонений, которыми и занимается “малая”, или пограничная, психиатрия.

Пограничная психиатрия, отмечал видный советский психиатр О. В. Кербиков, это как раз та область, в которой наиболее необходим контакт психиатра с врачами общего профиля, находящимися, можно сказать, на переднем крае охраны психического здоровья населения.

и

Знание психиатрии в целом и пограничной в особенности поможет врачу избежать неправильного обращения с больным, свято следовать наказу, с которым обращался к коллегам еще Гиппократ: “Не вреди”. Неправильное обращение с больным, что может выразиться не только в пугающих больного словах, но в мимике и жестах, способно вызвать так называемую ятрогению (о чем в учебнике будет написано подробно) — болезнь, невольно вызванную врачом. При этом самое опасное заключается в том, что врач не сможет сделать выводы из своих ошибок, ибо “больной, которому врач причинил своим неправильным поведением вред, никогда больше к нему не обратится” (О. Бумке). Врач не только должен вести себя правильно сам, но и следить за поведением сестры, обучать ее, так как болезнь может вызвать и медицинская сестра (сорророгения), не соблюдавшая правил деонтологии.

Чтобы избежать ненужного травмирования больного, врач должен уяснить себе, как его пациент относится к своей болезни, какова его реакция на нее (то, что называется внутренней картиной болезни).

Врачи общей практики нередко первыми встречаются и с психозами в их самой начальной стадии, когда болезненные проявления еще не очень выражены, не слишком заметны.

С начальными проявлениями может столкнуться врач любого профиля, особенно если начальная психопатология внешне напоминает какое-то соматическое заболевание. Более того, иногда и выраженные психические нарушения “стимулируют” то или иное соматическое заболевание, что может касаться, в частности, разнообразной ипохондрической симптоматики (когда больной твердо “убежден”, что у него рак, сифилис, какой-то безобразящий его физический недостаток, и категорически требует соответствующего специального или хирургического лечения), истерических расстройств (истерическая слепота, глухота, параличи и т. д,), скрытой (соматизированной, ларвированной) депрессии, протекающей под маской соматического заболевания, и др.

Любой, но гораздо чаще общего профиля, врач может попасть в ситуацию, когда требуется оказание ургентной (неотложной) психиатрической помощи: купировать состояние острого психомоторного возбуждения (например, у больного с белой горячкой), сделать все необходимое при возникновении эпилептического статуса, при попытках к самоубийству и т. д.

12

Врачи общего профиля, так же как и каждый из представителей какой-то другой медицинской специальности, должны уметь подойти к психически больному, войти с ним в контакт для его соматического обследования (неврологического, хирургического, офтальмологического или любого другого), которое может быть необходимо для больного как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. В первую очередь это касается общетерапевтического обследования, которому должен подвергнуться каждый вновь поступающий психически больной; делать это необходимо и в дальнейшей динамике заболевания.

Врачи всех профилей должны хорошо знать и соматогенные психические нарушения, возникающие в связи с патологией внутренних органов и систем, их начальные проявления, динамику, возможные опасные последствия (внезапное резкое возбуждение, попытки выпрыгнуть из окна и т. д.).

Каждый врач должен также знать, что, помимо соматогенной психической патологии, существуют и психосоматические расстройства — соматические заболевания, обусловленные воздействием психотравмирующих факторэв.

Достаточные представления о взаимовлиянии психических и соматических заболеваний несомненно будут способствовать не только точной диагностике, но и проведению наиболее адекватного лечения.

Наконец, врач должен обладать достаточными знаниями, чтобы, бороться с разного рода вредными суевериями, деятельностью шарлатанов от медицины, самозванных “целителей”, часто приносящих большой вред больному, вплоть до возникновения тяжелых психических расстройств. В этом ему во многом поможет знание психиатрии. Глава 1

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ

* 1. Основные направления в психиатрии

К концу XX столетия в мировой психиатрии сохраняются следующие основные направления.

Нозологическое направление (от греч. nosos — болезнь) принято в нашей стране и распространено в немецкоязычных странах. Все психические расстройства представлены в виде отдельных психических болезней (ши-

13

зофрения, маниакально-депрессивный, алкогольный и другие психозы). Считается, что каждой болезни присущи свой особый этиопатогенез (допускается разнообразие провоцирующих и предрасполагающих факторов), характерная клиническая картина и течение (хотя выделяются разные типы и их варианты), а также наиболее вероятный прогноз. Возлагавшиеся первоначально надежды на то, что для каждой болезни будет свой особый метод лечения (прививка малярии при прогрессивном параличе, инсулиношоковая терапия при шизофрении и т.д.), не оправдались. Подавляющее большинство современных психотропных средств эффективно при определенных синдромах и даже симптомах, независимо от той болезни, при которой они встречаются. Другим недостатком нозологического направления является неясное положение тех психических расстройств, которые не укладываются в клиническую картину и течение определенных заболеваний. Примером могут послужить случаи, промежуточные между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Одни авторы считают их особыми шизоаффективными психозами, другие включают в шизофрению, третьи трактуют как атипичные формы маниакально-депрессивного психоза. Существуют также расстройства, как бы промежуточные между шизофренией и пограничными состояниями — неврозами, психопатиями (шизотипическое расстройство, называемое также вялотекущей, или пограничной, шизофренией).

Основоположником нозологического направления во всем мире считается немецкий психиатр Эмиль Крепелин, который первым представил почти все психические расстройства в виде отдельных болезней. Однако некоторые психические болезни были выделены в качестве самостоятельных до систематики Крепелина: циркулярное помешательство, описанное французским психиатром Жан-Пьером Фальрѐ (впоследствии названное маниакально-депрессивным психозом), алкогольный полиневритический психоз, выделенный С. С. Корсаковым, прогрессивный паралич — одна из форм сифилитического поражения мозга, описанная французским психиатром Антуаном Бейлем.

Ведущим методом нозологического направления служит тщательное описание клинической картины и течения психических расстройств, за что представители других направлений называют данное направление “дескриптивной” (т. е. описательной) психиатрией Крепелина.

Синдромологическое направление господ- 14

ствовало в психиатрии в XIX веке и в настоящее время наиболее сохраняется во французской психиатрии. Диагнозами служат названия синдромов (депрессия, делирий, хронический бред, кататония, спутанность и т. д.) независимо от вызвавших их причин. В начале XX века это направление уступило место нозологическому. Однако с появлением в 50-х годах психотропных средств, каждое из которых эффективно при определенных синдромах, синдромологическое направление вновь стало приобретать сторонников.

Обычно оно входит как составная часть в эклектическое направление. Эклектическое направление (его представители чаще называют данное направление “прагматическим”, или “атеоретическим”) к концу XX века стало наиболее

распространенным в мировой психиатрии. По сути дела его отражают Международная классификация психических болезней (9-й и 10-й пересмотры) и особенно современная американская классификация психических расстройств — DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Систематика строится так, чтобы по возможности отразить суждения представителей разных направлений и многих психиатрических школ. Если причина психического расстройства в общем известна (алкоголизм, наркомании, старческое слабоумие и др.), то оно выделяется по нозологическому принципу. Если же

причины неясны, а характерные органические изменения в мозге не установлены, то систематика приближается к синдромологической (выделяются расстройства бредовые, аффективные и др.) или к психоаналитическому направлению (например, диссоциативное расстройство — “раздвоение личности”).

Психоаналитическое направление основывается на учении всемирно известного австрийского психиатра, невролога и психолога Зигмунда Фрейда. Согласно этому учению, психика человека состоит из сознания (“Я”, или “Это”), подсознательной сферы (“Оно”, или “Ид”) и “сверхсознания” (“сверх-Я”, или “супер-Эго”). В подсознательном сосредоточены инстинкты и влечения, особое значение придается сексуальности (либидо). Между “Я” и “Оно” находится “цензура” — преграда, не пропускающая из подсознательного в 'сознание инстинкты и влечения и тем самым властвующая над поведением. Во время сна цензура ослабевает, и тогда силы бессознательного прорываются в сновидения, обычно в символическом виде. Но и в бодрствующем состоянии бессознательное дает о себе знать в виде

15

оговорок, описок, неожиданных ассоциаций и др. “Супер-Эго” — область запретов: морали, нравственности, совести, чувства вины и ответственности, оно стоит на страже интересов всего человечества в целом.

Психоаналитическое направление обычно оставляет в стороне психические расстройства при органических поражениях головного мозга. Оно сосредоточено главным образом на неврозах, а также на расстройствах личности, депрессиях и других “функциональных” психических расстройствах. В качестве универсального метода лечения используется психоанализ — длительные многомесячные курсы психотерапевтических сеансов, задача которых извлечь из подсознательного спрятанные в нем, подавленные комплексы переживаний прошлого, особенно детства, которые якобы полностью питают психические нарушения.

“Антипсихиатрия” — общественное течение, особенно распространившееся в Европе в 60—70-х годах, в котором принимали участие отдельные психиатры. Кроме органических поражений мозга, отрицается существование каких-либо психических болезней, которые рассматриваются как “особая форма существования”, “иная жизнь”. Эти болезни якобы были “выдуманы” психиатрами и используются обществом для изоляции неугодных ему людей. Таким взглядам способствовало широкое применение психотропных средств, благодаря чему психические расстройства стали протекать в более стертых и часто незаметных для обывателей формах. Это же позволило избежать прежнего длительного стационирования. В итоге многие психиатрические больницы были закрыты, а психически больные пополнили число бездомных бродяг. Постепенно “антипсихиатрия” стала пользоваться все меньшей популярностью. Но ей на смену пришло новое общественное течение, направленное на борьбу со злоупотреблением психиатрией в политических целях. В ряде стран, в том числе и в нашей, подобные случаи имели место. В фашистской Германии они приняли размах массового террора: больных неизлечимыми психическими заболеваниями, даже тяжелыми психопатиями, уничтожали как неполноценных.

Однако при обвинениях в злоупотреблении психиатрией, особенно со стороны неспециалистов, часто не учитываются два важных обстоятельства: возможность диагностических ошибок, совершаемых непреднамеренно и чаще из-за низкой квалификации врачей, и возможность

16

стойких полноценных ремиссий, фактически граничащих с выздоровлением. В последнем случае больные могут отрицать бывшее ранее психическое расстройство, заявляя, что они якобы его симулировали с какой-либо целью или были неправильно поняты.

* 1. Основные разделы современной психиатрии

От направлений в психиатрии, отражающих определенные теоретические концепции, следует отличать разделы или области современной психиатрии. К ним относятся следующие:

Детская, подростковая и гериатрическая психиатрия являются разделами клинической психиатрии, посвященными особенностям проявлений, течения, лечения и профилактики психических расстройств в соответствующем возрасте.

Наркология включает диагностику, лечение и профилактику алкоголизма, наркоманий и токсикомании. В последнее время в западных странах врачей, специализирующихся в данной области, стали называть “аддикциониста-ми” (от англ, addiction — пристрастие). Судебная психиатрия разрабатывает основы судебно-психиатрической экспертизы и проблемы предупреждения общественно опасных действий психически больных.

Социальная психиатрия сосредоточена на изучении роли социальных факторов в возникновении, течении, лечении и профилактике психических расстройств и разработке научных основ организации психиатрической помощи.

Транскультуральная (или кросс-культуральная) психиатрия посвящена сравнительному исследованию особенностей психических расстройств и уровня психического здоровья среди различных наций, культур и общественных строев.

Ортопсихиатрия объединяет подходы психиатрии, психологии и других медицинских и социальных наук к исследованию и лечению нарушений поведения. Особое внимание уделяется профилактическим мерам, направленным на предупреждение этих нарушений у детей.

Биологическая психиатрия — теоретическая область изучения биологических (нейрофизиологических, биохимических, иммунологических и др.) механизмов развития психических расстройств и действия лекарственных и других биологических методов лечения.

/\*/\\* 17

Разделами психиатрии также являются сексопатология и суицидология (изучение причин и разработка мер по предупреждению самоубийств и суицидального поведения, предшествующего им).

Смежными с психиатрией, но особыми научными дисциплинами являются психотерапия, медицинская психология и психофармакология.

Часть первая ПРОПЕДЕВТИКА ПСИХИАТРИИ Глава 2

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

* 1. Клиническое обследование
     1. Опрос больного и сбор анамнеза

Опрос больного. В психиатрии опрос больного считается важнейшим методом обследования. Большинство симптомов психических расстройств можно выявить только со слов больного (явления психического автоматизма, навязчивые мысли и опасения, бредовые идеи, многие обманы чувств, деперсонализационные и дереализационные нарушения и др.) Некоторые психические нарушения на основании наблюдения за поведением больного можно лишь ^подозрить (слуховые\_галлкщинации^ когда больной ДГлему-ю прислушивается; бред преследования — по напряженному и испуганному виду и т. д.). При резком возбуждении, ступоре, нарушенном сознании расспрашивать приходится^ после того, как эти состояния минуютГС больным в Ъсйхотическом состоянии лучше^ беседовать, предварительно получив о нем сведения от родных и близких, но при непсихотических расстройствах первым лучше расспрашивать самого больного, что повышает его доверие к врачу.

Опрос требует от психиатра определенных навыков, которые приобретаются в процессе накопления профессионального опыта. С одной стороны, больному всегда надо дать высказаться, а с другой — инициатива всегда должна быть в руках врача. Какая-либо единая схема невозможна. Начинать обычно приходится с того, что послужило причиной обращения к психиатру. От врача всегда требуются выдержка, терпение, неизменная доброжелательность и сочувствие даже при явно враждебном отношении к нему

19

больного. Однако всегда необходимо сохранять дистанцию, не допускать фамильярности. Никогда не следует скрывать от больного цели расспроса, представляться кем-либо другим, а не врачом-психиатром. При отказе отвечать на вопросы важнейшие из них все же должны быть заданы и отмечена реакция больного на них.

В задачу расспроса входит выяснить, насколько больной понимает происходящее вокруг, ориентирован в \_месте и здемени, сохранена память на важнейшие события в его жизни и на события, предшествовавшие обращению к врачу. Больного"просят дать объяснение тем его поступкам или высказываниям, которые у других могли вызвать подозрение о"психическом расстройстве. Если больной сам не высказывается о своих болезненных переживаниях, то ему задают наводящие вопросы^ галлюцинациях, бреде\_и.других расстройствах, наличие которых можно предположить, судя по его поведению или по полученным о нем сведениям. Всегда полезно задать вопрос о наличии суицидальных мыслей не только в настоящем, но и когда-либо в прошлом. Важно также выяснить отношение больного ко все^ивыявленным болезненным переживаниям и особенностям поведения: отсутствие критики, частичное, неустойчивое или достаточное критическое отношение к ним.

Расспрос больного следует проводить в отсутствие его родных и близких.

Анамнез в психиатрии принято разделять на субъективный и объективный, хотя эти обозначения весьма условны.

Субъективный анамнез. Сведения от самого больного собираются в процессе его опроса. Анамнез болезни сводится к выяснению, когда и какие ее признаки впервые появились, какие события этому предшествовали, ка" эти проявления изменялись, когда исчезали и т. д. Анамнез жизни включает воспоминания: в какой семье вырос, кто родители, как учился, какие в детском и подростковом возрасте были нарушения поведения (побеги из дома и т. д.). Важно выяснить, было ли злоупотребление алкоголем, наркотиками и другими дурманящими средствами, в каком возрасте началось, насколько интенсивным было. Существенными являются данные о том, как больной оценивает свой социальный статус — трудовой и семейный: удовлетворен ли им, чем тяготится и чего ему недостает. Представляет интерес спросить больного о тех событиях прошлой жизни, которые он сам считает самыми тяжелыми, как он их переживал, были ли суицидальные мысли и попытки.

20

Соматический анамнез, кроме перенесенных тяжелых заболеваний, должен учитывать сведения о черепно-мозговых травмах, даже с мгновенной потерей сознания, о нейроин- токсикациях и мозговых инфекциях и склонность к аллергическим реакциям.

Объективный анамнез — сведения, получаемые от родных и близких и других лиц, хорошо знающих больного. Эти сведения лучше получать от каждого по-отдельности, в отсутствие других. Название “объективный” является условным, так как каждый опрашиваемый в свой рассказ привносит субъективное отношение к больному. Врач должен руководить беседой, узнавая факты и пресекая попытки навязать себе чужое мнение. Так же собирают анамнез болезни: выясняют, когда и какие ее проявления возникли и что этому могло способствовать, а также анамнез жизни: сведения о наследственной отягощенности (психические болезни, слабоумие, алкоголизм и

наркомании, суициды среди кровных родственников, а также наличие среди них лиц с необычно тяжелым характером). От родителей можно узнать об особенностях развития в детстве. Далее им задают те же вопросы, что и самому больному. Важно выяснить, о чем больной умолчал и что представил по-иному.

* + 1. Осмотр больного

Осмотр психиатра отличается от обычного соматического. Должны быть отмечены следы^ повреждений ^кровоподтеки, ссадины^р^бцы οτ бывших подезов^ и ожогов, многократных инъекций, следы от странгуляционной борозды на шее) и описаны в истории болезни, что важно для возможных последующих экспертиз. Если в психиатрический стационар поступает неизвестный без документов, то должны быть описаны его основные внешние приметы: рост, телосложение, цвет глаз и волос, приблизительный возраст, родимые пятна, татуировки и рубцы на теле, а также имеющиеся физические недостатки.

Неврологический осмотр проводится по правилам, излагаемым в учебниках нервных болезней. Важно отметить так называемые минимальные нарушения (асимметрия лицевой иннервации, сухожильных рефлексовл т. д.), которые могут быть следствием рѐзйдуального. органического (посттравматического и др.) поражения головного мозга.

Соматический осмотр больных, неспособных предъявить жалобы, должен быть особенно тщательным. При наличии

21

некоторых видов бреда, негативизме больные могут намеренно утаивать соматические нарушения.

Если из-за резкого возбуждения и сопротивления больного осмотреть не удается, то это должно быть отмечено в истории болезни.

* + 1. Наблюдение за поведением больного

Наблюдение за поведением осуществляет не только врач. В стационарах дежурный средний медицинский персонал ведет специальные дневники, где отмечает за период своей смены особенности поведения каждого больного, находящегося под строгим или усиленным наблюдением. Об остальных больных записи делают по мере надобности (нарушения режима, конфликты, отказ от еды или видимые внешние проявления психических расстройств).

Врач начинает наблюдение с первого контакта с больным. При возбуждении отмечают его особенности: целенаправленные действия или бессмысленные стереотипно повторяющиеся движения, возгласы, мимика, реакция на окружающее^ При заторможенности надо оценить ее степень. Во время беседы отмечаются особенности интонации голоса больного (монотонность, скорбность и т. д.), живость мимики, жесты, а также особенности речи (быстрая, медленная, задержки, тихая и т.д.). На поведении могут ярко отражаться галлюцинации (больной к чему-то пристально приглядывается, прислушивается, принюхивается) и бред (крайняя подозрительность и настороженность, внезапная агрессия по отношению к кому-либо).

* + 1. Специальные клинические карты и шкалы для оценки психических расстройств

В связи с компьютеризацией медицинской документации получили распространение различные стандартизированные оценки психических нарушений, например формализованные истории болезни. Идею возможности подобной оценки еще в 1918 г. высказал выдающийся немецкий психиатр Э. Крепелин.

С середины 60-х годов было предложено множество схем, карт с перечислением симптомов и шкал, где выраженность каждого симптома, кроме того, оценивается в баллах. Выделяют два основных типа шкал — самооценки и “объективные”.

Шкалы самооценки заполняет сам больной. В ос- 22

новном они предназначены для непсихотических расстройств, например для больных с неврозами, которые дают оценки в баллах каждой из своих жалоб (утомляемость, раздражительность, плохой сон и т. д.) до и после лечения. “Объективные шкалы” заполняются врачом на основании клинического обследования больного. В баллах оценивается тяжесть каждого симптома — суммарный балл отражает тяжесть состояния. Например, в первой разработанной в нашей стране шкале Ю. Л. Нуллера и И. Н. Михаленко (1966) для оценки тяжести депрессий градуировались в баллах степень угнетения настроения, тревога, страх, идеи самообвинения, двигательная заторможенность и др.

* 1. Психологическое обследование

Психологическое обследование проводится специалистами — медицинскими (клиническими) психологами или врачами, получившими специальную подготовку по медицин-

ской ПСИХОЛОГИИ. Зядяш^й\_

~

психических процессов~^восприятия, памяти, внимания, мышления, оденка\_особшностей интеллекта и личности в целомГБажны те инициальные, маловыраженные наруше-нйя7 которые еще могут ж: проявляться^ при клиническом обследовании, Например, с помощью специальных приемов, когда в начале шизофрении еще не проявились нарушения мышления, могут быть установлены характерные искажения процесса обобщения. При надвигающемся атеррсклеротиче-ском слабоумии тонкие нарушения памяти и внимания тякжѐ~могут быть установлены только с помощью специальных психологических методик. У больных с дефектами психики в целях реабилитации психологические исследования позволяют оценить наиболее сохранные^ стороны лич- ност1^навыки\_нимения. Специальные приемы предназначены для обнаружения тех болезненных переживаний, которые больной не раскрывает, например скрытой

\_депрессии или психотравмирующих ситуаций.

Направляя "больного "на психологическое обследование, необходимо сформулировать вопросы, в первую очередь интересующие врача и позволяющие выяснить уровень интеллекта, наличие нарушений мышления, характерных для шизофрении; изменений памяти и внимания, присущих органическому поражению мозга; личностях особенностей при неврозах и лсщопахвях и т. д.

Оценка уровня интеллекта чаще всего осуществляется 23

с помощью теста Векслера. На основании выполнения обследуемым заданий вычисляется коэффициент интеллектуальности — “аи кью” (IQ — Intellectual Quotient), официально принятый для этой цели Всемирной организацией здравоохранения. Средней нормой считается 100, но в современной здоровой популяции в развитых странах у. большинства величина выше 100. Величины от 90 до 70 считаются областью пограничной, “низкой нормой”, но не рассматриваются как слабоумие. К дебильности относят величины от 70 до 50, к имбецильности, т. е. глубокому слабоумию, — ниже 50.

Выявление искажения процесса обобщения как признака, характерного для шизофрении. При искажении обобщение осуществляется по несущественным признакам. Для этого используются различные приемы. Один из них состоит в том, что из 4 картинок с предметами требуется отобрать лишнюю, не подходящую к другим (“четвертый лишний”). Например, на 3 картинках нарисованы цветы (роза, ромашка, сирень), а на 4-й

— фрукт (виноград). Больной шизофренией отбирает как лишнюю ромашку (“все растут на кустах, а она на земле”). Однако подобный признак выявляется не у всех больных шизофренией и в то же время иногда встречается при шизоидной психопатии и акцентуации характера.

Нарушения памяти можно оценить с помощью таких простых приемов, как запоминание 10 слов, не связанных по смыслу. Ёозможность их воспроизведения проверяется сразу (кратковременная память) и через несколько часов (долговременная память). Другими приемами проверяется воспроизведение коротких рассказов (смысловая память) или показанных картинок (зрительная память) и др.

Нарушения внимания можно обнаружить с помощью корректурных проб (зачеркивание в тексте 1—2 определенных букв — учитываются пропуски и ошибки).

Выявление скрытой депрессии и тревоги может также достигаться разными приемами. Распространен цветовой тест М. Люшера (в норме предпочитаются красный, желтый, зеленый цвета, при депрессии — черный, серый, коричневый, фиолетовый). Некоторые личностные опросники имеют специальные шкалы депрессии. Для выявления тревоги также разработаны специальные приемы, например шкала тревоги Ж. Тейлор. По ответам на косвенные вопросы (наличие кошмарных сновидений и т. д.) судят о степени тревожности.

Оценка личностных особенностей производится чаще всего с помощью разработанного в США и адаптированного

24

в нашей стране Миннесотского многопрофильного личностного опросника - “эм-эм-пи- ай” — MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). С помощью этого метода можно выявить склонность к ипохондричности, депрессии, истерические, психастенические и другие особенности личности. Для диагностики типов характера у взрослых предназначен опросник Г. Шмишека, а у подростков — пато- характерологический диагностический опросник (ПДО) Иванова — Личко.

Выявление психотравмирующих факторов и болезненных переживаний, которые больной не раскрывает, бывает особенно важным как для диагностики и прогноза, так и для психотерапии. Чаще всего для этого используются проективные методы. Среди них наиболее известна методика неоконченных предложений: обследуемому предлагают закончить фразы вроде “Супружеская жизнь кажется мне...”, “Настоящий друг тот, кто...” и т. д. Применяется также Тематический апперцепционный тест (ТАТ) — картинки с изображением различных ситуаций, которые испытуемый должен прокомментировать (например: “Прохожего обрызгала грязью проехавшая автомашина”).

Оценка внутрисемейных отношений также может осуществляться методами психологической диагностики. Детям предлагают нарисовать их семью. По тому, как изображаются и где располагаются на листе члены семьи, понятны их отношение к ребенку и отношения между собой.

Ставятся также другие задачи психологической диагностики. Для их решения прибегают к множеству методов, сведения о которых врач может получить в специальном справочнике (Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов “Словарь-справочник по психологической диагностике”. Киев: Нау-кова Думка, 1989).

Медицинский психолог представляет врачу-психиатру полученные результаты психологического обследования больного и их толкование. Эти данные для клинического диагноза служат только вспомогательным материалом, их окончательная оценка остается за врачом.

* 1. Нейрофизиологическое обследование

Среди нейрофизиологических методов наиболее часто при обследовании психически больных используется электроэнцефалография, реже реоэнцефалография и эхоэнце- фалография.

25

Электроэнцефалография (ЭЭГ) представляет собой запись биотоков клеток мозга, отражающих происходящие в них процессы метаболизма. Эти биотоки очень слабые —

порядка 10—15 микровольт. Для того чтобы их зарегистрировать, используют усилители. ЭЭГ наиболее важна для диагностики эпилепсии и эпилептических психозов: выявляются острые волны,. пики, комплексы пик — волна и другие проявления судорожной активности. Подобная активность может быть зарегистрирована у лиц, у которых никогда не было никаких эпилептических припадков, но риск их возникновения у них очень высок (“скрытая эпилепсия”). Наоборот, у некоторых больных эпилепсией между припадками судорожная активность на ЭЭГ полностью отсутствует. Гипервентиляция (глубокие вдохи и выдохи в течение 1—2 мин) способствует ее выявлению вследствие снижения содержания углекислоты в крови. Прием противосудорожных средств и некоторых психотропных препаратов подавляет судорожную активность.

ЭЭГ используется также как вспомогательный прием для диагностики органических поражений головного мозга. При психических расстройствах, с ними связанных, обычно отмечаются умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга.

Иногда же они наиболее выражены в височно-теменных, лобных или затылочных областях обоих или одного из полушарий.

Для эндогенных депрессий считается характерным изменение ЭЭГ во время сна (сокращается фаза медленных дельта-волн), но, для того чтобы их выявить, требуется многочасовая ночная регистрация. При других психических расстройствах каких-либо специфических нарушений ЭЭГ не обнаружено.

Реоэнцефалография (РЭГ) — регистрация особенностей кровоснабжения мозга путем измерения колебаний электрического сопротивления тканей головы. Кривая РЭГ синхронна с пульсом. РЭГ позволяет распознать поражения сосудов головного мозга. При церебральном атеросклерозе вершины волн вместо острых в норме становятся сглаженными, аркообразными.

Эхоэнцефалография (ЭхоЭГ) — исследование мозга с помощью ультразвука, основанное на принципе эхолокации. Используется для обследования, когда возникают подозрения, что психическое расстройство связано с очаговым поражением в головном мозге, например с опухолью. В этих

26

случаях срединные структуры мозга смещаются в здоровую сторону. При наличии в мозге крупного атрофического очага смещение происходит в больную сторону.

* 1. Нейрорентгенологическое обследование

Краниография — рентгенограмма костей черепа — позволяет по косвенным признакам судить об органическом поражении мозга. Например, усиление пальцевидных вдавлений служит признаком длительного повышения внутричерепного давления. Участки избыточного обызвествления встречаются после перенесенных черепно-мозговых травм. Пневмоэнцефалография (ПЭГ) — рентгенограмма мозга, проводимая после выпускания части спинномозговой жидкости и введения вместо нее воздуха или кислорода, которые заполняют желудочки мозга и субарахноидальное пространство. Этим методом удается выявить спаечные процессы в мозговых оболочках, некоторые опухоли, атрофи-ческие изменения. С появлением компьютерной томографии головы данный метод можно считать устаревшим.

Ангиография сосудистой системы мозга производится путем введения через сонную артерию контрастных или радиоактивных веществ с последующей рентгенографией. Позволяет выявить поражения мозговых сосудов, а также локальные поражения мозга (опухоли и др.). Необходимо согласие больного или его родных на данную процедуру. Компьютерная томография головы — автоматизированное послойное рентгенологическое исследование тканей мозга с анализом результатов на ЭВМ и последующим построением объемного изображения на специальном экране. Является ценным методом для выявления локализации очагов поражения в головном мозге. Этим методом диагностируются мозговые опухоли, атрофические процессы, кисты, абсцессы и т. д.

Позитронно-эмиссионная томография основывается на различиях распределения радиоизотопов, которыми “метятся” вводимые глюкоза, нейромедиаторы или различные лекарства, по которым можно судить о локальных изменениях метаболизма в мозге, нейрорецепторах, кровоснабжении и т. д. Полученные данные синтезируются на ЭВМ. Является одним из новейших и перспективных диагностических методов, возможности которого еще полностью не раскрыты.

27

* 1. Фармакологические методы обследования

Лекарственные средства могут использоваться не только для лечения, но и для диагностики, обычно в виде однократного их введения и оценки реакции на них. Барбамил-кофеиновое растормаживание раньше широко применялось у больных в состоянии ступора даже для того, чтобы их накормить, а также для выявления бредовых и галлюцинаторных переживаний, которые больной не раскрывал.

Внутривенно вводили от 2 до 8 мл (чаще 4—6 млХ 5 % раствора барбамила и 1—2 мл 10

% раствора кофеина (впрочем, барбамшГб~ез"кофеина действовал так же). На несколько минут возникают эйфория, болтливость, желание поделиться своими мыслями. Однако при сильном и настойчивом желании скрыть свои переживания эта способность может сохраниться. После того, как барбамил в нашей стране был включен в список наркотиков, этот препарат следует использовать только по строгим показаниям. ^</ Седуксеновый тест

— внутривенное введение 20—40 мг седуксена (диазепам, реланиум) в виде 0,5 % раствора — служит для выбора эффективной терапии при депрессии. Если после вливания депрессивные переживания на время исчезают, то показаны противотревожные средства (например, феназепам, амитриптилин), если же сохраняются, то более эффективен мелипрамин.

Дексаметазоновый тест служит для дифференциального диагноза эндогенных и реактивных депрессий. В норме прием дексаметазона через сутки вдвое снижает в крови уровень кортизола (или его метаболита — 11-оксикетостероида). При эндогенной меланхолической депрессии подавление экскрецшГкортизола надпочечниками под действием дексаметазона не происходит или оно резко ослабевает. При реактивных и тревожных депрессиях результаты теста обычно существенно не отличаются от нормы. Терапия ex juvantibus — “лечение на пробу”, когда эффект от примененного лекарства подтверждает диагноз.

Например, при скрытых эндогенных депрессиях лечение антидепрессантами вызывает заметное улучшение настроения, в то время как в отсутствие депрессии антидепрессанты таким действием не отличаются.

28

* 1. Другие лабораторные исследования 2.6.1. Исследование спинномозговой жидкости Люмбальная пункция (поясничный прокол) для получения спинномозговой жидкости осуществляется врачом. Специальную иглу для пункций, снабженную мандреном (ее длина 10—12 см), вводят в конечную цистерну спинного мозга между III и IV или IV и V поясничными позвонками (у детей между V поясничным и I крестцовым) . Больной сидит нагнувшись вперед и наклонив голову или лежит на боку, согнув ноги и прижав их к животу, а голову и шею максимально приведя к груди. После прокола кожи при дальнейшем углублении иглы ощущается препятствие при проколе межпозвонковых связок. Вынув мандрен, можно увидеть вытекающие из тыльного конца иглы капли ликвора. Для анализа берут в пробирку 4—J8 мл. Очень частые капли, а тем более струя ликвора ^вТЩЕТельствуют о повышении внутричерепного давления. Свежая кровь в ликворе может быть от повреждения мелких сосудов, при проколе. При\_арахноидадьцьгх и моз-говых кр9в\_оизлияниях ликвор имеет\_вид\_мясных помоев. После пункции пациент

в течение 2—3 ч должен лежать, не поднимая головы, а в течение суток — соблюдать постельный режим.

Люмбальная пункция производится только с согласия (ушьнпгр, д\_при СТО ^Ргппгпйнпг.ти дать гпглягия, при ббС-

сознательном состоянии или тяжелом психическом ^расстройстве, — с согласия родных или близких.

Показанием для пункции служат подозрения, что пси- хические расстройства вызваны сифилитическим^ опухоле вым, воспалительным или иным органическим поражением головного мозга. ^ •\* - -^

Содержание клеточных элементов (в норме^—5 клеток)

в 1 мкл) резко возрастает при менингитах, меньше——при энцефалитах и мозговых опухолях (до 100 в 1 мкл). При острых воспалениях преобладают нейтрофилы, при хрони ческих — лимфоциты. —^

Содержание белка (в норме 0,15—0,3 г/лу возрастает

и при воспалительных процессах, ТГТТрТПопухолях. Но для опухолей, затрудняющих венозный отток от мозга, особенно характерна <<белков(>клеточная\_ диссоциация”: содержание белка возшсзсае1\_А де\_сятки раз,~а~цйтоз увеличивается незначительно. ~

29

Реакция Ланге особенно важна для распознавания сифилитического поражения мозга. Используют 16 пробирок с разведением ликвора от 1 : 10 000 до 1 : 320 000, к которым добавляют коллоидный раствор золота, имеющий красный цвет. В норме цвет не меняется (это обозначают цифрой 1) или становится красно-фиолетовым (2). При патологических изменениях цвет может стать фиолетовым (3), синим с красноватым оттенком (4), синим (5), голубым (6) и даже бесцветным (7). Для сифилиса мозга характерен существенный сдвиг в разведениях от 1 : 40 до 1 : 640 (“сифилитический зубец” на графике), для прогрессивного паралича — резкие изменения в пробирках со слабым разведением и постепенная нормализация по мере увеличения разведения. При менингитах максимальные изменения наблюдаются при разведениях от 1 : 640 до 1: 5000. Реакцию изображают в виде графика или формулы с цифровым обозначением цвета в каждой из 16 пробирок. Например:

Норма 1122211111111111

Сифилис,

мозга 2246531111111111

Прогрессивный

паралич 5566532211111111

Менингит 1235567776533222

Серологические реакции с ликвором ставятся также для распознания сифилитического поражения мозга (реакции Вассермана, Кана, Закса—Витебского, иммобилизации тре- понем — РИТ, иммунофлюоресценции — РИФ и др.), а также для диагностики цистицеркоза (с антигеном цисти-церка).

2.6.2. Исследование крови и мочи

Общепринятые анализы крови и мочи производятся прежде всего, чтобы не пропустить сопутствующие инфекционные и другие соматические заболевания. Особенно они важны у больных, которые сами не предъявляют соматических жалоб.

При лечении психотропными средствами встречаются, хотя и редко, осложнения со стороны органов кроветворения и почек. При лечении аминазином и другими производными фенотиазина, а также лепонексом (клозапином) и мели-прамином описаны

случаи агранулоцитоза (резкое уменьшение числа нейтрофилов в крови до полного их исчезно-

30

вения при относительном лимфоцитозе). Длительное лечение галоперидолом может вызвать лимфомоноцитоз. Клинические анализы мочи особенно необходимы, чтобы не пропустить стертые заболевания почек, которые могут служить противопоказаниями для лечения психотропными средствами.

Биохимические анализы крови и мочи производят по специальным показаниям. Определение содержания глюкозы в крови необходимо не только при подозрении на сахарный диабет, но и при проведении инсулинотерапии психозов и при подозрении на интоксикацию гашишем (гипогликемия). При лечении препаратами^штая^ маниакально- депрессивного и шизоаффективного психозов необходимы регулярное (сперва 1 раз в месяц, затем — 1 раз в 2—3 мес) определение его концентрации в крови. Она должна быть от 0,6 до 1,2 мэкв~/Л5> При длительном лечении аминазином необходймйГтакже проверять протромбиновый индекс в связи с опасностью развития тромбоэмболической болезни.

Для того чтобы проверить, принимает ли пациент назначенные ему психотропные средства, проводят специальные биохимические исследования мочи.

* 1. Психиатрическая история болезни

История болезни является не только медицинским, но и юридическим, и научным документом.

Психиатрическая история болезни имеет ряд особенностей.

В паспортной части, например, необходимо указать адрес не только больного, но и фамилию, имя, отчество, адрес и телефон его ближайшего родственника. При первом осмотре должно быть отмечено, по чьей инициативе и по какой причине обратились к психиатру или госпитализировали больного. Далее описывается психический статус при первом осмотре: ориентировка в окружающем, признаки нарушения сознания, проявления расстройств восприятия, мышления, памяти. Подробно описываются как жалобы больного (если он отказывается их предъявлять, то это должно быть отмечено), так и высказываемые им бредовые идеи, а также идея навязчивости, двигательные и речевые нарушения. Оценивается степень критичности больного к своему поведению и высказываниям.

Не следует перегружать записываемые сведения незначимой информацией (например, перечислять у взрослых

31

пациентов перенесенные без осложнений детские инфекции) или отмечать отсутствие симптомов, которые вряд ли могут быть при данном синдроме (например, отсутствие суицидальных мыслей у эйфорического больного). При описаниях нельзя пользоваться одной психиатрической терминологией (вроде “у больного бред преследования”, “имеются слуховые галлюцинации” и т. д.), необходимо приводить высказывания больного или описывать его поведение, из чего следовала бы констатация определенных расстройств.

Если можно выяснить анамнез со слов больного, то его записывают вслед за статусом (чтобы было видно, в каком состоянии анамнез собран). Если это не удается, то анамнез оформляют в последующем, когда состояние больного улучшается. Если больного сопровождают близкие, то сведения собирают также с их слов.

Осмотр пациента включает неврологическое обследование и определение соматического статуса.

Рекомендации по сбору анамнеза и осмотру больного даны в предшествующих разделах.

Дневниковые записи включают высказывания больного, результаты наблюдения за его поведением, консультации специалистов, лабораторные исследования и все лечебные мероприятия. Частота записей определяется состоянием больного — от нескольких в течение одних суток (тогда указывается час) при острых и опасных для жизни состояниях до одной в неделю у хронических стационарных больных.

При домашних отпусках записываются сведения о дне и часе ухода и возвращения, о выданных на руки лекарствах и психическом состоянии до и после отпуска, а также о поведении дома (со слов близких).

Если пациент лечился ранее в других психиатрических учреждениях, то от них запрашиваются медицинские сведения. При выписке история болезни завершается эпикризом, кратко отражающим все ее содержание. Копия данного эпикриза обычно высылается по запросу других психиатрических учреждений и служит медицинскими сведениями. Сама же история болезни выдается только по требованию прокурора или суда под расписку их представителя.

* 1. Эпидемиология психических расстройств

Эпидемиология (от греч. epi — на, + dem — народ + logos — учение) в психиатрии представляет ее раздел,

32

изучающий распространение психических расстройств среди населения.

Основными эпидемиологическими показателями в нашей стране служат заболеваемость, болезненность и риск заболевания.

Заболеваемость — число больных в пересчете на 1 тыс. или на 10 тыс. населения, впервые заболевших психическим расстройством в течение определенного времени (обычно 1 года).

Болезненность — общее число больных среди населения (т. е. заболевших как в текущем, так и во все прошлые годы) в данное время (также обычно в пересчете на 10 тыс. населения).

Риск заболевания — вероятность возникновения психического расстройства у отдельного человека.

В американской психиатрии приняты сходные показатели: число заболевших в течение определенного времени (incidence) и распространенность заболевания (prevalence), но последняя включает два показателя: распространенность в данный момент (point- prevalence) и общее число случаев болезни за определенный период (period prevalence), которая слагается из суммы incidence + point - prevalence.

Заболеваемость, болезненность и риск заболевания исчисляются для всех психических расстройств в целом, отдельно — для психозов, а также для каждого из психических заболеваний и расстройств.

Диспансерный учет служит основным источником сведений для определения указанных показателей. Другими источниками являются регистрация поступающих и выписывающихся из психиатрических больниц и полустационаров, данные профилактических осмотров, осмотров призывников и др.

Точность показателей определяется полнотой получаемых сведений, а последняя — организацией учета, доступностью психиатрической помощи населению, а также его культурой, от которой зависит обращение к психиатрам. Но всегда какая-то часть больных остается неучтенной, поэтому реальные показатели выше исчисляемых.

Наиболее ярким примером в этом отношении могут служить показатели распространения наркоманий.

Риск заболевания зависит не только от его распространенности, но и от ряда других факторов — возраста, пола, наследственности, биологических и социально- психологических вредностей.

2—1039

33

В детстве высок риск заболевания неврозами и начала развития эпилепсии, в подростковом и юношеском возрасте резко возрастает риск заболеть шизофренией. Риск начала паранойяльного развития наиболее высок в зрелом возрасте. Пресенильные и старческие психозы уже и названы по возрасту, в котором они возникают. Шизофренией чаще болеют мужчины, а маниакально-депрессивным психозом — женщины.

Транскультуральные (они же кросскульту-ральные) эпидемиологические исследования. Их задача — сопоставление распространенности различных психических расстройств в разных культурах — национальных, региональных, социальных. В нашей стране, например, истерические психозы наиболее распространены среди народностей Крайнего Севера. Уровень алкоголизма высок в России, в Средней Азии более распространены гашишизм и опиизм.

Психические эпидемии — массовое распространение какого-либо психического расстройства в определенном регионе в какую-либо эпоху. С XI века в средневековой Европе известны массовые вспышки истерии, включая истерические психозы (галлюцинаторные видения, охватывающие толпы людей, одержимость дьяволом, превращение в животных и др.). Во время первой мировой войны среди солдат воюющих армий возникла эпидемия “травматического невроза”: даже после очень легких или мнимых контузий возникали истерическая глухота, немота, парезы и др. В 50—70-х годах по ряду развитых стран прокатилась волна эпидемии подростковых наркоманий. Причины всех этих эпидемий, как правило, социально-психологические.

Не следует, однако, рассматривать как “психические эпидемии”, т. е. как повальное распространение психических расстройств, проявления массового фанатизма — религиозного, идеологического, национального, расового, какие бы уродливые и чудовищные формы этот фанатизм не принимал.-Лидеры и вожди подобных фанатичных движений могут оказаться лицами, страдающими психическими расстройствами, но поведение следующих за ними масс служит предметом изучения социальной психологии, а не психиатрии.

34

Глава 3

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

* 1. Общие положения

Классификации могут быть оригинальными, национальными и международными. Оригинальные классификации разрабатывались видными психиатрами — авторами руководств. Эти классификации были распространены в XIX веке и первой половине XX века. Наибольшую известность получили и в определенной мере сохранили влияние систематики Э. Крепелина, М. Блейлера, А. Майера, а среди отечественных — С. С. Корсакова, В. П. Осипова, В. А. Гиляровского.

Национальные классификации создавались организациями психиатров разных стран. Их примером может служить систематика Американской психиатрической ассоциации.

Впервые она появилась в 1952 г. и с тех пор неоднократно перерабатывалась. С 1987 г. действует DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), но подготавливается уже 4-й пересмотр.

В нашей стране национальная классификация отсутствует. В целях расширения и облегчения международного сотрудничества в деле совершенствования диагностики и статистики психических болезней последние два десятилетия используются международные классификации болезней (8-й, а затем 9-й пересмотры), предложенные

Всемирной организацией здравоохранения. В настоящее время подготовлен4 проект 10-го пересмотра (МКБ-10).

* 1. Международная классификация болезней (проект), 10-й пересмотр

Глава V (F)

Психические и поведенческие расстройства Категории FOO—F99

FO Органические, включая симптоматические, психические расстройства FOO Деменция при болезни Альцгеймера

F01 Сосудистая деменция

F02 Деменции при болезнях Пика, Гентингтона, Паркинсона, СПИД и др. РОЗ Неуточненные деменции

F04 Органический амнестический синдром, кроме вызванного алкоголем и наркотиками F05 Делирий, кроме вызванного алкоголем и наркотиками

2\* 35

F06 Другие психические расстройства, вызванные поражением или дисфункцией мозга или физическими заболеваниями

F07 Расстройства личности и поведения, вызванные заболеванием, поражением или дисфункцией мозга

F1 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ

F10 Расстройства, вызванные употреблением алкоголя F11 Расстройства, вызванные употреблением опиоидов

F12 Расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов

F13 Расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств

F14 Расстройства, вызванные употреблением кокаина F15 Расстройства, вызванные другими стимуляторами, включая кофеин F16 Расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов F17 Расстройства, вызванные табакокурением F18 Расстройства, вызванные летучими растворителями F19 Расстройства, вызванные другими психоактивными веществами

или их сочетаниями

Для уточнения используются дополнительные знаки:

* О Острая интоксикация
* 1 Злоупотребление
* 2 Синдром зависимости
* 3 Состояние абстиненции
* 4 Абстиненция с делирием
* 5 Психотическое расстройство (включая шизофреноподобное,

с преобладанием бреда, галлюцинаций, депрессии, мании, полиморфное)

* 6 Амнестический синдром, вызванный алкоголем или нарко- тиками
* 7 Резидуальное или отставленное психотическое расстройство, вызванное алкоголем или наркотиками
* 8 Другие психические и поведенческие расстройства, вызван- ные алкоголем и психоактивными веществами
* 9 Неуточненные психические и поведенческие расстройства, вызванные алкоголем и психоактивными веществами

F2 Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства F20.0 Параноидная шизофрения F20.1 Гебефреническая шизофрения F20.2 Кататоническая шизофрения F20.3 Недифференцированная шизофрения F20.4 Постшизофреническая депрессия F20.5

Резидуальная шизофрения F20.6 Простая шизофрения F20.7 Другие формы F20.8 Неуточненная форма

Дополнительные обозначения течения:

хО непрерывное

xl эпизодическое с прогрессирующим дефицитом х2 эпизодическое со стабильным дифицитом хЗ эпизодическое ремиттирующее

36

х4 неполная ремиссия х5 полная ремиссия хб другае

х7 период наблюдения менее года F21 Шизотипическое расстройство F22 Стойкое бредовое расстройство

F23 Острые и транзиторные психотические расстройства

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство (без симптомов шизофрении) F23.1 То же с симптомами шизофрении F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

(связанное или не связанное со стрессом) F23.3 Другие острые психотические расстройства с преобладанием

бреда

F24 Индуцированное бредовое расстройство F25 Шизоаффективные расстройства

F3 Аффективные расстройства (расстройства настроения) F30 Маниакальные эпизоды F31 Биполярное аффективное расстройство F32 Депрессивные эпизоды F33 Рекуррентное депрессивное расстройство F34 Стойкое (персистирующее) аффективное расстройство (включая

циклотимию, дистимию и др.) F38 Другие аффективные расстройства (расстройства настроения)

F4 Невротические, стрессовые и соматоформные расстройства F40 Фобические тревожные расстройства

F41 Другие тревожные расстройства (паническое расстройство с эпизодами пароксизмальной тревоги и др.)

F42 Обсессивно-компульсивное расстройство

F43 Реакции на тяжелый стресс и расстройства приспособления (острые реакции на стресс, короткие и затяжные депрессивные реакции, тревожно-депрессивные реакции и реакции с преобладанием нарушений поведения или эмоциональности)

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства (диссоциативные амнезия, фуга, ступор, судорожные припадки, ганзеровский синдром и др.)

F45 Соматоформные расстройства (соматизированные и ипохондрические расстройства, дисфункции сердечно-сосудистой, гастроинте-стинальной, респираторной, урогенитальной систем и др.)

F48 Другие невротические расстройства (неврастения, деперсонализа-ционно- дереализационный синдром и др.)

F5 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами F50 Нарушения питания (нервная анорексия, булимия, переедание,

нервная рвота и др.)

F51 Неорганические нарушения сна (бессонница, гиперсомния, нарушения ритма сна, сноговорение, ночные страхи и др.) F52 Сексуальные дисфункции, не связанные с органическими расстройствами и заболеваниями (сексуальная ангедония, нарушения оргазма, преждевременная эякуляция, неорганические вагинизм и диспаурения и др.) 37

F53 Психические и поведенческие расстройства, связанные с родами, не классифицированные где-либо

F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость (антидепрессанты, слабительные, анальгетики, витамины, стероиды, гормоны, лечебные травы и народные средства)

F6 Расстройства личности и поведения у взрослых

F60 Специальные расстройства личности (параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально-неустойчивое, гистрионическое, ананкастное, тревожное, зависимое и др.) F61 Смешанные и другие расстройства личности

F62 Стойкие изменения личности, не связанные с поражением или заболеванием мозга (изменения личности после катастрофических переживаний или перенесенных психических заболеваний)

F63 Патологические привычки и импульсивные расстройства (пиромания, клептомания, трихотилломания, патологическая страсть к азартным играм)

F64 Расстройства половой идентичности (транссексуализм и др.)

F65 Расстройства сексуального предпочтения (фетишизм, эксгибиционизм, вуайеризм, педофилия, садомазохизм и др.)

F66 Психологические и поведенческие проблемы, связанные с сексуальным развитием и ориентацией (расстройство сексуального созревания, эго-дистоническая сексуальная ориентация и др.)

Связанные с:

.xl гетеросексуальностью .х2 гомосексуальностью .хЗ бисексуальностью F68 Другие расстройства личности и поведения у взрослых

F7 .Задержки психического развития (психическая ретардация) F70 Слабая F71 Умеренная F72 Тяжелая F73 Глубокая F78 Другие

Сопутствующие нарушения поведения:

.0 отсутствуют или выражены минимально .1 выражены и требуют надзора и лечения F8 Расстройства психологического развития

F80 Специальные расстройства развития речи и языка

F81 Специальные расстройства развития школьных навыков (чтения, письма, арифметического счета)

F82 Специальные расстройства развития моторных функций F84 Первазивные расстройства развития (детский аутизм, синдром

Ретта, Аспергера и др.)

F9 Поведенческие и эмоциональные расстройства, обычно начинаются в детстве или в подростковом возрасте F90 Гиперкинетические расстройства

F91 Расстройства поведения (несоциализированное, социализированное, оппозиционное) 38

F92 Смешанные расстройства поведения и эмоций (депрессивное поведенческое расстройство)

F93 Эмоциональные расстройства, начинающиеся в детстве (фобиче-ское тревожное, социальное тревожное и др.)

F94 Расстройства социального функционирования, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (элективный мутизм и др.)

F95 Тики

F98 Другие поведенческие и эмоциональные расстройства (неорганический энурез, энкопрез, заикание, стереотипные движения и др.)

Глава 4

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИНАМИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

.4.1. Течение и исходы психических заболеваний

Течение. Психические заболевания могут иметь непрерывное, приступообразное, смешанное и другое течение. Наиболее детально варианты течения изучены школой А. В. Снежневского при шизофрении.

При непрерывном течении болезни наблюдается неуклонное нарастание и усложнение расстройств. Лекарственной терапией можно добиться остановки или смягчения имеющейся симптоматики. При обострении обычно выявляются более сложные расстройства.

Приступообразное течение характеризуется чередованием приступов болезни и светлых промежутков, когда проявления болезни отсутствуют или минимальны. Типичным примером приступообразного течения является рекуррентная шизофрения, при которой приступы могут быть различными по клиническим проявлениям. При наличии сходных приступов, чередующихся со светлыми промежутками, обычно говорят о периодическом течении.

Течение болезни в виде фаз проявляется приступами психической болезни, после окончания которых не происходит существенных изменений личности; фазы бывают представлены аффективными и аффективно-бредовыми расстройствами. Течение болезни в виде фаз наблюдается при маниакально-депрессивном психозе.

Для смешанного (шубообразного) течения заболевания характерно постепенное нарастание изменений личности, и на этом фоне периодически возникают обострения болезни, сдвиги, или шубы. После каждого шуба обнаруживаются более выраженные изменения личности. Такое течение наблюдается при приступообразно-прогреди-

39

ентной шизофрении. При формировании краевой психопатии наблюдаются “психопатические циклы”: в результате психогенного заболевания личность становится эмоционально-лабильной, создает конфликт, дает на него психогенную реакцию, и после нее обнаруживаются еще более выраженные патохарактерологические черты, такие как взрывчатость, склонность к истерическим формам поведения, де-монстративность и др. (О. В. Кербиков).

Волнообразное течение болезни характеризуется периодами ослабления или полного исчезновения симптоматики, однако под влиянием различных факторов (например, психогенных при неврозах) исчезнувшие расстройства снова нарастают.

При пароксизмальном течении наблюдаются остро возникающие приступы болезни, обычно повторяющиеся и продолжающиеся относительно короткий промежуток времени (например, при эпилепсии).

Течение психических заболеваний с постепенным нарастанием и усложнением симптоматики носит название прогредиентного. Такое течение характерно для шизофрении. Каждое ухудшение состояния сопровождается более сложной симптоматикой. Так, например, если первые приступы болезни при рекуррентной шизофрении могут содержать только аффективные расстройства, то последующие уже включают бредовые, двигательные и галлюцинаторные, т. е. происходит формирование так называемого большого синдрома.

Регредиентное течение заболевания может иметь место при периодических травматических психозах и при динамике психических нарушений травматического генеза. При этом наблюдается противоположная прогреди-ентному течению тенденция. Если первый приступ болезни включает аффективные, бредовые, двигательные расстройства, то в последующих приступах число синдромов сокращается и проявления болезни могут быть представлены только аффективными расстройствами. В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы часто наблюдаются компенсация состояния, уменьшение и исчезновение энцефалопа-тической и церебрастенической симптоматики. В течении психических заболеваний выделяют следующие этапы: инициальный, манифестный, расцвета и обратного развития болезни. В развитии психических болезней

большое значение имеет преморбидный период, предшествующий инициальному этапу. В этом периоде оцениваются

40

личностные особенности, акцентуации характера, уровень зрелости личности, предрасполагающие к тому или иному заболеванию. К преморбидным особенностям относятся и признаки дизонтогенеза, которые обнаруживаются у ребенка с самого рождения.

О. П. Юрьева (1970) у детей, родившихся в семьях больных шизофренией, отмечала такие признаки дизонтогенеза, как ослабление инстинктивной деятельности (пониженный пищевой инстинкт, нарушения сна, снижение реакций на дискомфорт), особенности формирования межличностных отношений, чаще проявляющиеся в симбиотической эмоциональной связи избирательно с одним из родителей (матерью). При развитии ребенка эмоциональные связи с окружающими не устанавливаются, а с матерью сохраняется инфантильно-потребительский характер связи. К признакам дизонтогенеза относят и всевозможные проявления диссоциации психической деятельности, несоответствие развития психики и отставания моторики. Эти признаки еще не являются болезнью, но относятся к факторам риска.

В инициальном периоде у больных обнаруживаются единичные, нестойкие признаки болезни, которые часто проявляются эпизодически, например эпизоды деперсонализа- ционных расстройств при шизофрении или невротические реакции, предшествующие формированию невроза. Эти инициальные расстройства дают достаточно четкую информацию о природе развивающейся болезни.

Инициальный период может смениться манифестным. В этот период появляются типичные для данного заболевания симптомы с формированием всех основных признаков болезни.

Период обратного развития характеризуется постепенным исчезновением симптоматики и в ряде случаев появлением критического отношения к болезни.

Исходы. Психические заболевания могут иметь различные исходы. Выздоровление наблюдается сравнительно редко, например при реактивных психозах, при которых возможно полное исчезновение симптоматики и восстановление психической деятельности. Чаще наблюдается выздоровление с какими-то более или менее выраженными изменениями личности с сохранением адаптации к окружающему. При этом появившиеся изменения личности замечают только близкие люди.

При менее благоприятном течении болезни возможен исход болезни в ремиссию с дефектом. Под де-

41

фектом принято понимать форму изменения личности, ха рактеризующуюся обеднением, упрощением высших ее свойств и утратой прежних возможностей, которые наблю- ( даются при различных болезнях и травмах головного мозга.

Больной с таким исходом болезни может вернуться к тру довой деятельности, но чаще к другой, более простой и

менее ответственной, требующей меньшего напряжения. ι В ряде случаев дефект оказывается настолько выражен

ным, что больной может выполнять только ограниченный ; круг домашних обязанностей или работать в специальных трудовых мастерских под наблюдением медицинского пер сонала.

Болезнь может протекать хронически, прогре- ! диентно, ив этих случаях больные вынуждены дли

тельное время находиться в психиатрических учреждениях. \ Смерть редко бывает связана с психическим заболе- ,' ванием, чаще ее причиной являются сопутствующие состо яния: сердечно-сосудистые расстройства, онкологические за болевания, несчастные случаи и др. Опасными для жизни больного могут быть эпилептический статус, кататоническое | возбуждение, фебрильная или гипертоксическая шизофре- J ния, нервная анорексия, депрессивные состояния из-за опас- | ности самоубийства. Больные, находящиеся в этих опасных \* для жизни состояниях, нуждаются в неотложной госпита- \ лизации. J

|

* 1. Роль биологических и социальных факторов | в возникновении и динамике •.

психических заболеваний ; I

В генезе психических заболеваний играют роль как со-} циальные, так и биологические факторы, которые тесно \ взаимосвязаны и оказывают постоянно меняющееся влияние ' на динамику психических заболеваний. Так, при психоген

ных заболеваниях пусковым моментом для возникновения ” расстройства являются социальные факторы: всевозможные I конфликты, происходящие чаще в микросоциальной среде,

потеря близких, судебное преследование и др. Однако при длительном существовании психогенного заболевания про исходят изменения в обмене веществ, появляется инерт ность психических процессов, которые следует рассматри вать как биологические изменения в организме, оказыва- | ющие влияние на человека и приводящие к затяжному течению психогенного заболевания.

42

ΐ ί

Несмотря на то что биологические и социальные факторы тесно переплетаются и оказывают влияние на возникновение и динамику психических нарушений, условно можно выделить две группы психических заболеваний: в одной решающую роль в их возникновении играют биологические факторы, в другой — социальные.

Наиболее сложные взаимоотношения биологического и социального можно наблюдать при эндогенных заболеваниях: шизофрении, маниакально-депрессивном психозе. Само название “эндогенное заболевание” уже подразумевает ведущую роль биологических факторов в возникновении и динамике клинических проявлений болезни. Однако хорошо известно, что социальные факторы, конфликты, бытовая и семейная неустроенность, потеря близкого человека и др. часто не только провоцируют начало болезни, но и приводят к обострениям состояния, нарушениям адаптации и усложнению симптоматики. Тесные взаимоотношения между социальными и биологическими факторами отчетливо прослеживаются при формировании алкоголизма. На разных этапах формирования алкогольной болезни можно выделить решающую роль то одних, то других факторов — на начальных этапах решающая роль принадлежит социальным: установкам среды на употребление спиртных напитков, традициям, отношению личности к приему спиртного и т. д. Социальные факторы играют решающую роль до тех пор, пока не произойдут такие

нарушения обменных процессов, что в дальнейшем именно они будут определять течение заболевания. Однако роль социальных факторов в оформлении некоторых расстройств продолжает сохраняться. Так, например, при II стадии, несмотря на выраженность абстинентных расстройств, наблюдается псевдодипсомания, т. е. имеет место способность прекратить пьянство при угрозе увольнения, распада семьи, под воздействием социальных факторов.

Хорошо известно, что успех лечения алкоголизма зависит от установки больного. Если у больного нет установки на трезвость, то никакими биологическими методами не удается добиться успеха.

Таким образом, в генезе психических заболеваний и социальные и биологические факторы играют роль, находясь в сложных взаимоотношениях, оказывая влияние на динамику психопатологических синдромов.

Неправильное воспитание, особенно при акцентуациях характера, обычно приводит к возникновению патохарак-

43

терологических реакций и формированию психопатий. Выделяют несколько наиболее типичных вариантов неправильного воспитания: 1) потворствующая гиперпротекция (кумир семьи); при этом воспитании наблюдается чрезмерное покровительство, стремление освободить ребенка от малейших трудностей и обязанностей. Это еще сопровождается преувеличенным восхищением мнимыми талантами, постоянными похвалами и восторгами по поводу любого поступка ребенка; 2) доминирующая гиперпротекция (гиперопека) характеризуется мелочной опекой, постоянным контролем, всевозможными запретами, лишением самостоятельности, навязыванием своих решений и рекомендаций в деятельности ребенка; 3) эмоциональное отвержение (положение Золушки); при этом виде воспитания ребенок постоянно чувствует, что он мешает в семье, что он лишний. Это особенно четко проявляется на фоне внимательного и заботливого отношения к другому ребенку. Иногда эмоциональное отвержение маскируется утрированной, но формальной заботой; 4) гипопротекция (безнадзорность) проявляется недостаточной опекой, отсутствием истинного интереса и внимания к делам и увлечениям ребенка. Иногда дети бывают полностью заброшенными и предоставленными сами себе.

* 1. Закономерности постнатального онтогенеза 4.3.1. Общие закономерности

Под постнатальным онтогенезом принято понимать весь период развития человека от рождения до смерти.

В постнатальном онтогенезе выделяют несколько этапов развития психики человека. В процессе развития происходит усложнение психической деятельности, причем каждый этап завершается формированием именно тех качеств, которые определяют этот этап и в последующем являются основой для формирования новых более сложных качеств следующего этапа.

Существует достаточное число систематик, характеризующих возрастные этапы формирования психики в отно-генезе и охватывающих детский и подростковый возраст. Мы используем выделенные Г. К. Ушаковым периоды развития психики. Он писал, что при всей условности эта периодизация необходима для учета меняющихся качеств психики в онтогенезе, для разработки приемов воспитания

44

и обогащения знаниями соответственно уровню развития, для понимания природы болезненных явлений психики, которые наблюдаются в разные возрастные периоды. Психическая деятельность — это категория приобретенная. Врожденными и наследственно обусловленными являются биологические системы головного мозга, они и представляют собой биологическую основу формирования психической деятельности,

которая развивается в связи с воздействием окружающей среды и отражением с помощью органов чувств реальной действительности.

При изучении формирования психики в постнатальном онтогенезе Г. К. Ушаков выделял две формы: с преобладанием образных субъективных категорий (образов представлений) и безобразных субъективных категорий (понятий). Первая свойственна детскому возрасту и характеризуется яркими образными фантазиями и воображениями, вторая — типична для лиц зрелого возраста.

В формирующейся психике ребенка выделяют следующие этапы: моторный — до 1 года; сенсомоторный — до 3 лет; аффективный — с 3 до 12 лет; идеаторный — с 12 до 14 лет. Для первого этапа развития психики — моторного — характерно то, что на любой раздражитель имеется двигательная реакция. Это двигательное беспокойство, нецеленаправленные движения в ответ на раздражение, крик, плач. Такая реакция наблюдается на чувство голода, неудобное положение, мокрые пеленки и т. д. Моторика ребенка совершенствуется на протяжении жизни, но в этот период именно двигательными реакциями проявляется общение с окружающими.

Для второго этапа — сенсомоторного — характерна более сложная двигательная активность, обусловленная ответами на различные сенсорные раздражители. Движения становятся более целенаправленными: ребенок поворачивает голову в сторону звука, тянется рукой к игрушке. С переходом ребенка в вертикальное положение, когда он начинает ходить, сенсомоторные реакции становятся еще более сложными, деятельность

* целенаправленной. На основе сенсомоторных реакций формируются восприятие, внимание, аффективные реакции.

Во время сенсомоторного этапа у ребенка накапливается запас представлений о происходящих событиях и появляется возможность сопоставлять реально воспринимаемые объекты с имеющимися о них представлениями.

45

Третьему этапу развития психики — аффективному — в первые годы присущи обобщенная эффективность в оценке окружающего и возникновение дифференцированного отношения к окружающим исходя из удовлетворения или неудовлетворения его потребностей.

Позднее вся деятельность ребенка сопровождается аффективной окраской восприятия событий исходя из отношения к ним: приятные — неприятные, добрый — злой, желанный

* нежеланный и т. д.

Для этого периода характерны лабильность и нестойкость аффективных реакций, живость их и непосредственность реагирования.

Четвертый этап развития психики — идеатор-ный — начинается с обогащения ребенка понятиями, суждениями и умозаключениями. С этого периода у ребенка возникает возможность строить предварительный план действий. У него появляется удвоенность реальности, т. е. он может оперировать объектами реально существующими и образами воспоминаний. Постепенно возникают предпосылки для широкого использования абстрактных понятий, способность к построению гипотетических суждений, анализу их в связи с практической деятельностью. В этот период на основе темперамента и сложившегося характера начинается формирование личности” Аффективность в этот период приобретает новые качества, появляются высшие человеческие эмоции — эстетические, этические.

При относительно своевременном формировании этапов развития психики следует говорить о синхронии развития. Однако идеального развития психики не бывает, так как не существует однотипных условий жизни. В связи с этим чаще наблюдается асинхронное развитие.

Под влиянием различных факторов (длительная соматическая болезнь, неправильные условия воспитания, конфликтные ситуации в семье и др.), воздействующих на том или ином этапе развития психики ребенка, может затормозиться развитие определенных структур личности и нарушиться последовательность их формирования. При этом у взрослых лиц могут обнаруживаться черты характера, свойственные именно тому периоду развития ребенка, в котором наблюдалось неблагоприятное воздействие.

Например, ребенок, переживший в аффективном периоде формирования психики длительную разлуку с родителями, уже будучи взрослым, обнаруживает склонность к аффективным реакциям, свойственным именно аффективному эта-

46

пу формирования психики: чрезмерной аффективной лабильности, непосредственности реакций, впечатлительности и т. д.

Неблагоприятные для ребенка ситуации не проходят бесследно, даже если внешне не наблюдается явных нарушений психической деятельности в период воздействия их, однако они не нарушают синхронность созревания структур личности.

Наряду с этим другие структуры личности могут развиваться быстрее, опережая хронологические сроки их формирования.

Нарушения сроков формирования могут наблюдаться как между отдельными структурами личности, так и между психическим и физическим развитием.

Так, в 70-е годы отмечалось ускоренное физическое развитие по сравнению с психическим, рост и масса тела подростков превышали возрастные нормы, наряду с этим в психической деятельности обнаруживались черты инфантилизма.

Задержку развития или отставание в развитии одной или нескольких систем называют ретардацией.

При ускоренном развитии функциональных систем, при развитии с опережением возрастных периодов, характерных для этой системы, говорят об акселерации.

При сочетании ретардации одних систем с акселерацией других отчетливо выступают проявления асинхронии.

В пубертатном периоде признаки асинхронии имеют функциональный характер и обусловлены бурным развитием различных систем организма. После этого периода происходит постепенное уменьшение асинхронии.

Принято выделять 4 функциональные системы, последовательно формирующиеся в онтогенезе: моторную, сен-сомоторную, аффективную и идеаторную. По мнению Г. К. Ушакова, к периоду зрелости они представляют собой иерархию сочетания этих уровней в структуре целостной психической деятельности.

У взрослого человека при психических заболеваниях обычно могут быть нарушены все четыре уровня психической деятельности. У детей психические расстройства зависят от возраста. У ребенка не наблюдается таких расстройств, для формирования которых необходима определенная степень зрелости именно этой системы. Так, например, у детей аффективные и идеаторные системы не достигли степени зрелости, в связи с этим и не наблюдается типичных аффективных синдромов и бредовых состояний.

47

4.3.2. Возрастные периоды и возрастные кризы

При изучении заболеваемости в разные возрастные периоды было обнаружено, что существуют такие периоды, когда риск заболеваний значительно возрастает. Эти периоды получили название “возрастные кризы”. Повышенная чувствительность и риск заболеваний в возрастные кризы обусловлены, с одной стороны, биологической перестройкой, формированием и развитием определенных структур жизнедеятельности, а с другой — появлением новых условий жизни и новых требований, предъявляемых к формирующейся личности.

Выделяют следующие возрастные периоды: младенчество — до 1 года, детство — до 11 лет, отрочество — 12—15 лет, юность — 16—21 год, зрелость — 22—50 лет, обратное развитие — 51—70 лет, старость — 70 лет и старше.

В клинической практике наиболее значимым являются следующие возрастные кризы: парапубертатный, препубер-татный, пубертатный и климактерический.

Парапубертатный возрастной криз приходится на возраст от 2 до 3 /2 лет. Этот возраст характеризуется формированием фразовой речи, ребенок начинает пользоваться местоимением “Я”. Это объясняется тем, что начинает формироваться самосознание, ребенок начинает выделять себя из окружающих явлений и предметов (аллопси-хическое самосознание). Сравнительно быстрое формирование новых психических функций и физическое развитие предъявляют высокие требования ко всему организму, и это создает риск для различных заболеваний. В этом возрасте манифестируют эпилепсия, неврозы и другие заболевания.

Препубертатный возрастной криз охватывает возраст 7—8 лет. В этом возрасте физическое и психическое развитие связано с формированием общественных обязанностей в связи с началом обучения в школе и адаптацией к этим новым условиям. Этот период характеризуется совершенствованием моторики, мышления, формированием сомато-психического самосознания. Недостаточная школьная адаптация, чрезмерные требования, предъявляемые к ребенку в этот период, могут привести к возникновению невротических реакций и протестным реакциям с отказом от посещений школы.

Пубертатный возрастной криз приходится на возраст 12—15 лет. В этом возрасте происходят перестройка желез

48

внутренней секреции, типичные изменения, обусловленные половым метаморфозом подростков. Изменяется и социальный статус подростка, к нему предъявляются большие требования в связи с обучением в старших классах или в связи с приобретением специальности.

В этом возрасте меняется поведение подростков, возникают конфликты с родителями, учителями, появляются реакции протеста против опеки родителей, самоутверждение в жизни. Моторика становится неуклюжей, движения порывисты, они становятся крайне нетерпимы к замечаниям и советам. В этом периоде могут возникать эндогенные заболевания, невротические и психопатические реакции.

Следующий возрастной криз — климактерический. В этот период наблюдаются увядание половой функции и изменения в нейроэндокринной системе. Менопауза у женщин обычно сопровождается изменением самочувствия, повышенной утомляемостью, головокружением, головными болями, раздражительностью, “приливами”, во время которых появляется чувство жара, дурноты, затруднения дыхания, потливости. Эти ощущения обычно преходящи, но в ряде случаев бывают выражены и продолжительны, поэтому помощь врача необходима.

В этом возрасте происходят изменения и в трудовой и общественной деятельности, возникает вопрос о переходе на пенсию, сокращении объема работы, что создает определенную психологическую настроенность, мысли о приближающейся старости, утрате привлекательности и т. д.

В этом периоде могут обостряться имевшиеся ранее психические заболевания или впервые возникать, такие как маниакально-депрессивный психоз.

* 1. Психопатологические синдромы

Синдром (от греч. syndrome — скопление, стечение) — совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом, закономерное сочетание продуктивных и негативных симптомов. Синдром — “совместный бег симптомов”. Термин “симптомокомплеко был предложен немецким психиатром К. Кальбаумом (1863) при описании кататонии. В то

время он считал кататонию отдельным заболеванием, но позднее стало ясно, что это наиболее типичный вариант симптомокомплекса.

Немецкому психиатру В. Гризингеру принадлежит идея, в последующем ставшая основой “единого психоза”, что все

49

проявления психических болезней являются стадиями одного и того же процесса, на первых этапах наблюдаются аффективные расстройства и чаще меланхолия, затем возникает бредовая симптоматика и как исход — слабоумие.

Отечественные психиатры С. С. Корсаков и В. П. Сербский стремились изучать психозы в динамике. В. П. Сербский писал, что и кататония, и гебефрения имеют общие признаки и исход в раннее слабоумие, которое Э. Крепелин рассматривал как самостоятельное заболевание.

В начале века И. Г. Оршанский при изучении острых психозов пришел к выводу, что состояние больного в каждый момент определяется не просто набором симптомов, а комплексом симптомов, объединенных общими закономерностями, и при развитии болезни происходит усложнение этих комплексов от более простых к более сложным, т. е. автор как бы повторил положение В. Гризингера, не устанавливая единую последовательность для всех психических болезней.

В связи с пандемией инфлюэнцы 1888—1889 гг. появилось большое количество работ с описанием аментивных и делириозных состояний, а с 1908 г. — серия работ немецкого психиатра К. Бонгѐффера, который под названием “экзогенный тип реакции” объединил синдромы различной этиологии. К. Бонгѐффер считал, что возможностей для ответных реакций у мозга меньше, чем различных вредных факторов, воздействующих на организм, поэтому возникают однотипные реакции, формирующиеся в синдромы.

Под названием “экзогенные типы реакций” К. Бонгѐффер выделил следующие психопатологические синдромы: делирий, эпилептиформное возбуждение, сумеречное помрачение сознания, галлюциноз и аменцию. В процессе изучения он то расширял, то суживал набор этих синдромов. В конечном итоге наиболее типичными экзогенными типами реакций оказались делирий и корсаковский синдром.

Противники К. Бонгѐффера, критикуя его концепцию, считали, что экзогенный тип реакции обусловлен бурным темпом развития симптоматики в ответ на массивную вредность, и подтверждение этому видели в уменьшении количества, глубины и продолжительности состояний помраченного сознания при инфекционных и соматических заболеваниях в связи с активной терапией антибиотиками.

Английский невропатолог Джексон сформулировал учение о “послойном” построении психической деятельности. Психические нарушения он рассматривал с позиций “дис- солюции” — распада, вначале поражения высших, наиболее

50

Эмоционально- гипересте- тические расстройства

Рис. 1. Соотношение продуктивных психопатологических синдромов. дифференцированных слоев психики и считал, что психоз зависит от 4 факторов: степени глубины диссолюции, особенностей личности, темпа диссолюции и прочих соматических и других экзогенных условий.

Джексон подчеркивал, что чем быстрее происходит дис-солюция, тем более выражена активность слоев, непосредственно затронутых болезненным процессом. Он высказал идею, что психические заболевания состоят из продуктивных расстройств, которые обусловлены деятельностью неповрежденных слоев нервной системы, и негативных, связанных и вызванных самим патологическим процессом.

Если “минус-симптомы”, или негативные расстройства, связаны с этиологическим фактором, представляющим нозологическую характеристику болезни, то позитивные или продуктивные симптомы представляют собой реакцию организма, менее специфическую и не несущую диагности-

51

Психический маразм

IX

Тотальное слабоумие VIII

Амнестическ расстройства VII Регресс личности VI Снижение уровня личности

V

ижение

энергетического потенциала IV

Дисгармония личности (включая шизоидизаи ощаемость психичесно! ьност

Рис. 2. Соотношение негативных психопатологических синдромов.

ческой информации о причинах, вызвавших эти расстройства. Клинически диссолюция проявляется психопатологической симптоматикой.

Эти идеи были использованы в клинической синдромо-логии А. В. Снежневским. По нарастанию тяжести синдромов им были выделены 9 кругов для продуктивных (позитивных) синдромов: 1) эмоционально-гиперестетические, астенические расстройства; 2) аффективные; 3) невротические и деперсонализации; 4) паранойяльные и галлюцинозы; 5) галлюцинаторно-параноидные, парафренные и кататони-ческие; 6) помрачения сознания; 7) парамнезии; 8) судорожные синдромы; 9) психоорганические

(рис. 1).

Для негативных расстройств А. В. Снежневский выделил 10 кругов: 1) истощаемость психической деятельности; 2) субъективно осознаваемая измененность; 3) объективно определяемые изменения личности; 4) дисгармония лично-

52

сти, включающая шизоидизацию; 5) снижение энергетического потенциала; 6) снижение уровня личности; 7) регресс личности; 8) амнестические расстройства; 9) тотальное слабоумие; 10) психический маразм (рис. 2).

А. В. Снежневский писал, что при клиническом анализе синдромы искусственно изолируются и абстрагируются, а на самом деле между ними нет непреодолимых границ, каждый синдром выражает лишь один период непрерывного развития болезни.

Синдром как этап болезни может быть одинаковым при различных заболеваниях. Это обусловлено тем, что приспособление к измененным условиям жизни (болезни)

достигается с помощью однотипных способов реагирования. Это проявляется в виде симптомов и синдромов, которые при развитии болезни усложняются и превращаются из простых в сложные или из малых в большие.

При разных заболеваниях их клиническая картина изменяется в определенной последовательности, т. е. существует свойственный каждому заболеванию стереотип развития.

Выделяют общепатологический стереотип развития, свойственный всем болезням, и нозологический стереотип, который типичен для отдельных болезней (И. В. Давыдовский).

Общепатологический стереотип развития болезней предусматривает наличие общих закономерностей при всех этих заболеваниях. Еще В. Гризингер пытался выделить эти закономерности для психических болезней, считая, что каждое заболевание начинается с депрессии, затем появляется бредовая симптоматика и заканчивается все слабоумием.

Выявлено, что на начальных этапах при прогрессирующих психических заболеваниях чаще обнаруживаются невротические расстройства, затем появляются аффективные, бредовые и психорганические. Иными словами, при прогрессирующих психических заболеваниях клиническая картина неуклонно усложняется и углубляется. Типичным примером служит формирование клинических проявлений при шизофрении: на начальных этапах обнаруживаются расстройства невротического уровня, астенические, фобиче-ские, затем появляются аффективные расстройства, бредовая симптоматика, усложняющаяся галлюцинациями и псевдогаллюцинациями, синдромом Кандинского—Клерамбо, парафренным бредом и исходом в апатическое слабоумие.

Была сделана попытка моделирования соотношений общепатологических синдромов и нозологических единиц с помощью системы кругов, отражающих динамику продук- 53

тивных и негативных синдромов (А. В. Снежневский). Так, продуктивные расстройства, включающие астенический, аффективный, невротический, бредовой и кататонический круги, оценивались как характерные для шизофрении, а негативные шизофренические расстройства представлены кругами, включающими дисгармонию личности (и шизоидизацию), снижение энергетического потенциала и снижение уровня личности (IV, V, VI круги на схеме А. В, Снежневского). Нозологический диагноз учитывает единство продуктивных и негативных расстройств.

Общепатологические закономерности развития психических болезней обнаруживают основные тенденции. Ни продуктивные, ни негативные расстройства не имеют абсолютной нозологической специфичности, эти закономерности скорее распространяются на род болезней или группы болезней, такие как психогенные, эндогенные и экзогенно-органические.

Следует отметить, что в каждой из указанных групп болезней имеют место все выделенные продуктивные симптомы. Так, при психогенных заболеваниях астенические и невротические синдромы характерны для неврозов и невротических развитии личности, аффективные, бредовые, галлюцинаторные, двигательные — для реактивных психозов (депрессии, параноиды, ступорозные состояния), преходящие интеллектуальные и мнестические расстройства — для истерических психозов (псевдодеменция, синдром регресса психики).

При эндогенных и экзогенно-органических заболеваниях имеются все перечисленные синдромы, однако существует определенная предпочтительность их, состоящая в наибольшей частоте и выраженности для той или иной группы заболеваний.

Негативные психические расстройства, несмотря на общепатологические закономерности формирования дефекта личности в связи с болезнью, имеют неоднозначные тенденции в группах заболеваний.

Негативные расстройства обычно представлены следующими синдромами: астеническим или цереброастеническим (истощение психической деятельности, по терминологии Снежневского), изменениями личности, включающими пси-хопатоподобные расстройства, причем при психогенных заболеваниях — это патохарактерологические расстройства, проявляющиеся утратой способности индивида руководить своими эмоциями и поведением при адаптации к окружа-

54

ющей среде. При экзогенно-органических заболеваниях негативные расстройства характеризуются психопатоподобны-ми изменениями личности, которые проявляются чрезмерной насыщенностью переживаний, неадекватностью по силе и выраженности эмоциональных реакций, эксшюзивности и агрессивности поведения.

При эндогенных заболеваниях, особенно при шизофрении, изменения личности имеют по сравнению с экзоген-но-органическими расстройствами противоположные тенденции и характеризуются эмоциональным обеднением и диссоциированностью эмоциональных проявлений, их разлаженностью и неадекватностью. Такой характер эмоциональных нарушений получил название “стекло и дерево”.

Следующий уровень негативных расстройств характеризуется снижением продуктивной деятельности за счет ин-теллекутально-мнестических и аффективных расстройств.

При эндогенных и экзогенно-органических заболеваниях эти расстройства также различны. Если при экзогенно-органических заболеваниях наблюдаются непосредственное снижение памяти и обеднение интеллектуальной деятельности, то при шизофрении эти расстройства обусловлены глубиной аффективных нарушений, апатией, абулией и само слабоумие носит название апатического слабоумия.

Принято считать, что у больных шизофренией не страдает память, однако хорошо известны случаи, когда больные, находясь длительно в отделении, не знают имени лечащего врача, соседей по палате, затрудняются назвать даты. Однако эти расстройства памяти не истинные, а обусловленные аффективными нарушениями. В ситуациях, к которым у больных имеется интерес, память оказывается сохранной.

Часть вторая

ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Глава 5

РАССТРОЙСТВА ОЩУЩЕНИЙ, ВОСПРИЯТИЙ И ПРЕДСТАВЛЕНИЙ

Ощущение — такой вид психической деятельности, который, возникая при непосредственном воздействии предметов и явлений окружающего мира на органы чувств, отражает лишь отдельные свойства этих предметов и явлений. Например, воспринимается только цвет или консистенция предмета либо звук какого-то явления и т. д. Ощущение — самый элементарный акт познавательного процесса.

Восприятие — это целостное отражение тех явлений или предметов окружающего мира, которые непосредственно воздействуют на наши органы чувств (человек воспринимает цветок в целом, видит его цвет и форму, чувствует запах, тонкость его лепестков).

Одним из свойств восприятия является представление, которое позволяет удерживать информацию на непосредственном уровне.

Представление — это результат оживления образов или явлений, воспринимаемых ранее, в прошлом.

Представление отличается от восприятия следующими особенностями: 1) имеет более обобщенный характер; 2) не так четко, как восприятие, характеризуется определенной фрагментарностью и неустойчивостью; 3) у разных людей имеет различную степень яркости; 4) обладает субъективностью и индивидуальностью, а также способностью к исчезновению.

Являясь способностью произвольно оживлять образы ранее воспринятых явлений и предметов, одни представления не обеспечивают человеку сохранение знаний.

Сохранение знаний — это прежде всего функция памяти. Представления не бывают изолированными: в процессе 56

познавательной деятельности они группируются, ассоциируются.

Ассоциация (от лат. associatio — соединение) — это связь представлений, основанная на предшествующем опыте, когда одно представление, возникнув в сознании, вызывает по каким-то признакам (сходство, близость, противоречивость и т. д.) другое.

* 1. Клинические проявления

Ощушения, воприятия и представления относятся к чувственному познанию. Одним из видов ощущения является боль.

* + 1. Расстройства чувственного познания

Расстройства, относящиеся к нарушениям чувственного познания, называются сенестопатиями (от лат. sensus — чувство, ощущение + греч. pathos — болезнь, страдание).

Сенестопатии — патологические ощущения в виде возникающего в различных частях тела или внутренних органах неприятного, а иногда очень тягостного, мучительного чувства покалывания, давления, жжения, скручивания, стягивания, не связанного с какой- либо соматической патологией.

Алгезия — расстройство чувства боли. При наличии такого'симптома обязательно следует исключить какую-либо неврологическую патологию.

Анестезия — потеря чувствительности, исчезновение ощущений, что может касаться как отдельных экстерорецеп-торов (утрата тактильной чувствительности, чаще всего на отдельных участках тела, утрата зрения или слуха с одной или обеих сторон), так и нескольких сразу (например, выпадение слуха и зрения одновременно). При такой патологии, имеющей чаще всего истерическую природу, необходимы самое тщательное объективное обследование, в первую очередь неврологическое (при кожной анестезии, например, участки потери ощущений не соответствуют зонам иннервации), а также другие специальные методы обследования.

Гипестезия — понижение чувствительности к внешним раздражителям. Звуки воспринимаются приглушенно, как бы “под сурдинку”, свет кажется тусклым, краски — какими-то блѐклыми, стертыми (“все кругом какое-то серое и лампочка так слабо светит”),

57

Гиперестезия — обостроенное, усиленное чувственное восприятие со стороны экстерорецепторов, касающихся как отдельных анализаторов (острое до непереносимости восприятие обычных запахов — гиперосмия; непереносимость обычных звуков — гиперакузия и т. д.), так и сочетания их (например, и свет, и звук кажутся очень сильными). Гиперестезия сопровождается реакцией раздражения.

Больной 34 лет, конструктор, после года очень напряженной, без отдыха, работы стал отмечать, что с трудом переносит любые внешние раздражители: “Воротник рубашки давит, яркий свет приводит в бешенство, обычный разговор в транспорте раздражает настолько, что нередко схожу раньше своей остановки, чтобы немного успокоиться”. Синестезии — особенности чувственного восприятия, заключающиеся в том, что внешний раздражитель, адресованный к одному анализатору, вызывает одновременно ответ с какого-то другого или нескольких анализаторов. Так, известный французский поэт Бодлер чувствовал в “слиянии воедино” запахи, звуки и краски (“Аромат зеленый и звучный”), хотя реально ощущал в это время только запах. У другого известного французского поэта

* Артюра Рембо — гласные буквы окрашивались в определенные цвета: “а” — в черный, “е” — в белый, “о” — в голубой и т.д.

Синестезии не обязательно патология, они могут встречаться и в норме — у одаренных музыкантов, поэтов, художников. Они могут возникать как временная патология при действии психотомиметических средств.

* + 1. Иллюзии

Иллюзии — расстройства восприятия, при которых реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном, ошибочном виде. Иллюзорное восприятие может иметь место и на фоне полного психического здоровья, когда искаженная перцепция связана с недостатком того или иного органа чувств или с проявлением одного из законов физики. Классический пример: ложка в стакане чая кажется преломленной, о чем еще Р. Декарт сказал: “Мой глаз ее преломляет, а мой разум — выпрямляет”.

Выделяют также иллюзии невнимания (К. Ясперс), когда здоровый человек при отвлечении внимания на что-то очень важное может воспринять окружающее ошибочно. Иллюзии, связанные с нарушением психической дея-

58

тельности, чаще всего подразделяются на аффективные или аффектогенные, вербальные и парэйдолические.

Аффективные (аффектогенные) иллюзии возникают под влиянием сильного чувства, такого аффекта как сильный страх, чрезмерное нервное напряжение. В таком напряженном состоянии человек прозрачную штору ошибочно воспринимает как качающийся скелет, пальто на вешалке кажется страшным бродягой, галстук на спинке стула — ползущей змеей, в шуме вентилятора слышатся угрозы в свой адрес и т. д.

Вербальные иллюзии (от лат. verbalis — устный, словесный) выражаются в ошибочном восприятии смысла слов, речей окружающих, когда вместо нейтрального для больного разговора окружающих он слышит (что обычно также бывает на фоне сильного страха) угрозы, ругательства, обвинения, якобы относящиеся к нему.

Парэйдолические иллюзии (от греч. para — возле, около + eidoles — образ) — расстройства восприятия, когда действительно существующие образы воспринимаются изменение, обычно в причудливо-фантастическом виде. Например, узор на обоях воспринимается как гигантская жаба, тень от торшера — как голова какого-то страшного ящера, узоры на ковре — как прекрасный, никогда прежде не виданный пейзаж, очертания облаков — как живописная группа людей.

Иллюзии подразделяют по органам чувств, но чаще всего выделяют зрительные и слуховые. Кратковременно они могут возникать и у здоровых людей, находящихся в состоянии тревоги, напряженного ожидания, сильного волнения . Однако скорее всего они сигнализируют о начинающемся психозе, о болезни, чаще интоксикационной или инфекционной природы.

Яркую и очень поэтичную иллюстрацию иллюзорного восприятия можно найти у Гѐте в его балладе “Лесной царь” (перевод В. А. Жуковского). Приводим два отрывка.

* Дитя, что ко мне ты так робко прильнул?
* Родимый, лесной царь в глаза мне сверкнул. Он в темной короне, с густой бородой.
* О, нет, то белеет туман над водой.

1 Как исключение парэйдолические иллюзии бывают у здоровых людей, особенно одаренных художников, например Леонардо да Винчи тренировками усиливал эту “способность к воображению” и призывал к тому же других художников (“Трактат о живописи”).

59

* Родимый, лесной царь со мной говорит:

Он золото, перлы и радость сулит.

* О, нет, мой младенец, ослышался ты; То ветер, проснувшись, колыхнул листы.
  + 1. Галлюцинации

Галлюцинации — расстройства восприятия, когда человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит, ощущает то, что в реальной действительности не существует. Это, как говорят, восприятие без объекта.

К галлюцинациям нельзя относить миражи — явления, основанные на законах физики. Подобно иллюзиям, галлюцинации подразделяются по органам чувств. Обычно выделяют слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные и так называемые галлюцинации общего чувства, к которым чаще всего относят висцеральные и мышечные галлюцинации. Могут быть и комбинированные галлюцинации (например, больной видит змею, слышит ее шипение и чувствует ее холодное прикосновение).

Все галлюцинации, независимо от того, относятся ли они к зрительным, слуховым или другим обманам чувств, делятся на истинные и псевдогаллюцинации.

Истинные галлюцинации всегда проецируются вовне, связаны с реальной, конкретно существующей обстановкой (“голос” звучит из-за реальной стены; “черт”, помахивая хвостиком, садится на реальный стул, оплетая хвостом его ножки и т. д.), чаще всего не вызывают у больных никаких сомнений в их действительном существовании, так же ярки и естественны для галлюцинирующего, как и реальные вещи. Истинные галлюцинации иногда воспринимаются больными даже более ярко и отчетливо, чем действительно существующие предметы и явления.

Псевдогаллюцинации чаще, чем истинные, характеризуются следующими отличительными особенностями: а) чаще всего проецируются внутри тела больного, главным образом в его голове (“голос” звучит внутри головы, внутри головы больной видит визитную карточку с написанными на ней неприличными словами и т.д.); Псевдогаллюцинации, впервые описанные В. Кандинским, напоминают представления, но отличаются от них, как подчеркивал еще сам В. Кандинский, следующими особенностями: 1) независимостью от воли человека; 2) навязчивостью, насильственностью; 3) законченностью, офор-мленностью псевдогаллюцинаторных образов.

60

б) если даже псевдогаллюцинаторные расстройства проецируются и вне собственного тела (что бывает гораздо реже), то они лишены характера объективной реальности, свойственной истинным галлюцинациям, совершенно не связаны с реальной обстановкой. Более того, в момент галлюцинирования эта обстановка как бы куда-то исчезает, больной в это время воспринимает только свой галлюцинаторный образ; в) появление псевдогаллюцинаций, не вызывая у больного каких-либо сомнений в их реальности, всегда сопровождается чувством сделанности, подстроенное™, наве-денности этих голосов или видений. Псевдогаллюцинации являются, в частности, составной частью синдрома Кандинского—Клерамбо, в который входит также бред воздействия, поэтому больные и убеждены, что “видение” им “сделали с помощью особых аппаратов”, “голоса наводят прямо в голову транзисторами”.

Слуховые галлюцинации чаще всего выражаются в патологическом восприятии больным каких-то слов, речей, разговоров (фонемы), а также отдельных звуков или шумов (а к о а з м ы). Словесные (вербальные) галлюцинации могут быть самыми разнообразными по содержанию: от так называемых окликов (больной “слышит” голос, называющий его имя или фамилию) до целых фраз или даже длинных речей, произносимых одним или несколькими голосами.

Наиболее опасны для состояния больных императивные галлюцинации, содержание которых носит повелительный характер, например больной слышит приказание молчать,

ударить или убить кого-то, нанести себе повреждение. Ввиду того что подобные “приказы” являются следствием патологии психической деятельности галлюцинирующего человека, больные с такого рода болезненными переживаниями могут быть очень опасны как для себя, так и для окружающих, а потому нуждаются в особом надзоре и уходе.

Галлюцинации угрожающие также очень неприятны для больного, так как он слышит угрозы в свой адрес, реже — в адрес близких ему людей: его “хотят зарезать”, “повесить”, “выбросить с балкона” и т. д.

К слуховым галлюцинациям относятся также комментирующие, когда больной “слышит речи” обо всем, о чем бы он ни подумал или что бы ни сделал.

Больной 46 лет, скорняк по профессии, много лет злоупотребляющий алкоголем, стал жаловаться на “голоса”, которые ему “проходу не дают”: “вот сейчас сшивает шкурки, но плохо, руки дрожат”, “решил отдохнуть”, “пошел за водкой”, “какую хорошую шкурку украл” и т. д.

61

Антагонистические (контрастирующие) галлюцинации выражаются в том, что больной слышит две группы “голосов” или два “голоса” (иногда один справа, а другой слева) с противоречивым смыслом (“Давайте сейчас с ними расправимся”. — “Нет, подождем, он не такой уж плохой”; “Нечего ждать, давай топор”. — “Не трогай, он свой в доску”).

Зрительные галлюцинации могут быть либо элементарными (в виде зигзагов, искр, дыма, пламени — так называемые фотопсии), либо предметными, когда больной очень часто видит не существующих в действительности зверей или людей (в том числе и тех, кого он знает или знал), животных, насекомых, птиц (з о о π с и и), предметы или иногда части тела человека и т. д. Подчас это могут быть целые сцены, панорамы, например поле боя, ад со множеством бегающих, кривляющихся, дерущихся чертей (панорамические, киноподобные). “Видения” могут быть обычных размеров, в виде очень мелких людей, животных, предметов и т. д. (лилипутские галлюцинации) или в виде очень больших, даже гигантских (макроскопические, гул-ливерские галлюцинации). В некоторых случаях больной может видеть себя, свой собственный образ (галлюцинации двойника, или аутоскопические).

Иногда больной что-то “видит” позади себя, вне поля зрения (экстракампинные галлюцинации).

Обонятельные галлюцинации чаще всего представляют собой мнимое восприятие неприятных запахов (больной ощущает запах гниющего мяса, гари, тления, яда, пищи), реже — совсем незнакомый запах, еще реже — запах чего-то приятного. Нередко больные с обонятельными галлюцинациями отказываются от еды, так как уверены, что “в пищу им подсыпают ядовитые вещества” или “кормят гнилым человеческим мясом”.

Тактильные галлюцинации выражаются в ощущении прикосновения к телу, жжения или холода (термические галлюцинации), в ощущении хватания (г а п-тические галлюцинации), появления на теле какой-то жидкости (гигрические галлюцинации), ползания по телу насекомых. Больному может казаться, будто его кусают, щекочут, царапают.

Висцеральные галлюцинации — ощущение присутствия в собственном теле каких-то предметов, животных, червей (“в животе лягушка сидит”, “в мочевом пузыре головастики расплодились”, “в сердце клин вбит”).

62

Гипнагогические галлюцинации — зрительные обманы восприятия, появляющиеся обычно вечером перед засыпанием, при закрытых глазах (их название происходит от греч. hypnos — сон), что делает их более родственными псевдогаллюцинациям, чем истинным галлюцинациям (нет связи с реальной обстановкой). Эти галлюцинации могут быть единичными, множественными, сценоподобными, иногда калейдоскопическими (“у меня

в глазах какой-то калейдоскоп”, “у меня теперь собственный телевизор”). Больной видит какие-то рожи, гримасничающие, показывающие ему язык, подмигивающие, чудовищ, причудливые растения. Значительно реже такое галлюцинирование может возникать во время другого переходного состояния — при пробуждении. Подобные галлюцинации, также возникающие при закрытых глазах, носят название гипнопомпических.

Оба этих вида галлюцинаций нередко бывают одними из первых предвестников белой горячки или какого-то другого интоксикационного психоза.

Функциональные галлюцинации — те, что возникают на фоне реального раздражителя, действующего на органы чувств, и только в течение его действия. Классический пример, описанный В. А. Гиляровским: больная, как только из крана начинает литься вода, слышала слова: “Иди домой, Наденька”. При закручивании крана исчезали и слуховые галлюцинации. Так же могут возникать зрительные, тактильные и другие галлюцинации. От истинных галлюцинаций функциональные отличаются наличием реального раздражителя, хотя и имеют совершенно иное содержание, а от иллюзий — тем, что воспринимаются параллельно с реальным раздражителем (он не трансформируется в какие-то “голоса”, “видения” и т.д.).

Внушенные и вызванные галлюцинации. Галлюцинаторные обманы чувств можно внушить во время сеанса гипноза, когда человек будет чувствовать, например, запах розы, сбрасывать с себя “обвивающую” его веревку. При известной готовности к галлюцинированию возможно появление галлюцинаций и тогда, когда спонтанно эти обманы чувств уже не появляются (например, если человек только что перенес делирий, особенно алкогольный). Симптом Липмана — вызывание зрительных галлюцинаций легким нажатием на глазные яблоки больного, иногда к надавливанию следует добавить и соответствующее внушение. Симптом чистого листа (симптом Рейха ρ д т а) заключается в том, что больному предлагается

63

очень внимательно рассматривать чистый лист белой бумаги и рассказывать, что он там видит. При симптоме Ашаффенбурга больному предлагают поговорить по выключенному телефону; таким образом проверяется готовность к возникновению слуховых галлюцинаций. При проверке последних двух симптомов также можно прибегнуть к внушению, сказав, допустим: “Посмотрите, какого вы мнения об этом рисунке?”, “Как вам нравится эта собака?”, “Что вам сообщает по телефону этот женский голос?”

Изредка внушенные галлюцинации (как правило, зрительные) могут иметь и индуцированный характер: здоровый, но внушаемый, с истерическими чертами характера человек может вслед за больным “увидеть” черта, ангелов, какие-то летающие предметы и т. д. Еще реже индуцированные галлюцинации могут возникнуть у нескольких людей, но обычно на очень короткое время и без той четкости, образности, яркости, как это бывает у больных.

Галлюцинации — симптом болезненного расстройства (хотя иногда и кратковременного, например, под действием психотомиметических средств). Но иногда, как уже отмечалось, довольно редко, они могут возникать и у здоровых (внушенные в гипнозе, индуцированные) или при патологии органов зрения (катаракта, отслойка сетчатки и т. д.) и слуха.

Галлюцинации при этом чаще элементарные (вспышки света, зигзаги, разноцветные пятна, шум листвы, падающей воды и т.д.), но могут быть и в виде ярких, образных слуховых или зрительных обманов восприятий.

Больная 72 лет с потерей зрения до уровня светоощущения (двусторонняя катаракта), у которой не выявлено никаких психических нарушений, кроме незначительного снижения памяти, после неудачно прошедшей операции стала говорить, что видит на стене каких-то людей, преимущественно женщин. Затем эти люди “сошли со стены и стали как настоящие. Потом на руках одной из девушек появилась маленькая собачка. Какое-то

время никого не было, затем появилась белая козочка”. В дальнейшем больная иногда “видела” эту козочку и спрашивала у окружающих, почему вдруг в доме очутилась коза. Никакой другой психической патологии у больной не было.

Через месяц, после удачно проведенной операции на другом глазу, галлюцинации полностью исчезли и в течение наблюдения (5 лет) никакой психической патологии, кроме снижения памяти, у больной не выявлялось.

Это так называемые галлюцинации типа Шарля Б о н-н э — натуралиста XVII века, наблюдавшего у своего 89-летнего деда, страдающего катарактой, галлюцинации в виде животных и птиц.

64

Признавая возможность галлюцинаций у людей с патологией зрения и слуха, необходимо собрать подробный анамнез (наличие в прошлом заболевания, рецидив которого возник во время заболевания глаз), провести тщательное обследование психического состояния в настоящее время и катамнестическое прослеживание, так как катаракта, снижение слуха и другие нарушения выявляются в пожилом возрасте, когда может начинаться и психическое заболевание, свойственное этому периоду. Очень важно знать и учитывать объективные признаки галлюцинаций, опасный характер некоторых из них (например, императивных галлюцинаций), присущее психически больным стремление скрыть свои болезненные переживания (диссимуляция). Нередко общая недоступность, невозможность вступить с больным в контакт обязывают врача очень тщательно следить за его поведением, мимикой, жестами, пантомимикой. Например, больные могут затыкать уши или нос, внимательно к чему-то прислушиваться, плевать вокруг себя, обнюхивать пищу, что-то говорить, прятаться, быть агрессивными, подавленными, растерянными и т. д.

Имеет значение и характер болезни: при острых психозах преобладают зрительные галлюцинации, при длительно текущих — слуховые.

Больной М., 35 лет, длительное время злоупотреблявший алкоголем, после перенесенной пневмонии стал испытывать страхи, плохо и беспокойно спать. Вечером с тревогой позвал жену и просил, указывая на тень от торшера, “убрать со стены эту безобразную рожу”.

Позднее увидел крысу с толстым, очень длинным хвостом, которая внезапно остановилась и спросила “мерзким писклявым голосом”: “Что, допился?”. Ближе к ночи вновь увидел крыс, внезапно вскочил на стол, пытался сбросить на пол телефонный аппарат, “чтоб испугать этих тварей”. При стационировании в приемном покое, ощупывая себе лицо и руки, раздраженно сказал: “Такая клиника, а пауков развели, все лицо мне паутина облепила”.

Галлюцинаторный синдром (галлюциноз) — наплыв обильных галлюцинаций (вербальных, зрительных, тактильных) на фоне ясного сознания, продолжительностью от 1—2 нед (острый галлюциноз) до нескольких лет (хронический галлюциноз). Галлюциноз может сопровождаться аффективными расстройствами (тревога, страх), а также бредовыми идеями. Галлюцинозы наблюдаются при алкоголизме, шизофрении, эпилепсии, органических поражениях головного мозга, в том числе сифилитической этиологии.

3—1039

* + 1. Дереализация

Дереализация — отчуждение мира восприятий (К. Ясперс), расстройство перцепции (восприятия) окружающей действительности, при котором восприятие прежде знакомых явлений и предметов, живых существ, пространственных отношений начинает сопровождаться чувством их измененности. чуждости, неестественности, нереальности. При этом больным чаще всего даже трудно определить, каким образом изменилось все вокруг. Именно поэтому при описании своих необычных переживаний они употребляют такие слова, как: “будто бы”, “вроде”, “неподобие”, “как бы”, “дома какие-то далекие-

далекие”, “как будто все подернулось какой-то дымкой”, “деревья как нарисованные, хотя я знаю, что они настоящие”, “все кругом какое-то мертвое”, “все и такое и не такое, как будто бы я видела все это во сне”, “все вижу как через толстое, мутное стекло”, “звуки доходят приглушенно, как будто бы мои уши заткнуты ватой”, “все воспринимается как бы через пленку тумана” и т. д.

Дереализационное восприятие окружающего может касаться как нескольких анализаторов одновременно (изменение зрительных, слуховых, тактильных, вкусовых и других впечатлений), так и какого-то одного из них (преимущественно зрительного или слухового): больной не может на ощупь определить, какого предмета он касается — деревянного или железного; не может различить вкус пищи (“все, как трава”).

Нарушения восприятия при дереализации могут касаться также пространственных взаимоотношений (“все куда-то отодвинулось и стало каким-то плоским, как бы нарисованным”) и измененного восприятия времени (“время течет слишком медленно”, “как бы остановилось” или, наоборот, “за этот краткий миг мне показалось, что надо мной пронеслись века”).

При выраженных дереализационных явлениях может исчезнуть чувство действительности: больная не знает, ела она сегодня или нет, была ли у нее на свидании мать и существует ли она вообще, не может представить себе свою домашнюю обстановку и т. д.

Дереализация нередко комбинируется с деперсонализацией, особенно в виде аутодеперсонализации.

Родственными дереализационными явлениями считаются такие симптомы, как уже виденное (deja vu), уже пережитое

66

(deja vecu), уже испытанное (deja eprouve), уже слышанное (deja entendu) или, напротив, никогда не виденное (jamais vu). Эти переживания состоят в том, что незнакомая, совершенно новая обстановка обычно на какое-то мгновение кажется знакомой, уже когда-то виденной, пережитой, а речи окружающих — когда-то слышанными. В противоположность Этим переживаниям бывает (также очень кратковременно), когда хорошо знакомая ситуация представляется совершенно чуждой, незнакомой, никогда не виданной.

Эти симптомы довольно часто встречаются и у здоровых людей, особенно в связи с утомлением, недосыпанием, перенапряжением.

Переживания чувства дереализации могут появляться и у здоровых людей (при тех же условиях и также кратковременно), хотя нередко встречаются и при психических заболеваниях. Из дереализационных расстройств у здоровых (также при переутомлении) иногда отмечаются кратковременные нарушения такого характера, когда хорошо знакомая местность кажется перевернутой на 180° (т. е. человек не сразу понимает, налево ему идти или направо), что обычно бывает на улице, при выходе из транспорта, в метро и т. д.

* + 1. Расстройства схемы тела1

Расстройства схемы тела выражаются в нарушении привычных представлений о размерах и форме своего тела или отдельных его частей, о расположении их или о положении всего тела. Например, больному кажется, что его голова стала огромной, не умещается не только на подушке, но и вообще в комнате, что ноги его начинаются прямо от головы, а туловище исчезло. Другой чувствует, что у него непомерно увеличилась рука — “стала просто пудовой”, сам он “становится маленьким или, напротив, огромным, “как Гулливер в стране лилипутов”, его “руки вытягиваются”, “ноги раздвоились и их стало не меньше четырех”, “голова отделилась от тела” и т.д. Под контролем зрения эти измененные представления о форме, размерах и положении собственного тела или отдельных его частей, как правило, исчезают, больной видит свое тело в обычном, привычном для него виде, но стоит ему закрыть глаза, как голова вновь становится непомерно большой и т. д.

1 Эти нарушения относятся к расстройствам сенсорного синтеза. 3\* “7

Расстройства схемы тела нередко сопровождаются ме-таморфопсиями — искаженным восприятием формы окружающих предметов (от греч. meta — после, за, через; обозначает также переход к чему-то другому, перемену состояния, превращение + morphe — форма). Например, шкаф кажется больному искривленным, ножки стула — зигзагообразными, окно принимает ромбическую форму. Кроме того, искаженное восприятие окружающих предметов выражается в том, что они кажутся больному меньше или больше их натуральной величины (микропсия, ма к-р о π с и я), увеличивается их число (полиопсия), они перемещаются (оптическая аллестезия), валятся на больного, вдавливаются в него, находятся в бурном движении (оптическая буря).

Иногда в грубо измененном виде воспринимаются не только величина и форма предметов, но и пространственные отношения: больному кажется, что стены комнаты сближаются, рушатся, падают на него или, напротив, раздвигаются, пол становится волнообразным, пространство как бы разрывается.

Метаморфопсии и родственные им симптомы отличаются от иллюзий адекватностью восприятия (больной знает, что он видит стул, хотя и с кривыми ножками, а не гигантского паука вместо стула, как это может быть при иллюзорном восприятии). От галлюцинаций они отличаются тем, что в искаженном виде больной воспринимает все- таки реально существующие вещи, а не то, чего нет в действительности.

* 1. Сравнительно-возрастные особенности расстройств ощущений, восприятий и представлений

Особенности патологии ощущений, восприятий, представлений зависят не только от характера заболевания, клинической формы, остроты и стадии его, но и от возраста больного (детский, подростковый, зрелый) .

Наиболее тщательное изучение нарушений ощущений и восприятий в детском и подростковом возрасте проведено Г. Е. Сухаревой.

Сенестопатии могут появляться у детей с 5—7 лет, чаще всего они проецируются в области органов брюшной полости

1 В юношеском возрасте расстройства восприятий практически не отличается от таковых в зрелом.

68

(хотя могут иметь и иную локализацию), возникают обычно в виде кратковременных эпизодов. Повторяемость таких кратковременных, но неприятных ощущений в области живота, которые ребенок не в состоянии обычно четко описать, может быть первым признаком начинающейся в детском возрасте эпилепсии (М. А. Успенская).

Девочка 7 лет довольно часто, иногда по нескольку раз в день, предъявляла матери одни и те же жалобы: “Что-то у меня в животике больно давит”. Тщательное соматическое обследование никакой патологии не обнаружило, а через 2 года у девочки появилась типично эпилептическая симптоматика.

Патологические ощущения в виде сенестопатий у подростков более оформлены, напоминают подобные расстройства у взрослых.

В силу яркости, образности детского восприятия, неразвитости еще второй сигнальной системы у детей иллюзии могут быть и в норме, когда “реальное часто переплетается с фантастическим”. Детям младшего возраста свойственна склонность к фантазированию, способность одушевлять или воспринимать по-иному реальные предметы, наделять их какими-то особыми свойствами (“солнышко живое, оно ходит по небу”, “диван — это машина, мы на ней сейчас едем на юг” и т.д.), но в то же время не отключаться от действительности.

При патологическом фантазировании ребенок целиком отрывается от реального мира, он весь в своих болезненных фантазиях.

Кроме того, у детей могут быть и собственно иллюзии как патология, возникающая либо на фоне страхов (аф-фектогенные иллюзии), либо при интоксикации и инфекциях, при делириозном расстройстве сознания.

Девочка 5 лет, перенесшая тяжелую форму скарлатины, при высокой температуре просила, показывая на стоящую в комнате еще не убранную новогоднюю елку: “Уберите этого Горыныча, прогоните его”.

Особенностью детского возраста, касающейся патологии восприятия, является частое “видение” различных героев сказок и мультфильмов. Это касается не только иллюзий, но и галлюцинаций. Дети “видят” “бабу-ягу”, “страшного тигра Шер-Хана”, “злую колдунью” и т. д. Другой особенностью является преобладание зрительных обманов восприятия (даже при шизофрении в отличие от этой болезни у взрослых, протекающей преимущественно со слуховыми галлюцинациями).

69

У детей и подростков могут быть и псевдогаллюцинации, причем нередко в виде гипнагогических. Последние возникают чаще всего на фоне болезни, особенно протекающей с помрачением сознания в виде онеироида (шизофрении, инфекции, в том числе интракраниальные; интоксикации) .

Девочка 3 лет, уже уложенная в постель, внезапно вскакивала и начинала бить себя кулачками по голове, плакать и кричать: “Опять эти страшные дядьки в голове, никак не могу прогнать их”.

Псевдогаллюцинации в виде гипнагогических могут возникать у детей и подростков и без какого-либо психоза, но при наличии таких черт, как эмоциональная лабильность, впечатлительность, повышенная внушаемость.

Нарушения сенсорного синтеза в виде расстройства схемы тела и метаморфопсий бывают у детей (обычно после 6— 7 лет) при органических поражениях головного мозга различной этиологии.

Глава 6

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ И ИНТЕЛЛЕКТА

Память — такой вид психической деятельности, при помощи которого отражается прошлый опыт.

Память (“входные ворота интеллекта”) является необходимым условием для более сложного вида психической деятельности — мышления. Различают кратковременную и длительную, механическую и смысловую (ассоциативную) память.

Память состоит из следующих основных компонентов: рецепция — восприятие нового; ретенция — способность удерживать эту новую информацию; репродукция — способность воспроизводить полученную информацию.

Интеллект — относительно устойчивая структура умственных способностей индивида (способность к рациональному познанию, мышление, ориентировка, критические способности, умение адаптироваться в новой ситуации и т.д.).

70

* 1. Клинические проявления 6.1.1. Нарушения памяти

6.1.1.1. Амнезии

Амнезия (греч. а — частица, означающая отрицание, + mncme — память, воспоминание)

* потеря памяти, отсутствие ее.

Ретроградная амнезия — потеря памяти на события, предшествующие расстройству сознания или болезненному психическому состоянию. Может охватывать различный отрезок времени.

Человек, перенесший травму головы с потерей сознания в течение 5 ч, прийдя в себя, никак не мог вспомнить не только как, при каких обстоятельствах это случилось, но и что было в течение трех дней перед этим. Совершенно не помнил, что он в этот период делал, где был, кого видел.

Антероградная амнезия — потеря памяти на события, происшедшие непосредственно после окончания состояния расстроенного сознания или болезненного психического состояния.

Продолжительность во времени также может быть различной.

Больной, перенесший серию эпилептических припадков, после окончания их и полного прояснения сознания долго разговаривал с врачом, сообщая ему о самочувствии в данный момент, жаловался на боль в прикушенном языке, на чувство разбитости во всем теле, просил поскорее выписать его домой. Однако когда он встретил врача через несколько часов — к вечеру того же дня, то никак не мог вспомнить, что сегодня этого врача уже видел. Совершенно не помнил также и содержание беседы, а также все другие события дня (что он ел за обедом, чем занимался).

Нередко встречается и сочетание этих двух видов амнезий, в таком случае говорят о ретроантероградной амнезии.

Фиксационная амнезия — потеря способности запоминать, фиксировать текущие события; все, что в данный момент имело место, тут же больным забывается.

Больная никак не могла запомнить, где стояла ее кровать, хотя находилась в этой палате уже в течение нескольких лет; не помнила имени своего лечащего врача, несмотря на то что ей сообщали его каждый день;

1 Термин произошел от имени Мнемосины (Мнемозины), богини памяти, матери 9 муз (в греческой мифологии).

71

никак не могла вспомнить, что она только что ела, чем занималась. Встречая по несколько раз в день дежурную сестру, каждый раз радостно заявляла: “Рада вас приветствовать, давненько мы с вами не встречались”.

Прогрессирующая амнезия характеризуется постепенным ослаблением памяти, причем в первую очередь ослабляется, а потом и исчезает память на текущие события, на то, что было недавно, на события последних лет, в то время как далекое прошлое человек- может помнить долго и довольно хорошо.

Больная, ничего не помнящая из событий последних лет, забывшая даже, как зовут ее дочь, в то же время хорошо помнила, какую чудесную куклу ей подарили в шестилетнем возрасте, хотя было это 60 лет тому назад. Помнила, какое на этой кукле было платье, какие волосы, как она не расставалась с ней даже ночью.

Характерная последовательность снижения памяти по принципу “обратного хода памяти” называется законом Ρ и б о. По этому закону происходит и так называемое физиологическое старение памяти.

6.1.1.2. Парамнезии

Парамнезия (греч. para — рядом, возле, около + mneme — память, воспоминание) — ошибочные, ложные, превратные воспоминания. Человек может вспоминать действительно имевшие место события, но относить их к совсем иному времени. Это называется псевдореминисценциями — ложными воспоминаниями.

Конфабуляции (от лат. con — с + fabula — повествование, история, сказка, беседы) — другой вид парамнезий — вымышленные воспоминания, совершенно не соответствующие

действительности, когда больной сообщает о том, чего в действительности никогда не было. В конфабуляциях часто присутствует элемент фантазии.

Больной с возмущением говорил: “Ужасные безобразия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через форточку”.

Криптомнезия (от греч. kryptos — скрытый, тайный + mneme — память, воспоминание) — такого рода парамнезии, когда человек не может вспомнить, когда было то или иное событие, во сне или наяву, написал ли он стихотворение или просто запомнил когда-то прочитанное, был ли он на концерте известного музыканта или только слышал

72

I

разговор об этом. Иными словами, забывается источник той или иной информации. Больная утром, только что проснувшись, рассказала соседкам по палате содержание своего сна: ей приснилось, что мать в ее отсутствие сдала в ломбард все ее платья. Увидев мать, пришедшую к ней на свидание к вечеру этого дня, больная стала плакать и упрекать ее за “сданные в ломбард платья”. Была убеждена, что это было на самом деле, заявляла матери: “Тебе просто стыдно, вот ты и говоришь, что ничего не сдавала”.

Очень редко встречается так называемая фотографическая память, когда человек, только что прочитав несколько страниц незнакомого текста, может тут же повторить на память все прочитанное почти без ошибок.

Близок к фотографической памяти и феномен, называемый эйдетизмом, в целом относимый не только к памяти, но и к области представлений (см. главу 5).

Эйдетизм (от греч eidos — образ) — явление, при котором представление зеркально воспроизводит восприятие. Здесь также участвует память в ее ярком образном виде: предмет или явление после исчезновения сохраняет в сознании человека свой живой наглядный образ. Эйдетизм как нормальное явление бывает у маленьких детей с их способностью к яркому образному восприятию и чрезвычайно редко встречается у взрослых. Например, ребенок, посмотрев на фотографию и перевернув ее обратной стороной, может в точности описать виденное.

Очень хорошая память совершенно не обязательно свидетельствует о высоком интеллекте. У олигофренов может быть очень высоко развито механическое запоминание без всякого его осмысления.

6.1.2. Интеллектуальные расстройства '''

Расстройства интеллектуальной деятельности — изменение процесса рационального познания, умозаключений, суждений, критических способностей.

6.1,2.1, Слабоумие

Различают так называемую деменцию (от лат. de — приставка, означающая снижение, понижение, движение вниз, + mens — ум, разум) — приобретенное слабоумие и олигофрению (от греч. oligos — малый в смысле количества + phren — дума, ум) — врожденное слабоумие.

73

По особенностям клинической картины различают следующие типы деменций. Органическая деменция — слабоумие, вызванное главным образом сосудистыми заболеваниями головного мозга, сифилитическими и старческими психозами, травмами головного мозга. Органическое слабоумие обычно делят на две группы: тотальное (диффузное, глобальное) и частичное (дисмнестическое, парциальное, лакунарное) .

Тотальное слабоумие характеризуется стойким снижением всех интеллектуальных функций, слабостью суждений, отсутствием критики к своему состоянию. Примером тому

может служить так называемая сенильная деменция (см. “Психозы старческого возраста”), а также слабоумие при прогрессивном параличе (паралитическая деменция — см.).

Больной, в прошлом очень образованный и культурный человек, не стесняясь присутствующих, ходит голым по палате, затем подходит к молодому врачу и предлагает ей “немедленно выходить за него замуж”. Не помнит дат своей жизни, известных исторических дат. Без всякой критики относится к своему состоянию, считает себя вполне здоровым, а факт своего пребывания в отделении психиатрической больницы объясняет желанием “отдохнуть от дел в этой милой обстановке”.

Частичное (дисмнестическое) слабоумие характеризуется, как показывает уже само название, выраженными нарушениями памяти. Остальные интеллектуальные функции страдают главным образом вторично, поскольку нарушаются “входные ворота интеллекта”, как иногда называют память. Такие больные сохраняют способность к суждениям, у них наблюдается критическое отношение к своему состоянию. Им трудно усваивать новое, но старые знания, особенно профессиональные, хорошо закрепленные, могут у них сохраняться довольно долго. Ввиду критического отношения к себе такие больные понимают свое положение, стараются избегать разговора, в котором они могли бы обнаружить расстройства памяти, пользуются постоянно записной книжкой, пишут заранее, что им надо сказать или сделать.

Типичная картина такого частичного слабоумия может наблюдаться при церебральном атеросклерозе или сифилисе головного мозга.

По Международной классификации болезней (10-й пересмотр) выделяются следующие видь! деменций: деменция при болезни Альцгеймера; сосудистая деменция; деменций при болезнях Пика, Гентингтона, Пар-кинсона, СПИДе и др.; неуточненные деменций.

74

I

Среди приобретенного слабоумия выделяют также шизофреническое и эпилептическое слабоумие.

Шизофреническое слабоумие, называемые еще апатическим или атактическим, характеризуется интеллектуальной бездеятельностью, безыницативностью, в то время как предпосылки к умственной деятельности еще длительное время могут сохраняться.

Именно поэтому интеллект таких больных сравнивают со шкафом, полным книг, которыми никто не пользуется, или с музыкальным инструментом, закрытым на ключ и никогда не открываемым.

Молодой человек 22 лет целыми днями неподвижно лежит в постели, не проявляя ни к чему никакого интереса и ничем не занимаясь. Не берет в руки книг, совершенно равнодушен к самой интересной телевизионной передаче. В то же время однажды неожиданно подошел к шахматному столику и обыграл очень сильного шахматиста. В дальнейшем по-прежнему ничем не занимался, безучастно относился к многочисленным предложениям сыграть в шахматы.

Эпилептическое слабоумие выражается не только в значительном снижении памяти, но и в своеобразном изменении мышления, когда человек начинает терять способность различать главное и второстепенное, ему все кажется важным, все мелочи — значительными. Мышление становится вязким, 'непродуктивным, патологически обстоятельным, больной никак не может выразить свою мысль (недаром эпилептическое мышление называют иногда лабиринтным). Характерно также сужение круга интересов, концентрация внимания исключительно на своем состоянии (концентрическое слабоумие).

Больная 36 лет, с детства страдающая эпилепсией, подробно, с множеством деталей, сообщает о своем состоянии: “Так вот, значит, я тогда пошла, пошла, а передо мной дверь,

ну я взялась за ручку, взялась и толкнула, а там еще бабушка стояла, у нее носки шерстяные и ботинки сороковой размер ...” и т. д. Всю эту длинную речь больная произнесла для того, чтобы сообщить врачу о появлении припадков после ушиба головы дверью. Память резко снижена, женщина пользуется небольшим количеством слов, часто применяя трафаретные выражения и рифмы, охотно употребляет уменьшительные слова: “глазоньки”, “рученьки”, “се-стриченька”, “кроваточка”. Целиком занята собой, окружающим интересуется постольку, поскольку это имеет какое-то отношение к ней.

Олигофрения — наследственное, врожденное или приобретенное в первые годы жизни слабоумие, выражающееся в общем психическом недоразвитии с преобладанием в первую очередь интеллектуального дефекта и вследствие этого в затруднении социальной адаптации.

75

* 1. Основные синдромы нарушений памяти и интеллекта

Синдром Корсакова — разновидность амнестического синдрома. Основой его является невозможность запоминать текущие события (фиксационная амнезия) при более или менее сохранной памяти на прошлое. В связи с этим возникает нарушение ориентировки (так называемая амнести-ческая дезориентировка). В первую очередь это касается времени. Кроме того, имеется дезориентировка в месте и окружающей действительности. И еще один характерный симптом этого синдрома — парамнезии, главным образом в виде конфабуляций или псевдореминисценций, но могут наблюдаться и криптомнезии.

Больной 33 лет, переведенный в психиатрическую клинику (ввиду выраженных расстройств памяти) из хирургической, где он лечился по поводу травмы головы, охотно сообщает свое имя и фамилию, профессию, имена детей. В то же время не знает, где он сейчас находится, какое сегодня число, что он совсем недавно ел. Никак не может упомнить имени лечащего врача (несмотря на то, что каждый день спрашивает об этом), не помнит, где стоит его кровать. На вопрос, чем он вчера занимался, сообщает, что “пришлось срочно пересматривать один проект”. В другой раз говорит: “Целый день занимался починкой мотоцикла, что-то он опять у меня забарахлил”.

Органический (энцефалопатический, психоорганический) синдром состоит из триады Вальтер-Бюеля, включающей в себя: 1) эмоциональную лабильность, эмоциональное недержание; 2) расстройство памяти; 3) снижение интеллекта. Больные становятся беспомощными, с трудом ориентируются (прежде всего нарушается ориентировка во времени, так как постоянно приходится запоминать новые числа), сложно адаптируются к новой ситуации, плохо ее понимают. У них ослабляется воля, снижается работоспособность, они легко переходят от слез к улыбке и наоборот. Нередки варианты психопатоподобного поведения органического генеза.

Выделяют следующие варианты (стадии) психоорганического синдрома (К. Шнайдер): астенический, эксплозивный, эйфорический, апатический.

Органический (психоорганический, энцефалопатический) синдром может возникать при самых различных заболеваниях: при непосредственном поражении головного мозга (опухоли, интракраниальные инфекции, травмы, сосудистая патология атеросклеротического, сифилитического и иного происхождения); при соматогениях (как следствие

76

заболевания печени, почек, легких и т. д.); при алкоголизме, наркоманиях, токсикоманиях, отравлении теми или иными токсическими веществами; при заболеваниях, протекающих с атрофическими процессами в головном мозге (например, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика и др.). Сопровождается самыми различными неврологическими расстройствами.

Психоорганический синдром, как правило, необратим, хотя и может дать некоторое обратное развитие при применении соответствующей терапии, в том числе ноотроп-ными средствами.

Глава 7

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Мышление — обобщенное отражение человеком предметов и явлений в их закономерных связях и отношениях. Основным элементом мышления является понятие — отражение в сознании человека наиболее общих и существенных свойств и качеств предметов и явлений в отличие от ощущений, восприятий и представлений, которые отражают либо отдельные конкретные свойства предметов и явлений (ощущения), либо эти конкретные явления и предметы в целом (восприятия), либо воспроизведение образов, воспринятых в прошлом (представления). Например, -понятие “дом” отражает общие свойства самых различных построек разной архитектуры, величины, стиля, месторасположения, содержит смысл “собственного жилища” и т. д.

Одной из самых главных особенностей понятий является то, что они базируются не только на собственном опыте человека, но и включают в себя опыт предыдущих поколений, закрепленный с помощью языка. Именно поэтому овладение языком способствует усвоению всего багажа знаний, накопленных человечеством.

Мыслительные операции включают в себя анализ, синтез, сравнения и обобщения, абстракцию и конкретизацию с последующим переходом к образованию понятий. Процесс ассоциации может нарушаться самым различным образом в зависимости от характера болезни, ее стадии, типа течения и исхода.

77

* 1. Клинические проявления
     1. Расстройства ассоциативного процесса

Ускорение мышления выражается в ускоренном течении ассоциативных процессов; мысли очень быстро сменяют друг друга, их так много, что больные, несмотря на очень быструю (“пулеметную”) речь, все-таки не успевают их высказывать. Внешне такая речь больных может напоминать шизофазию (разорванную речь), однако если ее записать, например, на магнитофон, то потом можно найти в ней определенный смысл, чего нет при шизофазии.

Для патологически ускоренного течения ассоциативных процессов характерна также отвлекаемость: мышление больного становится поверхностным, склонным к моментальному переключению; все, что попадает в поле зрения такого больного, тут же привлекает его внимание, занимает его мысли, дает новое направление его идеям.

Крайняя степень отвлекаемости выражается в “скачке идей” (fuga idearum), когда мысли больных, молниеносно сменяя друг друга, переключаются с одного предмета на другой так быстро, что уже трудно бывает уловить в них какой-нибудь общий смысл.

Может быть прерывистость ассоциаций (так называемые шперрунги; от нем. sperrung — загораживание, баррикадирование) .

Замедление мышления характеризуется бедностью ассоциаций, замедленным течением ассоциативного процесса, заторможенностью его. Больные с такими явлениями жалуются, что у. них “часами не бывает в голове никаких мыслей”, “ничего не приходит в голову”.

На вопросы они обычно отвечают очень лаконично, односложно, иногда только словами “да” или “нет”, часто после очень долгой паузы, когда у спрашивающего уже может создаться впечатление, что больной не расслышал или не понял вопроса. Сами больные в таком состоянии говорить не начинают, ни к кому ни за чем не обращаются.

Патологическая обстоятельность мышления заключается в чрезвычайной вязкости, тугоподвижности мыслительных процессов; больным очень трудно переключиться с одной темы на другую, они застревают на самых незначительных деталях, им все кажется

важным, нужным — каждая мелочь, каждый штрих; они не могут выделить главного, основного, существенного.

78

Патологическая обстоятельность мышления характеризуется очень малой продуктивностью, подчас же вообще непонятно, что больной хотел сказать, какой смысл имела его длинная витиеватая речь (лабиринтное мышление).

Персеверация мышления (лат. perseveratio — настойчивость, упорство) — патологическое застревание, задержка на одних и тех же представлениях, что клинически выражается в повторении (иногда очень длительном) одних и тех же фраз или слов. Чаще всего такие больные могут правильно ответить только на первый вопрос врача, а затем уже однообразно повторяют тот же ответ или части его.

Больного, страдающего тяжелой формой церебрального атеросклероза, спрашивают, где он лечится. Больной отвечает: “В больнице имени Соловьева”. — “Сколько времени вы здесь?” — “Больница Соловьева”. — “Ваша специальность до болезни?” — “Больница Соловьева”. — “Чем вы сегодня занимались?” — “Больница Соловьева”.

Вербигерация (от лат. verbum — слово + gero — веду, совершаю) — речевая стереотипия

* бессмысленное, нередко ритмическое повторение одних и тех же слов, реже — фраз или их обрывков.

Паралогичное мышление характеризуется отсутствием в мышлении логической связи; выводы, которые делает больной в таких случаях, не только не закономерны, но часто совершенно нелепы: “Я заболел шизофренией, потому что в детстве мало ел манной каши” или “Я хочу спать, а потому научите меня, пожалуйста, музыке”.

Резонерство — склонность к пустым рассуждениям, когда, как говорят, “очень много слов и мало мыслей”. Такое мышление характеризуется бесплодностью, отсутствием конкретности, целенаправленности: “Вы видите, как это важно, мне бы хотелось сказать и отметить, что это очень важно, важность значительная, это надо отметить, вы же не будете думать, что это не важно”.

Разорванность мышления выражается в отсутствии связи между отдельными мыслями или даже отдельными словами. Речь такого больного может быть совершенно непонятной, лишенной всякого смысла, и поэтому ее нередко называют словесной окрошкой, словесным салатом.

Паралогичное мышление, резонерство и разорванность мышления наиболее характерны для шизофрении.

Бессвязность мышления (инкогерентносвд>, инкоге'рен-тное мышление; лат. in — частица отрицания + coheerentia — сцепление, связь) характеризуется полной хаотичностью, бессмысленностью мышления, речь состоит

79

из набора отдельных слов, никак между собой не связанных: “Чудо-чудо... жили-были ... ах, как холодно ... день, пень, лень ... до свидания ...”. Инкогерентность внешне может напоминать то, что носит название разорванного мышления, но главное отличие состоит в том, что разорванное мышление возникает на фоне ясного сознания; инкогеренция же всегда является следствием помрачения сознания (обычно по типу аментивного синдрома, аменции).

Символическое мышление. Символика свойственна и нормальному мышлению тогда, когда она отражает общепринятые идеи, взгляды, связана с той или иной реальностью (например, символика гербов, математических знаков, наконец, рисунков в виде сердца, пронзенного стрелой).

При патологическом символизме (свойственном главным образом больным шизофренией) эта патология мышления сугубо индивидуальна и непонятна окружающим. Эта символика

может касаться как отдельных слов, понятий, так и всего строя мышления в целом. Больной может воспринимать символически и речь окружающих.

Больной при беседе с врачом, пишущим его историю болезни, отвечал довольно адекватно до тех пор, пока врач не попросил его объяснить смысл поговорки “Куй железо, пока горячо”. Больной, спокойно до того сидящий, вдруг вскочил и кинулся к окну. На вопрос, почему он так поступил, ответил: “Вы же сами сказали: "Куй железо" ... значит, "беги, пока не поздно"”.

Больные с символическим мышлением могут придавать особый смысл самым обыденным вещам (“желтый цвет обоев — значит, здесь живут ненадежные, склонные к изменам люди”; слова “хороший аппетит” говорят о том, что этот человек “сживет со света всех ему неугодных”.

При выраженных изменениях мышления речь больных может состоять из одних им понятных символов, в том числе и неологизмов (употребление новых, ни на что не похожих словообразований; больной при выражении удовольствия говорит “блюм-блям”, а при недовольстве чем-то — “пури-прури”).

Наглядным примером символического мышления могут быть рисунки, стихи и вообще любое творчество больных. Метерлинк — очень талантливый человек, к сожалению, страдавший шизофренией, вывел в своей широко известной пьесе-сказке образ Синей птицы, ставшей затем для всех людей символом недосягаемого, призрачного счастья. 80

* + 1. Сверхценные идеи

Патология мышления может выражаться в таком феномене, как сверхценные идеи — гиперквантивален-тные идеи (от лат. hyper — над, сверх + лат, quantum — сколько + valenti — сила) — мысли, возникающие в связи с какими-то действительными фактами или событиями, но приобретающие для человека особую значимость, определяющие все его поведение. Характеризуются большой эмоциональной насыщенностью, выраженным эмоциональным подкреплением. Например, человек, действительно пишущий стихи и, может быть, удостоившийся за это когда-то похвалы, начинает думать, что он необыкновенный, чрезвычайно талантливый, гениальный поэт, и вести себя соответствующим образом. Непризнание же его окружающими он расценивает как происки недоброжелателей, зависть, непонимание и в этом своем убеждении уже не считается ни с какими реальными фактами.

Такие сверхценные идеи собственной исключительности могут возникать и по поводу других чрезвычайно переоцениваемых способностей: музыкальных, вокальных, писательских. Может переоцениваться и собственная склонность к научной деятельности, изобретательству, реформаторству. Возможны сверхценные идеи физического недостатка, недоброжелательного отношения, сутяжничества.

Человек, имеющий небольшой косметический недостаток, например слегка оттопыренные уши, считает, что это — трагедия всей его жизни, что окружающие к нему из-за этого плохо относятся, что все его неудачи связаны только с этим “уродством”. Или человека кто-то действительно обидел, и он после этого ни о чем другом уже не может думать, все его помыслы, все его внимание направлены только на это, он уже и в самых безобидных действиях видит только одно — желание ущемить его интересы, вновь задеть его. То же может касаться и сутяжничества (кверу-лянства — от лат. querulus — жалующийся) — склонности к бесконечным жалобам, рассылаемым во всевозможные инстанции, причем число этих инстанций все возрастает, так как в конечном итоге каждая инстанция (например, газета, суд и т. д.), куда вначале жаловался такой сутяга, не признавшая его “правоты”, сама становится объектом очередной жалобы.

Сверхценные идеи особенно характерны для психопатических личностей.

81

* + 1. Бредовые идеи

Наиболее качественно выраженным расстройством мышления является бред. Бредовые идеи (бред) — неправильные умозаключения, ошибочные суждения, ложная убежденноств, не соответствующие действительности. От обычных человеческих

заблуждений бред отличается следующим: 1) он всегда возникает на болезненной основе, это всегда симптом болезни; 2) человек полностью убежден в достоверности своих ошибочных идей; 3) бред не поддается никакой коррекции, никакому разубеждению со стороны; 4) бредовые убеждения имеют для больного чрезвычайную значимость, так или иначе они влияют на его поведение, определяют его поступки. Просто заблуждающийся человек при настойчивом разубеждении может отказаться от своих заблуждений.

Никакими фактическими доказательствами бредового больного разубедить не удастся. По клиническому содержанию (по теме бреда) все бредовые идеи с известной долей схематизма можно разделить на три большие группы: 1) бредовые идеи преследования; 2) бредовые идеи величия; 3) бредовые идеи самоуничижения (депрессивный бред).

* + - 1. Бредовые идеи преследования

Бред отношения заключается в патологическом убеждении человека, что все имеет к нему отношение: окружающие смеются над ним, перемигиваются по его адресу, он вызывает их насмешливое или даже брезгливое к себе отношение. Такие больные перестают посещать общественные места, пользоваться общественным транспортом, ходить в театр или на лекции, так как убеждены, что стоит им только появиться, как все тут же замечают их, насмешливо улыбаются, как-то подозрительно смотрят, плохо говорят о них.

Разновидностью бреда отношения является бред особого смысла (особого значения). При этом самым обычным вещам больные придают особое значение, видят в них особый для себя смысл.

Больная, увидев на столе журнал с фотографией тигра в клетке, убежденно заявляет: “Все понятно. Специально положили эту картинку, чтоб подсказать, что скоро переправят меня в тюрьму”. Другой больной, увидев на одной из студенток желтую кофточку, со злобой стал кричать преподавателю: “Л, я знаю, вы нарочно привели ее сюда, чтоб всем

82

студентам стало известно о моей импотенции, вы же знаете, что желтый цвет об этом сигнализирует”.

Сенситивный (от лат. sensibilis — чувствительный) бред отношения формируется на основе таких особенностей личности, как застенчивость, впечатлительность, ранимость, мнительность.

Бред отравления заключается в болезненной убежденности человека в том, что его хотят отравить, поэтому он отказывается от еды (“постоянно яд в пищу подсыпают”), не принимает лекарств (“под видом лечения отравить хотят”), не покупает расфасованных продуктов (“я же знаю, что мне дадут бутылку с отравленным молоком”),

Бред воздействия может иметь много различных вариантов: больной убежден, что на него на расстоянии воздействуют гипнозом, электричеством, атомной энергией, влияя таким образом на его мышление, поступки, вызывая у него сексуальное возбуждение.

Больной сообщает: “Существует преступная группа, которая с помощью особых аппаратов постоянно держит меня под лазерными лучами. Они воруют мои мысли, жгут мои внутренности, создают мне плохое настроение”.

Бред преследования в собственном смысле означает патологическую убежденность в том, что “преследователи” находятся в непосредственном окружении больного, ходят за ним

по улице, подстерегают его под окнами дома, под видом больных проникают вслед за ним в клинику: “Я постоянно чувствую за собой слежку, за мной по пятам идут какие-то подозрительные личности в кепках, куда ни пойду, всюду они меня подстерегают, убить хотят”.

Бред материального ущерба характеризуется ложной убежденностью в том, что окружающие постоянно обворовывают больного, крадут его вещи и деньги, носят его одежду, получают за него его зарплату или пенсию, портят его имущество, морят его голодом: “Вот так и сплю в шапке и валенках, только сними — тут же украдут, уже очки украли, все книги растащили, даже кофейник унесли”. Бред материального ущерба наиболее типичен для психозов старческого возраста.

Бред порчи, бред околдования. У больного человека появляется убежденность в том, что он стал жертвой колдовства, “его испортили заговором”, “дали выпить какого-то зелья и он теперь стал совсем немощным”, “от него осталась одна только тень”, его “сглазили дурные глаза”. Такой бред

83

не следует смешивать с суевериями, коща подобные идеи носят характер простого заблуждения и не являются следствием болезни.

Бред обвинения состоит в болезненном убеждении, что окружающие обвиняют человека в какие-то неблаговидных поступках, считают вором, насильником, клеветником, а он “никак не может доказать свою невиновность”, ему “все равно не верят”, а иногда даже и специально “подстраивают факты”. Так, больная по целым дням не встает с постели, поскольку убеждена, что даже при отлучках в туалет ей “подсунут в постель чужую вещь и всем уже будет доказано, что она — воровка”. Или больной без конца обращается к окружающим со словами: “Я никогда не писал анонимок, умоляю вас, поверьте мне, я никогда не был пасквилянтом, ну почему мне никто не верит!” Этот бред наиболее типичен для пресенильных психозов.

Бред ревности — больной или больная немотивированно ревнуют жену или мужа, без всякого повода убеждены в супружеской неверности, они в самых невинных вещах видят “неоспоримые доказательства” своей правоты.

Больной сообщает: “Жена каждое утро выходит на балкон, чтобы полить цветы, а на самом деле сигнализирует этим любовнику, когда меня не будет дома”. Или: “Коврик у дверей сдвинут в сторону, ясно, что без меня здесь бьи кто-то чужой, ведь и я, и жена очень аккуратны”.

Бред ревности может встречаться при различных заболеваниях, в частности при алкоголизме.

* + - 1. Бредовые идеи величия

Бред изобретательства выражается в том, что больной убежден, что он сделал выдающееся открытие, изобрел вечный двигатель, открыл причину рака, нашел средство для максимального продления человеческой жизни, изобрел “эликсир вечной молодости”, “средство для усовершенствования человеческой породы”. Близок к этому бреду и бред реформаторства, когда больной убежден, что “открыл идею преобразования мира” и совершит “гениальную реформу”.

Бред высокого происхождения заключается в убежденности больного, что он сын всемирно известного писателя, кинозвезды, “последний отпрыск дома Романовых” и т. д., а “те, кто считается сейчас родителями, всего лишь воспитатели”, “подставные лица”, “родители в условном смысле”.

Бред богатства заключается в убежденности больного, 84

что он “владелец несметных сокровищ”, “обладает всеми золотыми запасами на земле”, “ему ничего не стоит подарить каждому студенту по золотой шубе”, у него “дом в миллион комнат”.

Любовный, эротический (сексуальный) бред заключается в том, что больной или больная твердо убеждены в необыкновенно сильной любви к ним какого-то человека, возможно, даже и незнакомого, который “безумно любит на расстоянии”. Такие больные настойчиво добиваются встречи с “возлюбленным” или “любимой”, буквально преследуют их, все поведение окружающих и особенно “предмета любви”, по их мнению, подтверждает правильность их мысли: “Он делает вид, что мы незнакомы, потому что оберегает меня от нападок своей нелюбимой жены”, “Она специально надела красное платье, чтобы показать, как сильна ее любовь ко мне”, “Он специально женился, чтобы не бросить тень на мою репутацию”.

Нелепый бред величия (грандиозных размеров) — так называемый мегаломанический (от греч. megas — большой) (“все дети на земле родились от него”, “все книги, какие в мире есть, написал я, но только под разными именами”, “я один могу сразу съесть десять быков”) характерен для прогрессивного паралича.

* + - 1. Бредовые идеи самоуничижения (депрессивный бред)

Бред самоуничижения, самообвинения, виновности, греховности — весьма близкие по клиническому содержанию патологические идеи о своих мнимых ошибках, несуществующих грехах, несовершенных преступлениях (“в жизни не сделано ничего хорошего”, “я никуда не годный человек”, “вся моя жизнь — сплошная цепь ошибок и преступлений”). Такие больные очень часто убеждены, что своими ошибками и поступками они погубили не только свою жизнь, но и жизнь своих близких, что они “всем в тягость”, “объедают окружающих”, “не имеют никакого права даже на кусок черствого хлеба”. Для них характерно также ожидание наказания, убежденность в его необходимости или неизбежности (“я — чудовище, не понимаю как меня земля держит”, “нет такой кары, которая бы соответствовала моим проступкам”). Подобные бредовые идеи особенно характерны для больных с пре-сенильными психозами.

85

Ипохондрический бред выражается в ошибочных умозаключениях по поводу состояния собственного организма, болезненной убежденности в наличии заболевания (рак, сифилис, СПИД, “воспаление всех внутренностей”, нарушение обмена веществ), поражения всего организма или отдельных частей тела (“кровь сгустилась, в сердце какие- то тяжи и пробки, скоро уже придет полный конец”, “весь мочевой пузырь поражен, моча даже не идет”). Иногда больные утверждают, что они уже не существуют, у них нет желудка, нет кишечника (“доктор, как я могу есть, когда у меня уже нет желудка, да и кишечник весь сгнил”, “сердце перестало работать, печень исчезла”, “почки насквозь прогнили”). Такая разновидность ипохондрического бреда носит название бреда отрицания или ни-гилистического бреда (от лат. nihily — ничего).

Реже такое бредовое отрицание касается не собственного организма, а внешнего мира: “все погибло”, “солнце погасло”, “земля провалилась”, “мир куда-то исчез” (подобный бред так и называется — бред гибели мира).

У одного и того же больного может быть либо одна бредовая идея, либо сразу несколько (например, одновременно существование бреда величия и преследования). Кроме того, один вид бредовых идей может переходить в другой (так называемая трансформация бреда).

Больная, прежде спокойная и жизнерадостная, с 18-летнего возраста стала все более замкнутой, избегала общественных мест, уединялась, плакала. Через некоторое время “под строгим секретом” сообщила матери, что стоит ей где-нибудь появиться, как все тут же обращают внимание на нее, смеются над ней, считают ее дурочкой. Через некоторое

время начала отказываться от еды, говорила, что ее хотят отравить, чтобы она “не мозолила всем глаза своим дурацким видом”. С трудом удавалось ее накормить, часто, уже взяв пищу в рот, тайком старалась ее выплюнуть. Активно лечилась и в течение нескольких лет была практически здоровой, работала. В возрасте 45—46 лет обнаруживала большую тревогу по поводу своего здоровья, сообщала мужу, что “внутри у нее что-то переворачивается”, “от подъема тяжести связки оборвались”. Все чаще и чаще обращалась к врачам различных специальностей, просила “проверить ее организм”, не верила, когда ее находили здоровой. Все более утверждалась в мнении, что у нее тяжелая, неизлечимая болезнь, а врачи “просто не понимают или не хотят расстраивать”.

Становилась все более подавленной, ничем не могла заниматься, почти все время лежала в постели (“конец уже виден”, “жить осталось несколько дней”, “живу только одним сердцем, а все остальное уже плохо работает”). С течением времени все более отчетливо выявлялся бред отрицания: “Все органы отвалились, желудок высох, совсем не работает, мочевой пузырь истлел, все нервы атрофировались, кишечник прирос к позвоночнику”.

Упорно отказывалась от еды: “Желудка нет, стула уже два месяца не было, печени нет, пища сразу поступает в мышцы, они уже тоже гниют”.

86

* + - 1. Индуцированное бредовое расстройство

Индуцированный бред заключается в том, что близкий больному человек начинает разделять его бредовые идеи. Такое “прививание” болезненных взглядов бывает обычно при следующих условиях: 1) тесное совместное проживание, постоянный контакт с душевнобольным; 2) заболевший всегда пользовался большим авторитетом, безграничным доверием и сильной привязанностью, был умнее и образованнее того, кто стал в конце концов разделять его бредовые идеи; наличие у индуцируемого таких особенностей, как внушаемость, ограниченность, а в ряде случаев даже дебильность; 3) медленное развитие и некоторое правдоподобие бредовых идей у “индуктора”.

По своему содержанию индуцированный бред может быть любого содержания (любовный, величия и т. д.), но чаще всего это бред преследования.

Индуцированный бред встречается нечасто и обычно непрочен, он быстро и бесследно исчезает при разъединении с больным человеком.

Изредка индуцированный• бред возникает не у одного, а у нескольких человек. Этот факт был одной из причин широко распространенных (особенно в средние века) так называемых психических эпидемий.

Индуцированный бред называют также подражательным помешательством, или помешательством из подражания (В. И. Яковенко).

* + - 1. Конформный бред

Конформный бред — одинаковые по содержанию бредовые идеи, возникающие у двух близких между собой психически больных (например, матери и дочери).

Независимо от клинического содержания все бредовые идеи делятся на две основные разновидности: первичный бред и бред чувственный (образный).

* + - 1. Особенности формирования бредовых идей

Первичный бред. Этот бред возникает вследствие нарушения логического познания, патологической интерпрета-

1 Наряду с этим термином часто используется французский термин “folie a deux”. 87

ции действительности, при этом чувственное познание практически не нарушается. При построении первичного бреда, основанного на субъективной логике, больной опирается на реальные факты и события, но трактует их очень избирательно: берется

только то, что подкрепляет и способствует дальнейшему развитию бреда, в то время как все контрфакты игнорируются и отбрасываются.

Первичный бред (называемый также интерпретатив-ным, или систематизированным) очень стоек и является системой последовательных построений, все более расширяющейся, усложняющейся и детализирующейся.

Примером первичного бреда может быть бред реформаторства, любовный, изобретательства и т. д.

Больная 42 лет, журналистка. Несколько лет назад брала интервью в одной семье и обратила внимание на то, что ребенок не похож ни на одного из родителей. С этого времени стала много думать о наследственности, читала соответствующую литературу. Постепенно пришла к мысли, что и она не очень похожа на своих родителей. Начала “усиленно заниматься генеалогией в целом и своей собственной в частности”, “находила очень много интересных фактов”, размышляла над ними. Однажды, прочитав о том, что во время расстрела семьи Романовых одна из дочерей якобы спаслась (хотя все остальные данные говорили, что погибли все), стала верить именно этой версии. Вновь “перерыла гору книг и статей”, постоянно думала об этом путем сопоставления разных фактов пришла к убеждению, что она — наследница этой великой княжны. Приводила многие “доказательства” этого, не слушала никаких разубеждений.

Как следует из приведенной иллюстрации, для больных с первичным бредом характерно то, что они довольно долго сохраняют внешне правильное поведение и трудоспособность и какое-то время этот бред не сопровождается другими психическими расстройствами.

Первичный бред может касаться и прошлого больного (так называемая бредовая ретроспекция). Например, больной, давно похоронивший любимую жену, постепенно “путем постоянного сопоставления разных фактов и анализируя их” пришел к выводу, что жена была ему неверна, “развратничала и изменяла с моим же другом”.

Сформировавшийся бред ревности был у больного очень стоек и имел яркую тенденцию к прогрессированию за счет “припоминания и сопоставления” все новых фактов “неверности” жены.

1 Впервые бред ревности как интерпретативный хронический бред был описан французскими психиатрами Серье и Капгра в 1909 г.

88

Чувственный (образный) бред. Этот бред возникает при нарушении преимущественно чувственного познания. В его структуре превалируют яркие образные представления в виде воображения, различных фантазий, вымыслов, грез.

В отличие от первичного бреда, который какое-то время может быть единственным психопатологическим образованием, чувственный бред сразу же возникает в сопровождении ряда иных расстройств в виде галлюцинаций, страха, тревоги, психомоторного возбуждения и т. д.

Чувственный образный бред чаще всего (также в отличие от длительно, хронически существующего первичного бреда) возникает остро, как какой-то этап развития болезни, что, однако, не исключает возможности его протрагированного варианта (А. В. Снежневский). Чувственный бред обычно нестоек, фабула его изменчива, но в то же время яркая, образная. Нередки такие симптомы (помимо очень типичных эмоциональных нарушений, главным образом в виде тревожного напряжения, страхов или, наоборот, экстаза, восторга), как бредовое восприятие, бредовая ориентировка, симптом инсценировки, симптом ложного узнавания, симптом положительного и отрицательного двойника.

Эти расстройства, часто сопутствующие друг другу или перемежающиеся, заключаются в том, что все окружающее имеет для больного какой-то особый, чаще угрожающий или даже зловещий смысл (хотя иногда это может быть и что-то приятное): больной не в больнице, а в тюрьме, театре, в какой-то другой стране; люди вокруг специально для больного что-то разыгрывают, представляют, “инсценируют”; больной “узнает” во враче подругу своей матери, в одной из студенток — когда-то отвергнувшую его девушку и т. д.

Чужие люди “подстраиваются” под родных и близких, например незнакомый больному человек воспринимается как “принявший облик” его деда (симптом положительного двойника), а родные и близкие кажутся чужими, но подстраивающимися под родных и знакомых, например пришедшую на свидание мать больной воспринимает как чужую женщину, лишь загримированную под мать (симптом отрицательного двойника).

Чувственный бред имеет различное по своей клинической фабуле содержание (бред преследования, бред особого смысла, особого значения, бред величия). Одним из проявлений чувственного бреда может быть фантастический бред.

Больная 19 лет, студентка. Заболела остро, психотическое состояние развилось в течение недели. Была растерянной, подавленной, тревожно

89

озиралась по сторонам, имела двойную ориентировку: она в больнице и в то же время в театре, где идет представление. Говорила, что она стала “центром мировых событий”, от нее зависит “все на свете”, “звезды могут изменить свое расположение”, “все из-за нее могут погибнуть”. Временами вскакивала с кровати, принимала горделивую позу и восклицала: “Я — центр мирового кино”, “Я — Аэлита 2-я”. Затем снова становилась тревожной и беспокойной, высказывала идеи отрицательного величия: “Я убийца всей цивилизации”, “Все мне намекают, что я убийца мировой цивилизации”.

Близок к фантастическому бреду и экспансивный бред — еще одна разновидность чувственного бреда, это “как бы бесконечное фантазирование вслух” (А. В. Снсжневский). Больной 34 лет, техник, высказывает идеи величия фантастического, экспансивного характера. Входит и садится с горделивым видом, настроение повышенное. Сообщает, что он сын “великого изобретателя” и сам “величайший из людей”. Его мать — одна из самых известных в мире женщин. Он обладатель несметных богатств, которые “и сосчитать трудно”, у него “масса домов и вилл в различных городах и странах”, он “разведчик самого отдаленного космоса”, его мозг “может перестроить вселенную”. Приходящим к нему для курации студентам каждый раз сообщал какие-то новые подробности своего величия; что он “главный резидент всех разведок”, “без участия его мысли не будет прогресса”, он “обладатель бесчисленного числа наград” и т. д.

* + - 1. Основные бредовые синдромы

Паранойяльный синдром. Этот синдром характеризуется постепенным формированием систематизированного бреда, особенно на первых порах эмоционально насыщенного и до какой-то степени правдоподобного, лишенного явных нелепостей. При этом бреде не бывает галлюцинаций (ни истинных, ни псевдогаллюцинаций). В ряде случаев рассматриваемый вид бреда может формироваться на основе сверхценной идеи. По содержанию это чаще всего бред изобретательства, ревности, физического недостатка, любовный, сутяжный. Как правило, он очень стоек.

Переводчик, долгие годы специализировавшийся в области технических переводов, с течением времени пришел к убеждению, что все это “ерунда”, что “техника не будет совершенной до тех пор, пока не будет совершенной человеческая порода”, и стал разрабатывать научную основу этого усовершенствования. Занимался этим несколько лет, настойчиво посещал ученых медиков и биологов, предлагая им “претворить его открытия в жизнь”. Всюду ходил с толстой папкой, полной справок, вырезок из газет и журналов, главным образом популярных. Предлагал создать такой научно-исследовательский институт, “где бы все сотрудники вели эксперименты на себе” и “путем перекрестного скрещивания добивались получения наилучшего потомства”. Признаков слабоумия не обнаруживал, с собеседниками был вежлив и корректен, но никаким разубеждениям не поддавался и был непоколебимо убежден в своей правоте. Несогласие же с ним (в том

90

числе и крупных ученых) объяснял тем, что “все это слишком ново” и “не всем дано смотреть далеко вперед”, а в дальнейшем и тем, что “завистники ему мешают”).

Галлюцинаторно-параноидный синдром. Этот синдром включает в себя бредовые идеи и галлюцинации. Одной из разновидностей этого синдрома является синдром Кандин-ского- Клерамбо (синдром психического автоматизма). Это галлюцинаторно-параноидный синдром, состоящий из псевдогаллюцинаций, бредовых идей воздействия (психического, физического, гипнотического — разновидность бреда преследования) и явлений психического автоматизма. Последние выражаются в чувстве неестественности, отчужденности, “сделанности” собственных движений, поступков, собственного мышления: “Я сам себе не принадлежу”, “Я как автомат, управляемый со стороны”, “Эта группа бандитов отнимает лучами мои собственные мысли, а вместо них вкладывает в голову какую-то белиберду”, “Вы думаете, это моя улыбка? Нет, мне ее сделали, а мне совсем и не весело”, “Моими ногами управляют, я совсем не собирался идти в ту сторону”.

Все симптомы, составляющие синдром Кандинского— Клерамбо, тесно между собой связаны; псевдогаллюцинации сопровождаются чувством сделанности, т. е. связаны с бредом воздействия, с ним же связаны и явления психического автоматизма, а также такие входящие в состав синдрома нарушения, как “чувство овладения” (больным “овладели”, он “не принадлежит себе”) и так называемый синдром внутренней открытости.

Последний, обычно очень тягостный для больных, заключается в убеждении, что все помыслы человека, в том числе и самые интимные, сейчас же становятся известны всем окружающим. Нередки и такие симптомы, как “эхо мыслей”, “громкое звучание мыслей” (как только человек о чем-либо подумает, тут же слышит звучание этих мыслей и уверен, что все окружающие это обязательно слышат).

Больной сообщает, что вот уже несколько лет он находится под постоянным воздействием каких-то аппаратов, направляющих на него “лучи атомной энергии”. Полагает, что это воздействие исходит от каких-то ученых, ставящих эксперимент. “Они выбрали меня, потому что у меня всегда было богатырское здоровье”. “Экспериментаторы отнимают его мысли”, “показывают ему какие-то образцы”, которые он видит внутри головы, в голове же “звучит голос — тоже их работа”. Внезапно во время беседы больной начинает гримасничать, кривить рот, подергивать щекой. На вопрос, зачем он это делает, отвечает: “Это вовсе не я, это они лучами жгут, направляют их на разные органы и ткани”. “Вот вначале подейст-

91

вовали на musculus orbilaris oris, а вот уже и лицевой нерв прожгли”. (Больной по специальности врач и до заболевания был хирургом, затем преподавателем анатомии.) Жаловался также, что “эти ученые изуверы”, воздействуют и на его внутренние органы — “прижигают гениталии”, “мочу задерживают”, “на проводящую систему сердца воздействуют”, “в голове жар вызывают”.

Выделяют две разновидности синдрома Кандинского— Клерамбо: 1) с преобладанием псевдогаллюцинаторных расстройств (превалирование патологии образных чувственных представлений), 2) с преобладанием бреда воздействия (превалирование патологии сферы мышления).

Синдром Кандинского—Клерамбо наиболее характерен для шизофрении, хотя может иметь психогенную или эк-зогенно-органическую природу. В таких случаях он чаще всего фрагментарен, менее стоек, синдромально незавершен.

Парафренный (парафренический) синдром. Этот синдром состоит из систематизированного бреда преследования и величия (обычно фантастического характера), а также явлений психического автоматизма и псевдогаллюцинаций. Нередко сочетается с повышенным настроением.

Больная, много лет высказывающая бредовые идеи физического воздействия (существует специальная организация, которая какими-то сверхмощными аппаратами воздействует на нее, на ее психику, отдает ей мысленные приказы, жжет ее тело), стала говорить, что у нее с “этой организацией установилась двусторонняя связь”. Заявляла, что она теперь тоже может воздействовать на окружающих, “передавать им свои мысли, сплошь такие гениальные”. Уверяла, что “этими передачами” способствует мировому прогрессу, влияет на ход истории, помогает творить художникам и композиторам, что ее мысли приводят в действие “особые секретные аппараты, трансформирующие солнечную энергию”.

Настроение приподнятое, благодушна, хотя иногда, главным образом при виде родственников, становится злобной.

Синдром Котара. Этот синдром чаще всего состоит из сочетания тяжелой депрессии и бреда отрицания [см. 7.2.3.3 (ипохондрический бред) ]. Однако в состав этого синдрома могут входить и такие бредовые идеи, как бред гибели мира, бред мучительного бессмертия и бред отрицательного величия (бред злого могущества). Бред мучительного бессмертия заключается в убежденности, что больной никогда не умрет, вечно будет жить и вечно мучиться. Бред отрицательного величия, или злого могущества, характеризуется стойкой убежденностью, что уже само существование больного приносит всем окружающим, а то и всему миру, огромный вред, непоправимый ущерб. Например, больной упорно отказывается от еды, ибо “я и так уже объел весь

92

мир, скоро все люди с голоду погибнут”; другая больная уверяет, что ее дыхание “зловонное и мерзкое” и может погубить на земле все живое.

Больная 60 лет, очень депрессивная, упорно отказывается от еды, объясняя это тем, что “пищеварительного тракта уже нет”, “он полностью сгнил”, “пища может попасть только в легкие”, “мышцы тоже все высохли”. “На веки вечные останусь таким живым трупом”, “буду только мучиться”, “постоянно думаю, как было бы справедливо, если бы я умерла, да ведь смерть меня не возьмет”. Умоляет врачей помочь ей в этом, договориться, чтобы “сожгли в атомном реакторе, может быть, хотя бы эта сила меня убьет, а то ведь так и буду вечно гнить заживо”.

Синдром дисморфомании — дисморфофобии. Этот синдром характеризуется обычно триадой (М. В. Коркина), состоящий: 1) из идей физического недостатка (“ноги такие уродливые”, “нос, как у Буратино”, “уши, как лопухи” и т. д.); 2) бреда отношения (“все смотрят и смеются”, “кому приятно смотреть на урода”, “люди на улице пальцем показывают”); 3) пониженного настроения, иногда вплоть до тяжелой депрессии с мыслями о самоубийстве.

Сама идея физического недостатка чаще всего является бредом паранойяльного типа (когда мысли об уродстве касаются совершенно правильной части лица или тела), реже — сверхценной идеей (в этом случае небольшой дефект, например несколько искривленные ноги, воспринимается как “потрясающее уродство”, “позор”). Больным с идеями физического недостатка чрезвычайно свойственно стремление к “исправлению”, “коррекции” тем или иным путем своего мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка. Особенно активно они посещают хирургов, добиваясь непоказанной им косметической операции.

Значительно реже мысли о том или ином физическом дефекте носят характер навязчивых образований. Поэтому более правомерно в большинстве наблюдений говорить не о дисморфофобии (от греч. dys — приставка, означающая расстройство + morphe — форма)

— навязчивом страхе по поводу неправильной формы той или иной части тела (хотя такие наблюдения тоже имеются), а о дисморфомании (от греч. mania — безумие, страсть, влечение).

Больной 20 лет твердо убежден, что у него “ужасно уродливый нос”, имея в виду маленькую горбинку. Убежден, что стоит ему где-нибудь появиться, как все тотчас

начинают его разглядывать и смеяться над ним. Поэтому выходит из дома только в темноте, да и то старается ходить по темным безлюдным улицам. Если же возникает крайняя необходимость выйти днем, то заклеивает нос пластырем или вызывает сильный его отек, сажая на область переносицы пчел. В таком виде чувствует себя более

93

спокойно и может даже появляться в общественных местах: “Хотя нос и раздулся, зато все видят, что это просто отек от укуса пчелы, а уродства не видно”. Очень подавлен, плачет, думает о самоубийстве. Многократно обращался к хирургам-косметологам с просьбой “убрать это безобразие”, “освободить от уродства”. В действительности же, по определению косметологов, у больного очень правильное красивое лицо, в том числе и нос).

Бредовые синдромы не являются чем-то постоянным и неизменным, одна их форма может переходить в другую. Так, в частности, паранойяльный синдром может сменяться синдромом Кандинского—Клерамбо, а тот в свою очередь парафренным, что нередко и бывает при параноидной шизофрении.

Школьник 16 лет, до этого живой и общительный, стал все чаще уединяться, избегая прежде всего общественных мест. Нередко, особенно если полагал, что за ним никто не наблюдает, рассматривал свое лицо в зеркале. Часто плакал. Рассказывал близким, что его подавленное состояние связано с “ужасным уродством нижней челюсти”, “непомерно большой и широкой”. Упрашивал хирургов сделать ему косметическую операцию, никак не реагировал на их заверения, что челюсть у него самая обычная, что абсолютно никаких дефектов в ее строении нет. Через несколько лет “стал замечать, что между ним и окружающими существует какая-то мысленная связь”, что у него “особая работа мозга”, “способность к передаче мыслей на расстоянии”. Уверял, что эта передача “может осуществляться непосредственно через череп” либо “через сетчатку в мозг, так экономнее”. Это “воздействие извне” способно не только передавать мысли, но и оказывать различные другие действия, например вызывать покраснение глаз, их “просветление”, слезотечение и т. д. Кроме того, этой “передачей” можно “наводить прямо в голову различные зрительные образы”, “видно в голове, как в туманном зеркале”. О челюсти к этому времени почти не вспоминал и бредовых идей отношения в это время также не высказывал (трансформация паранойяльного синдрома в синдром Кандинского—Клерамбо). Спустя еще несколько лет можно было наблюдать трансформацию и синдрома Кандинского—Клерамбо: он постепенно сменился парафренным синдромом. В этот период больной уверял, что “мысленную связь он установил и с другими планетами, слышит голоса и звуки с других планет, из других миров”. Требовал связать его с учеными-физиками, так как он “открыл величайший закон”, “такого еще никогда ни с кем не было”, он обладает “особым магнетизмом”, “может выработать систему улучшения жизни во всей Вселенной” (фантастический бред величия).

* + 1. Навязчивые состояния

Навязчивые состояния (обсессии) — это такого рода переживания, когда у человека помимо его воли возникают (“навязываются”) какие-то мысли, страхи, влечения, сомнения, действия. Несмотря на критическое отношение к подобным явлениям, избавиться от них человек не может. Навязчивые состояния (навязчивости) не обязательно симптом болезни, они могут встречаться и у здоровых людей.

94

Навязчивые мысли (навязчивые идеи) заключаются в появлении совершенно ненужных мыслей (умственная жвачка, мысли-паразиты), например, о том, почему у человека две ноги, а у лошади четыре, почему у людей носы разной формы, что было бы, если бы

солнце взошло на западе, а не на востоке. Понимая всю нелепость таких мыслей, относясь к ним с полной критикой, человек тем не менее избавиться от них не в силах.

Навязчивый счет заключается в непреодолимом стремлении считать все, что попадается на пути: окна в домах, перекладины в заборе, пуговицы на пальто соседа, шаги на том или ином расстоянии. Подобные навязчивости могут также выражаться и в стремлении к более сложным действиям, например в сложении цифр, составляющих номер того или иного телефона, в умножении отдельных цифр номеров машин, в подсчитывании общего числа всех букв на странице книги.

Навязчивые сомнения, сопровождаемые обычно неприятным, тягостным чувством, выражаются в постоянных сомнениях по поводу того, правильно ли человек сделал то или иное дело, закончил ли его. Так, врач, выписавший больному рецепт, потом бесконечно сомневается, не сделал ли он ошибки в дозе; машинистка много раз перечитывает напечатанный текст и, не находя ошибки, тем не менее вновь испытывает сомнения; преподаватель литературы постоянно сомневается, правильно ли он назвал ученикам имена литературных героев, не стал ли он из-за ошибки посмешищем всего класса.

Наиболее частый вид данного рода навязчивости — мучительные сомнения: выключил ли человек перед уходом газ, погасил ли свет, запер ли дверь. Нередко страдающий такими навязчивыми сомнениями по нескольку раз возвращается домой, чтобы проверить, допустим, закрыл ли он дверь, но стоит ему отойти, как он вновь начинает беспокоиться, завершил ли он это действие, не забыл ли повернуть ключ, вынуть его из замка.

Навязчивые воспоминания характеризуются непроизвольным появлением ярких воспоминаний обычно чего-то очень для человека неприятного, того, что он хотел бы забыть: например, навязчиво вспоминается какой-то тягостный для больного разговор, все детали смешного положения, в которое он когда-то попал, обстановка экзамена, на котором он с позором провалился, где ему было так стыдно.

95

Навязчивые страхи — фобии (от греч. phobos — страх). Очень мучительны переживания страха, вызываемого самыми различными предметами и явлениями: боязнь высоты, широких площадей или, наоборот, узких улиц, страх совершить что-то неприличное, преступное или недозволенное (например, страх убить своего единственного, горячо любимого ребенка, страх не удержать в общественном месте кишечные газы, страх громко кричать в обстановке торжественной тишины, во время концерта), страх быть пораженным молнией, утонуть, попасть под машину, страх перед подземными переходами, перед спуском по эскалатору метро, страх покраснеть в общественном месте, особенно во время щекотливого разговора, когда все могут подумать, что у больного “не совсем чистая совесть”, страх загрязнения, страх перед острыми, колющими и режущими предметами. Особую группу составляют нозофобии — навязчивые страхи заболеть тем или иным заболеванием (кардиофобия, сифилофобия, канцерофобия) или даже умереть от этой болезни либо от каких-то других причин (страх смерти — танатофобия; от греч. thanatos —т £мерть). Нередко встречаются фобофобии: человек, тяжело переживавший приступ навязчивого страха, потом испытывает уже страх самого страха (нового приступа).

Возникновение навязчивых страхов обычно сопровождается появлением выраженной вегетативной реакции в виде резкого побледнения или покраснения, потливости, сердцебиения, учащенного дыхания. Характерно, что обычно вполне критическое отношение к своему состоянию, понимание несостоятельности, необоснованности навязчивых страхов в момент приступа последних исчезает, и тогда человек действительно уверен, что “немедленно умрет от инфаркта”, “скончается от кровоизлияния в мозг”, “погибнет от заражения крови”.

Навязчивые влечения (навязчивые желания) выражаются в появлении неприятных для человека желаний (плюнуть в затылок впереди сидящего человека, дернуть за нос

встречного, выскочить из машины на самой большой скорости), всю нелепость и болезненность которых человек понимает. Особенность подобных влечений в том, что они обычно не переходят в действие, но для человека очень неприятны и мучительны. 1 Фобии, так же как и навязчивые влечения, нельзя отнести целиком к расстройствам мышления. При фобиях наряду с навязчивой мыслью присутствует такое выраженное эмоциональное расстройство, как страх.

96

Очень мучительны для больных и контрастные навязчивости, выражающиеся в хульных, кощунственных навязчивых мыслях, чувствах и страхах, оскорбляющих морально- этическую, нравственную сущность человека. У подростка, очень любящего свою мать, навязчиво возникают мысли и представления о ее физической нечистоплотности и возможном развратном поведении, хотя он твердо знает, что этого нет; у очень верующего человека появляются страхи, что он во время богослужения “сделает какую-нибудь непристойность”; у матери при виде острых предметов возникают навязчивые представления, как она втыкает их в горло своего единственного ребенка и т. д.

Подобно навязчивым желаниям, влечениям и т. д., контрастные навязчивости также никогда не реализуются.

Навязчивые действия характеризуются непроизвольным выполнением движений, чаще всего совершаемых автоматически: человек во время разговора крутит в руках кусок бумаги, ломает спички, чертит карандашом фигуры, накручивает на палец прядь волос, без всякого смысла переставляет предметы на столе, во время чтения грызет ногти, дергает себя за ухо. Сюда же относятся и такие действия и движения, как шмыгание носом, прищелкивание пальцами, покусывание губ, постоянное одергивание пиджака, непроизвольное потирание рук и др. В отличие от массы других навязчивостей эти движения и действия совершаются автоматически, выполнение их не сопровождается никакими неприятными чувствами, их просто не замечают. Более того, человек усилием воли может их задержать, помня о них, может их не совершать, но стоит ему чем-то отвлечься, как он снова начинает непроизвольно крутить в руках карандаш, перебирать лежащие перед ним на столе предметы.

Ритуалы (от лат. ritualis — обрядовый) — навязчивые действия и движения, совершаемые больными в качестве необходимого обряда при наличии у них фобий или мучительных сомнений. Эти ритуальные движения или действия (подчас очень сложные и длительные) выполняются больными для защиты от ожидаемого несчастья или успокоения при навязчивых сомнениях. Например, больная с навязчивым страхом загрязнения так часто моет руки, что в день расходует по куску мыла. Во время каждого мытья она намыливает руки не менее десяти раз, считая при этом вслух; если же почему-либо собьется со счета или ее отвлекут, то она тут же должна это число намыливаний

4—1039 97

утроить, затем вновь и вновь утроить и т. д. Больной с навязчивым страхом пожара время от времени поворачивается трижды вокруг своей оси, испытывая после этого на Какой-то период успокоение. Девочка с навязчивым страхом подавиться перед каждым приемом пищи ставит тарелку себе на голову. Женщина, склонная к навязчивым сомнениям, закрыла ли она входную дверь, обязательно подергает за ручку 12 раз, напевая про себя один и тот же мотив.

Больная 40 лет обратилась с жалобами на наличие разнообразных навязчивых явлений. Впервые стала испытывать навязчивый страх с 13 лет, когда, выходя из кинозала, почувствовала острый позыв на мочеиспускание. С этого дня возник страх не удержать мочу в общественном месте, особенно при большом скоплении людей. В остальном чувствовала себя здоровой, успешно окончила школу, поступила на работу. В 19-летнем возрасте (на фоне переутомления и длительного недосыпания) возник мучительный страх

сойти с ума (этому способствовал рассказ подруги о заболевании ее дяди), а несколько позднее присоединился страх заболеть ранним склерозом и гипертонической болезнью и умереть от этого. С трудом работала, плохо спала ночью, читала массу медицинской литературы. Лечилась, состояние улучшилось, однако после разрыва с женихом вновь с еще большей силой стали беспокоить навязчивые страхи и особенно сильно — страх заболеть ранним склерозом и гипертонической болезнью и умереть от этого. Очень ярко представляла себе сцену своей смерти и похорон.

Больная понимала нелепость своих страхов, но избавиться от них не могла. Некоторое успокоение чувствовала после совершения следующих ритуальных действий: снимала с себя одежду и, покрутив каждую вещь 3 раза, бросала ее на пол, но так, чтобы одна вещь лежала не менее чем на метровом расстоянии от другой, “а еще лучше, чтоб чулок летел в один конец комнаты, кофточка — в другой, а туфли — на балкон”. Состояние особенно ухудшилось после присоединения навязчивого страха перед острыми и режущими предметами, который постепенно стал “самым главным, самым ужасным”, в то время как прежние фобии уже почти не беспокоили. Кроме того, возникли очень мучительные навязчивые влечения выколоть себе глаза, затянуться полотенцем, разрезать кожу щеки. В отличие от бреда навязчивости могут быть и у здоровых людей (многим хорошо известна навязчивость какого-то мотива, какой-то мелодии).

Способствуют возникновению навязчивостей у здоровых людей недосыпание, переутомление, астенизация.

* + 1. Сравнительно-возрастные особенности бредовых идей и навязчивых состояний У детей в связи с неразвитостью второй сигнальной системы бредовые идеи возникают очень редко. Им более свойственно патологическое фантазирование, отличающееся от обычной детской склонности к фантазиям определенной

98

нелепостью, несвязанностью с конкретной реальной обстановкой.

Бред у детей может возникнуть на фоне помраченного сознания, преимущественно делириозного, и связан тематически с яркими иллюзиями и галлюцинациями, нестоек, фрагментарен, обычно исчезает с прояснением сознания.

Для детей младшего подросткового возраста характерен бред чужих родителей (Г. Е. Сухарева), когда собственные родители воспринимаются как чужие люди, не любящие ребенка, тяготящиеся им, а настоящие родители либо неизвестно где, либо реальные высокопоставленные лица.

У подростков может быть уже вполне сформированная бредовая система, например, бред физического недостатка, бред отношения (см. синдром дисморфомании).

В целом, притом что ряд бредовых идей, например бред преследования, может быть в любом возрасте, существует определенная возрастная предпочтительность, где влияние возрастного фактора выражено весьма значительно.

Кроме подросткового возраста, бред физического недостатка характерен и для юношеского периода (нередко подростковый и юношеский возраст в целом определяют как адолесцентный).

Для среднего возраста жизни человека предпочтителен бред ревности, любовный бред, бред преследования в структуре синдрома Кандинского — Клерамбо.

В пресенильном возрасте гораздо легче, чем в ином, возникают бред самообвинения, обвинения, нигилистический бред, бред мучительного бессмертия, бред гибели мира, бред отрицательного величия или злого могущества (в составе синдрома Котара).

Для сенильного возраста характерен бред материального ущерба.

Навязчивые состояния у детей ранее всего проявляются в двигательной сфере в виде сосания большого пальца (в течение первого года жизни это явление нормальное), разного рода тиков, онихофагии (от греч. onychos — ноготь) — навязчивого стремления грызть ногти (обычно после 5 лет), трихотилломании (от греч. trichos — волос) — навязчивого

стремления выдергивать волосы (подчас вплоть до образования значительных плешин) с возможным последовательным их заглатыванием.

В раннем детском возрасте нередко возникают страхи, особенно темноты и одиночества, в более старшем возрасте — страх заражения какой-либо болезнью, пожара, тех

4\* 99

или иных животных или насекомых, страх потерять родителей. Такого рода страхи нередко возникают после напугавшего ребенка реального события, страшных рассказов, просмотра фильма с соответствующим сюжетом. Навязчивые мысли (идеаторные навязчивости) возникают обычно только с подросткового возраста.

Глава 8

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

* 1. Определение

Эмоции (от лат. emoveo, emotum — возбуждать, волновать) — реакции в виде субъективно окрашенных переживаний индивида, отражающих значимость для него воздействующего раздражителя или результата собственного действия (удовольствие, неудовольствие).

П. К. Анохин писал, что эмоции — это физиологические состояния организма, имеющие ярко выраженную субъективную окраску и охватывающие все виды чувствований и переживаний человека — от глубоко травмирующих страданий до высоких форм радости и социального жизнеощущения.

Отношение человека к происходящим событиям и удовлетворению своих потребностей выражается в чувствах (эмоциях). Выделяют эмоции эпикритические, корковые, присущие только человеку, филогенетически более молодые (к ним относятся эстетические, этические, нравственные) и протопатические эмоции, подкорковые, таламические, филогенетически более древние, элементарные (удовлетворение чувства голода, жажды, полового чувства).

Существуют положительные эмоции, которые возникают при удовлетворении потребностей, — это переживание радости, воодушевления, удовлетворения и отрицательные эмоции, при которых переживается затруднение в достижении цели, огорчение, тревога, раздражение, гнев.

Кроме того, были выделены (Э. Кант) стенические эмоции, направленные на активную деятельность, борьбу, способствующие мобилизации сил для достижения цели, и астенические, обусловливающие пониженную активность, неуверенность, сомнения, бездеятельность.

Эмоции являются наиболее древними психическими функциями человека. Многие эмоциональные реакции, особенно

100

инстинктивные, человек получил от животных. У животных эмоциональные реакции возникали в связи с различными ситуациями, вызывающими реакцию страха или гнева. Если реакции эти были связаны с угрозой для жизни животного, то возникала необходимость вступать в борьбу или спасаться бегством. Так как, переживая страх, животное готовилось к действию, то в процессе эволюции закрепились наиболее целесообразные вегетативные реакции, которые и обеспечивали эту деятельность.

Во время переживания страха обычно происходит перераспределение крови в организме, расширение сосудов в мышцах, сердце, легких, мозге и сужение их в коже и брюшной полости. Это обеспечивает успешное спасение бегством или меньшую кровопотерю в случае борьбы. До вступления в борьбу или до бегства животное пытается еще отпугнуть врага: оно принимает устрашающие позы, выгибает спину, поднимает хвост; оскаливает зубы. В это время наблюдается пиломоторная реакция: шерсть поднимается дыбом, в результате чего животное увеличивается в размерах. Под влиянием эмоции страха у

животного повышается содержание сахара в крови, возрастает вязкость крови. Все эти реакции являются защитными, выработавшимися в процессе эволюции.

У человека эти вегетативные реакции, несмотря на то что они утратили целесообразность, сохраняются, хотя многие из них стали рудиментарными. Так, при переживании страха у человека наблюдается бледность кожных покровов, тело -покрывается “гусиной кожей”

* это и есть рудимент пиломоторной реакции.

В вегетативных реакциях при различных эмоциональных состояниях может преобладать тонус то симпатического, то парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Эмоции сопровождаются не только вегетативными реакциями, но и выразительными движениями, близкими к таковым у животных. Так, при попадании в пасть собаки чего- либо несъедобного можно наблюдать мимическую реакцию, подобную той, какая возникает у человека, когда он принял горькое лекарство или когда ему сообщили о неблаговидном поступке и у него возникло чувство досады.

Выразительные движения могут быть адекватны переживаемой эмоции, человек может их подавить усилием воли. В ряде случаев мимика и выразительные движения

101

не соответствуют переживаемой эмоции, например при огорчении у человека возникает улыбка.

Под аффектом принято понимать кратковременное •сильное душевное волнение, которое сопровождается не только эмоциональной реакцией, но и возбуждением всей психической деятельности.

Выделяют физиологический аффект, например—шева или радости, не сопровождающийся помрачением сознания, автоматизмами"^ амнезией. Астенический аффект —^ы-~стро истощающийся аффект, сопровождающийся угнетенным настроением, снижением психической активности, самочувствия и жизненного тонуса.

Стенический аффект характеризуется повышенным самочувствием, психической активностью, ощущением собственной силы.

Патологический аффект — кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся в концентрации сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следуют общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; характеризуется частичной или полной амнезией.

В ряде случаев патологическому аффекту предшествует длительная психотравмирующая ситуация и сам патологический аффект возникает как реакция на какую-то “последнюю каплю”.

Под настроением понимают более или менее продолжительное эмоциональное состояние. Филогенез чувств (по Рибо) характеризуется следующими этапами:

1. й этап — протоплазматический (досознательный), на этом этапе чувства выражаются в изменениях раздражимости тканей;
2. й этап — потребностей; в этот период появляются первые признаки переживания удовольствия — неудовольствия;
3. й этап — так называемых примитивных эмоций; к ним относятся эмоции органического характера; боль, гаев, половое чувство;
4. й этап — абстрактные эмоции (моральные, интеллектуальные, этические, эстетические). 102
   1. Онтогенез эмоций

В онтогенезе эмоций выделяют 4 этапа. Первый этап (у новорожденных) характеризуется преобладанием инстинктов и прежде всего инстинкта самосохранения (включая пищевой).

Второй этап — этап органического чувствования. Основой его является переработка информации от экстеро-и интерорецепторов и возникновение нестойких образных представлений о действительности с переживаниями ребенка: удовлетворения — неудовлетворения, приятного — неприятного и т. д. Из этих чувств формируется отношение ребенка к близким.

Третий этап — развитие эпикритических эмоций с 3—4 до 12—14 лет. Связь развивающихся эмоций с органическими потребностями преобладает еще продолжительное время, и с 10—12 лет эмоции приобретают самостоятельное психическое выражение. Продолжается совершенствование эпикритических эмоций, в эмоциональных реакциях начинает преобладать корковая коррекция органических потребностей и влечений.

Четвертый этап — формирование высших человеческих эмоций, полное развитие которых достигается к 20—22 годам. К этому периоду чувства становятся подвластны рассудку, иными словами, корригируются интеллектуальной деятельностью. В этот период становится возможным подавление внешних проявлений эмоций, мимических реакций и выразительных движений.

* 1. Симптомы эмоциональных нарушений
     1. Нарушения эмоционального реагирования

Эмоциональное реагирование — острые эмоциональные реакции, возникающие в ответ на различные ситуации. В отличие от изменений настроения эмоциональные формы реагирования кратковременны и не всегда соответствуют основному фону настроения.

Эмоциональные нарушения характеризуются неадекватностью эмоционального реагирования на внешние события. Эмоциональные реакции могут быть неадекватны по силе и степени выраженности, длительности и значимости вызвавшей их ситуации.

Эксплозивность — повышенная эмоциональная возбу- 103

димость, склонность к бурным проявлениям аффекта, неадекватная по силе реакция. Реакция гнева с агрессией может возникнуть по незначительному поводу.

Эмоциональное застревание — состояние, при котором возникшая аффективная реакция фиксируется на длительное время и оказывает влияние на мысли и поведение. Пережитая обида “застревает” надолго у злопамятного человека. Человек, усвоивший определенные догмы, эмоционально для него значимые, не может принять новые установки, несмотря на изменившуюся ситуацию.

Амбивалентность — возникновение одновременно противоположных чувств по отношению к одному и тому же человеку.

Чувство потери чувств — утрата способности реагировать на происходящие события, мучительное бесчувствие, например при психогенном “эмоциональном параличе”.

* + 1. Симптомы расстройств настроения

Под настроением понимается преобладающее на определенный период эмоциональное состояние, оказывающее влияние на всю психическую деятельность.

Расстройства настроения характеризуются двумя вариантами: симптомами с усилением и ослаблением эмоциональности. К расстройствам с усилением эмоциональности относятся гипертимия, эйфория, гипотимия, дисфория, тревога, эмоциональная слабость.

Гипертимия — повышенное веселое, радостное настроение, сопровождающееся приливом бодрости, хорошим, даже прекрасным физическим самочувствием, легкостью в решении всех вопросов, переоценкой собственных возможностей.

Эйфория — благодушное, беспечное, беззаботное настроение, переживание полного удовлетворения своим состоянием, недостаточная оценка происходящих событий.

Гипотимия — сниженное настроение, переживание подавленности, тоскливости, безысходности. Внимание фиксировано только на отрицательных событиях, настоящее, прошлое и будущее воспринимаются в мрачных тонах.

Дисфория — злобно-тоскливое настроение с переживанием недовольства собой и окружающими. Часто сопровождается выраженными аффективными реакциями гневливости, ярости с агрессией, отчаяния с суицидальными тенденциями.

104

Тревога — переживание внутреннего беспокойства, ожидание неприятности, беды, катастрофы. Чувство тревоги может сопровождаться двигательным беспокойством, вегетативными реакциями. Тревога может перерасти в панику, при которой больные мечутся, не находят себе места или застывают в ужасе, ожидая катастрофу.

Эмоциональная слабость — лабильность, неустойчивость настроения, изменение его под влиянием незначительных событий. У больных легко могут возникать состояния умиления, сентиментальности с появлением слезливости (слабодушие). Например, при виде шагающих пионеров человек не может удержать слезы умиления.

Болезненное психическое бесчувствие (anaesthesia psychica dolorosa). Больные мучительно переживают утрату всех человеческих чувств — любви к близким, сострадания, горя, тоски. Они говорят, что стали “как дерево, как камень”, страдают от этого, уверяют, что тоска легче, так как в ней человеческие переживания.

Все перечисленные симптомы свидетельствуют об усилении эмоционального состояния независимо от того, каковы эти эмоции — положительные или отрицательные.

К нарушениям настроения со снижением эмоциональности относятся такие состояния, как апатия, эмоциональная монотонность, эмоциональное огрубение, эмоциональная тупость. Апатия (от греч. apatia — бесчувственность; синонимы: анормия, антинормия, болезненное безразличие) — расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим лицам и событиям, отсутствием желаний, побуждений и полной бездеятельностью. Больные в таком состоянии не проявляют никаких интересов, не высказывают никаких желаний, не интересуются окружающими, часто не знают, как Зовут соседей по палате, лечащего врача — не из-за нарушений памяти, а из-за безразличия. На свиданиях с близкими молча забирают подарки и уходят.

Эмоциональная монотонность — эмоциональная холодность. У больного наблюдается ровное, холодное отношение ко всем событиям независимо от их эмоциональной значимости.

Эмоциональное огрубение. Оно проявляется в утрате наиболее тонких дифференцированных эмоциональных реакций: исчезает деликатность, сопереживание, появляется рас-торможенность, назойливость, бесцеремонность. Такие со-

105

стояния могут наблюдаться при алкоголизме, при атероск-леротических изменениях личности.

Эмоциональная, или аффективная, тупость — расстройство, характеризующееся слабостью эмоциональных реакций и контактов, оскудением чувств, эмоциональной холодностью, переходящее в полное равнодушие и безучастность. Такие больные равнодушны и холодны к близким людям, их не трогает болезнь или смерть родителей, иногда сохраняются грубоэгоистические интересы.

Нарушения настроения и эмоционального реагирования могут сопровождаться изменениями мимики и выразительных движений, которые могут быть• неадекватными по силе и выраженности эмоциональному состоянию или не соответствовать переживаемым эмоциям.

Гипермимия — расстройство, сопровождающееся живой, быстро меняющейся мимикой, отражающей картину быстро появляющихся и исчезающих аффектов. Проявление мимических реакций часто утрировано, чрезмерно бурно и ярко. Выразительные действия усилены, ускорены, быстро меняются, достигая в ряде случаев маниакального возбуждения.

Амимия, гипомимия — ослабление, обеднение мимики, однообразная застывшая мимика горя, отчаяния, характерная для депрессивных состояний. На лице застывшее скорбное выражение, губы плотно сжаты, углы рта опущены, брови сдвинуты, между ними залегают складки. Характерна складка Верагута: кожная складка верхнего века на границе внутренней трети оттянута кверху и назад, в связи с чем дуга превращается в этом месте в угол.

Выразительные движения ослаблены, замедлены, смазаны. Иногда двигательная активность полностью утрачивается, больные становятся обездвиженными, но мимика сохраняется скорбная. Это картина депрессивного ступора.

Парамимия — неадекватность мимики и выразительных действий ситуации. В одних случаях это выражается в появлении улыбки на похоронах, слез и гримас, плача при торжественных и приятных событиях. В других случаях мимические реакции не соответствуют каким-либо переживаниям — это различные гримасы. Например, больной зажмуривает глаза и открывает рот, морщит лоб, надувает щеки и т. д.

106

* 1. Синдромы эмоциональных расстройств

К этим синдромам относятся депрессивный и маниакальный, для которых характерна триада, состоящая из расстройств настроения, двигательных нарушений и изменений течения ассоциативных процессов. Однако этой триадой не исчерпывается клиническая картиина как депрессивных, так и маниакальных состояний. Характерны нарушения внимания, сна, аппетита. Вегетативные расстройства наиболее типичны для эмоциональных эндогенных расстройств и характеризуются признаками повышения симпатического тонуса вегетативной нервной системы, более отчетливыми при депрессиях, но имеющими место и при маниакальных синдромах.

* + 1. Депрессивный синдром

Типичный депрессивный синдом. Депрессивный синдром характеризуется депрессивной триадой: гипотимией, подавленным, грустным, тоскливым настроением, замедлением мышления и двигательной заторможенностью. Выраженность указанных расстройств различна. Диапазон гипоти-мических расстройств велик — от легкой подавленности, грусти, депримированности до глубокой тоски, при которой больные испытывают тяжесть, боль в груди, бесперспективность, никчемность существования. Все воспринимается в мрачных красках — настоящее, будущее и прошлое. Тоска в ряде случаев воспринимается не только как душевная боль, но и как тягостное физическое ощущение в области сердца, в груди “предсердечная тоска”.

Замедление в ассоциативном процессе проявляется в обеднении мышления, мыслей мало, они текут медленно, прикованы к неприятным событиям: болезни, идеям самообвинения. Никакие приятные события не могут изменить направление этих мыслей. Ответы на вопросы у таких больных носят односложный характер, между вопросом и ответом часто длительные паузы.

Двигательная заторможенность проявляется в замедлении движений и речи, речь тихая, медленная, мимика скорбная, движения замедлены, однообразны, больные подолгу могут оставаться в одной позе. В ряде случаев двигательная заторможенность достигает полной обездвижен-ности (депрессивный ступор).

Двигательная заторможенность при депрессиях может 107

играть как бы защитную роль. Депрессивные больные, испытывая мучительное, тягостное состояние, безысходную тоску, бесперспективность существования, высказывают суицидальные мысли. При выраженной двигательной заторможенности больные часто говорят, что им так тяжело, что жить невозможно, но предпринять что-либо, убить себя нет сил: “Пришел бы кто-либо и убил и это было бы замечательно”.

Иногда двигательная заторможенность внезапно сменяется приступом возбуждения, взрывом тоски (меланхолический раптус — raptus melancholicus). Больной внезапно вскакивает, бьется головой об стену, царапает себе лицо, может вырвать глаз, разорвать рот, поранить себя, разбить головой стекло, выброситься из окна, при этом больные истошно кричат, воют. Если больного удается удержать, то приступ ослабевает и снова наступает двигательная заторможенность.

При депрессиях часто наблюдаются суточные колебания, они наиболее характерны для эндогенных депрессий. В ранние утренние часы больные испытывают состояние безысходности, глубокую тоску, отчаяние. Именно в эти часы больные особенно опасны для себя, самоубийства совершаются часто именно в это время.

Для депрессивного синдрома характерны идеи самообвинения, греховности, виновности, которые тоже могут приводить к мысли о самоубийстве.

Вместо переживания тоски при депрессии может возникнуть состояние “эмоционального бесчувствия”. Больные говорят, что они потеряли способность переживать, утратили чувства: “Приходят мои дети, а я к ним ничего не чувствую, это хуже, чем тоска, тоска — это человеческое, а я как деревяшка, как камень”. Такое состояние называется болезненным психическим бесчувствием (anaesthesia psychica dolorosa), а депрессия анестетической.

Депрессивный синдром обычно сопровождается выраженными вегетативно- соматическими нарушениями: тахикардией, неприятными ощущениями в области сердца, колебаниями артериального давления с тенденцией к гипертен-зии, нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта, потерей аппетита, снижением массы тела, эндокринными расстройствами. В ряде случаев эти соматовегетативные расстройства могут быть настолько выраженными, что маскируют собственно аффективные расстройства.

108

В зависимости от преобладания в структуре депрессии различных компонентов выделяют тоскливую, тревожную, апатическую депрессии и другие варианты депрессивного состояния.

В аффективном звене депрессивной триады О. П. Вер-тоградова и В. М. Волошин (1983) выделяют три основных компонента: тоску, тревогу и апатию. Нарушения вдеаторных и моторных компонентов депрессивной триады бывают представлены двумя вариантами расстройств: торможением и расторможенностью.

В зависимости от соответствия характера и степени выраженности идеаторных и моторных нарушений доминирующему аффекту выделяются гармоничные, дисгармоничные и диссоциированные варианты депрессивной триады, которые имеют диагностическое значение, особенно на начальных этапах развития депрессии.

Идеи самообвинения при депрессивном синдроме иногда достигают выраженности бреда. Больные убеждены, что они преступники, что вся их прошлая жизнь греховна, что они всегда совершали ошибки и недостойные поступки и теперь их ждет расплата.

Тревожная депрессия. Характеризуется тягостным, мучительным ожиданием неизбежного конкретного несчастья, сопровождается однообразным речевым и двигательным возбуждением. Больные убеждены, что должно произойти что-то непоправимое, в чем они, возможно, виноваты. Больные не находят себе места, ходят по отделению, постоянно обращаются к персоналу с вопросами, цепляются за проходящих, просят помощи, смерти, умоляют выпустить их на улицу. В ряде случаев двигательное возбуждение достигает неистовства, больные мечутся, охают, стонут, причитают, выкрикивают отдельные слова, могут наносить себе повреждения. Такое состояние носит название “ажитиро-ванная депрессия”.

Апатическая депрессия. Для апатической, или адина-мической, депрессии характерно ослабление всех побуждений. Больные в таком состоянии вялы, безучастны к окружающему, безразличны к своему состоянию и положению близких, неохотно вступают в контакт, не высказывают каких-либо определенных жалоб, часто говорят, что единственное их желание, чтобы их не трогали.

Маскированная депрессия. Для маскированной депрессии (лаврированная, депрессия без депрессии) характерно преобладание различных двигательных, чувствительных или

109

вегетативных расстройств по типу депрессивных эквивалентов. Клинические проявления этой депрессии крайне разнообразны. Часто встречаются различные жалобы на расстройства сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения. Наблюдаются приступы болей в области сердца, желудка, кишечника, иррадиирующие в другие участки тела. Эти расстройства часто сопровождаются нарушениями сна и аппетита. Сами депрессивные расстройства недостаточно отчетливы и маскируются соматическими жалобами. Существует точка зрения, что депрессивные эквиваленты являются начальным этапом в развитии депрессий. Это положение подтверждается наблюдениями последующих типичных депрессивных приступов у больных с маскированной ранее депрессией.

При маскированной депрессии: 1) больной длительно, упорно и безрезультатно лечится у врачей различных специальностей; 2) при применении различных методов исследования не выявляется конкретного соматического заболевания; 3) несмотря на неудачи в лечении, больные упорно продолжают посещать врачей (Г. В. Морозов).

Депрессивные эквиваленты. Под депрессивными эквивалентами принято понимать периодически возникающие состояния, характеризующиеся разнообразными жалобами и симптомами преимущественно вегетативного характера, заменяющие приступы депрессии при маниакально-депрессивном психозе.

8.4.1.1. Сравнительно-возрастные особенности депрессивного синдрома

У детей дошкольного возраста депрессии проявляются вегетативными и двигательными нарушениями, так как этому возрасту свойственны именно эти формы реагирования.

В более раннем возрасте депрессии еще менее напоминают депрессии. Дети вялы, двигательно беспокойны, аппетит нарушен, наблюдаются потеря массы тела, нарушения ритма сна.

Депрессивные состояния могут возникнуть при эмоциональной депрессии, лишении ребенка контакта с матерью. Например, при помещении ребенка в лечебное учреждение вначале у него возникает состояние двигательного возбуждения с плачем, отчаянием, затем появляются вялость, апатия, отказ от еды и игр, склонность к соматическим

ПО

заболеваниям. Такие состояния чаще обозначаются как “аналитическая депрессия”. Аналитическая депрессия возникает у детей в возрасте 6—12 мес, разлученных с матерью и находящихся в плохих условиях существования, проявляется адинамией, анорек-сией, снижением или исчезновением реакций на внешние раздражители, задержкой развития психики и моторики.

У детей раннего возраста выделяют адинамическую и тревожную депрессии. Адинамическая депрессия проявляется вялостью, медлительностью, монотонностью, безрадостным настроением, тревожная — плаксивостью, капризностью, негативизмом, двигательным беспокойством (В. М. Башина).

В дошкольном возрасте преобладают вегетативные и двигательные расстройства, но внешний вид детей свидетельствует о пониженном настроении: страдальческое выражение лица, поза, тихий голос. В этом возрасте отмечаются суточные колебания в самочувствии, появляются ипохондрические жалобы на неприятные ощущения в

различных частях тела. Выделяют несколько вариантов депрессий в зависимости от преобладающих расстройств.

У детей младшего школьного возраста на первый план выступают нарушения поведения: вялость, замкнутость, потеря интереса к играм, трудности в усвоении школьного материала. У некоторых детей наблюдаются раздражительность, обидчивость, склонность к агрессии, прогулы школы. Жалоб на тоску у детей выявить не удается. Могут наблюдаться “психосоматические эквиваленты” — энурез, снижение аппетита, похудание, запоры.

В пубертатном возрасте уже обнаруживается депрессивный эффект, который сочетается с выраженными вегетативными расстройствами• головными болями, нарушениями сна, аппетита, запорами, стойкими ипохондрическими жалобами. У мальчиков часто преобладает раздражительность, у девочек — подавленность, слезливость и вялость.

В пубертатном возрасте клиническая картина депрессии приближается к депрессивным состояниям у взрослых, но менее отчетлива идеаторная (ассоциативная) заторможенность. Больные достаточно активно высказывают идеи самообвинения и ипохондрические жалобы.

Особенности депрессивных синдромов позднего возраста связаны с изменениями психической деятельности человека и обусловлены биологическими процессами возрастной инволюции. Для депрессий позднего возраста характерна свое-

111

образная “сниженность и измельчание” расстройств, отсутствие депрессивной самооценки и депрессивной переоценки прошлого (прошлое воспринимается чаще как благополучное и счастливое), преобладание опасений за здоровье, страх перед материальными затруднениями. Это отражает возрастную “переоценку ценностей” (Э. Я. Штернберг).

В позднем возрасте выделяют депрессии простые с заторможенностью и тревожные. Простые депрессии с возрастом встречаются реже и увеличивается число тревожно- ипохондрических и тревожно-бредовых состояний. Наибольшее число депрессивных состояний с тревогой приходится на возраст 60—69 лет.

При всех вариантах депрессивных состояний наблюдаются нарушения сна, аппетита, изменения массы тела, запоры и т. д.

Часто больные с депрессией в позднем возрасте испытывают “чувство собственной измененности”, однако у пожилых людей жалобы обычно касаются соматической измененности.

Признаки психической анестезии чаще наблюдаются у лиц, заболевших до 50 лет, по сравнению с больными более позднего возраста.

Выраженная двигательная заторможенность не характерна для депрессивных состояний позднего возраста, депрессивные ступорозные состояния почти не встречаются.

Тревожно-ажитированные депрессии наблюдаются как в инволюционном, так и в позднем возрасте.

У больных в позднем возрасте большое место в клинической картине депрессий занимают ипохондрические расстройства, однако чаще, чем ипохондрический бред (синдром Котара), наблюдаются тревожные опасения ипохондрического содержания или фиксация на различных соматических жалобах.

8.4.2. Маниакальный синдром

Для маниакального синдрома характерна маниакальная триада: гипертимия — приподнятое радостное настроение, ускорение ассоциативных процессов и двигательное возбуждение со стремлением к деятельности. Выраженность этих расстройств различна: ускорение ассоциативной деятельности может колебаться от незначительного облегчения ассоциативной деятельности до “скачки идей”; повышение

112

активности может достигать беспорядочного возбуждения (спутанная мания). Настроение бывает не только радостным и веселым, но в некоторых случаях преобладает гневливый аффект (гневливая мания).

Для маниакального синдрома характерна отвлекаемость, в связи с чем больные не могут довести начатое дело до

г конца, последовательно сообщить о себе анамнестические

сведения. Несмотря на то что больной говорит без умолку и охотно беседует с врачом, беседа эта непродуктивна, так как больной отвлекается на различные внешние события или возникающие у него ассоциации. Эти ассоциации носят обычно поверхностный характер.

Больные в маниакальном состоянии обычно не предъявляют соматических жалоб, они испытывают не только “душевный подъем”, но и прилив физических сил. В этом состоянии больные склонны переоценивать свои способности и возможности. Женщины, несмотря на преклонный возраст, убеждены в своей неотразимой привлекательности, уверяют, что все студенты и врачи в них влюблены. Больные стремятся украшать свою одежду, неумеренно пользоваться косметикой, делать замысловатые прически. У больных в маниакальном состоянии обнаруживаются способности сочинять стихи, рисовать, петь, сочинять музыку. Обычно чем менее выраженно маниакальное состояние, тем продуктивнее эта деятельность.

Возможности для реализации многочисленных планов таким больным кажутся неограниченными, никаких препятствий они не замечают. Повышено чувство собственного достоинства. Больные бывают убеждены, что их ждут большие открытия, что они могут играть роль в решении серьезных социальных проблем. Такая переоценка возможностей может достигать уровня экспансивного бреда.

У больных наблюдается речевое возбуждение, они говорят много, быстро, громко. При выраженном речевом возбуждении через несколько дней голос становится охрипшим. В ряде случаев больные не могут полностью высказать мысль, из-за выраженной отвлекаемости они не договаривают фразы или выкрикивают только отдельные слова.

Сами больные при этом говорят, что их язык не успевает за мыслями.

При менее выраженном речевом возбуждении ускорение ассоциативной деятельности выявляется при письме, больные не дописывают фразы или пишут только отдельные слова.

113

""M ииншыхл ларашсрсн. UilH ОЖИВЛЕНЫ, ЛИЦО

часто гиперемировано, мимика живая, движения быстрые, усидеть на месте не могут, хватаются за различные дела, но ни одно из них не могут довести до конца. Аппетит чаще повышен, едят с жадностью, быстро глотают плохо пережеванную пищу.

Половое влечение бывает усилено, больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания.

Маниакальный синдром при маниакально-депрессивном психозе обычно не сопровождается возникновением истинных бредовых идей величия, хотя больные переоценивают свои возможности и свою роль в прошлой жизни. Эти высказывания, как правило, не достигают уровня бреда, носят характер сверхценных идей величия и не отличаются стойкостью.

Выделяют несколько вариантов маниакального синдрома: веселая мания, наиболее характерная для маниакально-депрессивного психоза, непродуктивная мания, при которой повышенное настроение и двигательное возбуждение не сопровождаются стремлением к деятельности, мания с дурашливостью, при которой повышенное настроение с двигательным и речевым возбуждением сопровождается манерностью, детскостью, склонностью к нелепым шуткам.

Для м о ρ и и характерно сочетание подъема настроения с расторможенностыо влечения, дурашливостью, плоскими нелепыми шутками, иногда обнаруживаются при этом об- нубиляции сознания. Наблюдаются чаще всего при поражении лобных долей.

Легкие варианты маниакальных состояний принято называть гипоманиями.

8.4.2.1. Сравнительно-возрастные особенности маниакального синдрома

Наличие маниакальных состояний у детей раннего возраста признается не всеми. К его признакам относят рас-торможенность влечений, неустойчивость настроения.

У детей в дошкольном и младшем школьном возрасте можно думать о гипоманиакальном состоянии только в тех случаях, когда приподнятое настроение с эйфорией и грубыми нарушениями поведения продолжается длительное время. В этом возрасте гипомания может проявляться в двигательной расторможенности, суетливости, непослушании, упрямстве, многоречивости.

114

D ирсшуиертсиним визputic и младшем эйфорическое настроение бывает при маниакальном состоянии достаточно отчетливым, но ведущими остаются нарушения поведения. Больные двигательно-активны, агрессивны, драчливы, сексуально расторможены, прожорливы.

У старших подростков маниакальные состояния подобны таким же расстройствам, наблюдаемым у взрослых.

В пожилом возрасте маниакальный синдром отличается однообразием, монотонностью, преобладает эйфоричный аф-фет с беспечностью над веселым, приподнятым настроением. На фоне повышенного настроения могут возникать слабодушные реакции.

Пожилые больные в маниакальном состоянии обычно малопродуктивны, круг ассоциаций сравнительно беден, часто наблюдается обстоятельность, склонность к детализации.

Вместо живости и остроумия отмечается склонность к плоским шуткам, поверхностным суждениям, построению нелепых планов. Вместо стремления к деятельности наблюдается бесцельная суетливость, усиливающаяся к вечеру и по ночам.

Больные чаще бывают неряшливыми, не следят за костюмом, волосы бывают всклокочены, карманы набиты мусором, объедками пищи.

В этом возрасте часто наблюдается несоответствие между малой подвижностью и речевым возбуждением.

Глава 9

ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Воля — сознательное целенаправленное управление человеком своей деятельностью. Волевая активность присуща только человеку. Поведение животных обусловлено инстинктами и условно-рефлекторными связями. У человека в процессе социально- исторического развития образовались формы приспособления к окружающей среде на основе дифференцированных условно-рефлекторных реакций и произвольного контролирования инстинктов.

В волевом процессе различают следующие этапы: 1) побуждение, осознание цели и стремление достичь ее; 2) осознание ряда возможностей достижения цели; 3) борьба мотивов и выбор; 4) принятие одного из возможных решений; 5) осуществление принятого решения.

Совокупность желаний, побуждений, стремлений, при- 115

сти. Побуждения к деятельности, мотивы и цели реализации извращены в связи с имеющимися у больного психопатологическими симптомами: например, слуховые галлюцинации устрашающего характера побуждают к агрессивной деятельности и т. д.

* 1. Нарушения влечений
     1. Извращение инстинктивных влечений

Инстинкты играют существенную роль в жизни человека, с возрастом они подвергаются контролю волевой деятельности. Нарушения инстинктивных реакций чаще наблюдаются у детей и подростков. Обычно выделяют нарушения влечения к пище, инстинкта самосохранения, расстройства половых влечений.

Нарушение влечений к пище. Усиление влечения к пище — булимия (от греч. bus — бык

+ limos — голод, голод “волчий”, кинорексия) — патологическое, резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе. Оно наблюдается при гиперинсулинизме и психических заболеваниях, при умственной отсталости, дефектных состояниях при шизофрении.

На определенном этапе нервной анорексии на фоне отказа от еды появляется непреодолимое влечение к еде, сопровождающееся поеданием огромных ее количеств с последующим вызыванием рвоты. Булимия наблюдается при некоторых состояниях эмоционального напряжения, когда поедание больших количеств пищи снимает его.

Анорексия (an — частица, означающая отсутствие признака или качества, + греч. огех — желание есть, аппетит) — утрата чувства голода, отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании.

В пубертатном возрасте при нервной анорексии вначале отказ от еды возникает с целью похудания, затем чувство голода угасает и даже появляется отвращение к еде.

Утрата чувства голода наблюдается при психических заболеваниях: депрессии, кататоническом ступоре, тяжелой алкогольной абстиненции. Анорексия со значительным похуданием отмечается при синдромах Симмондса и Шихана.

Полидипсия (от греч. polys — многий, dipsa — жажда) — повышенное потребление жидкости, неукротимая жажда, встречающаяся чаще всего при эндокринных заболеваниях, однако описаны случаи психогенной полидипсии.

117

обретающих характер мотивационной деятельности, составляет мотивационную сферу. В мотивационную сферу включаются как осознаваемые (волевые), так и недостаточно осознанные действия на основе различных побуждений (влечений, установок и т. д.).

Волевые нарушения могут относиться как к уровню побуждений к деятельности и осознания цели, т. е. формирования мотива, адекватности мотивов свойствам личности и ситуации, так и принятия решения, соответствующего поведения на всех этапах волевого процесса.

9.1. Симптомы волевых нарушений 9.1.1. Нарушения волевых побуждений

Абулия (от греч. bule — воля), или дисбулия, — патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности. За абулией обычно следует адинамия (греч. adinamie — бессилие) — уменьшение или полное прекращение двигательной активности организма или органа.

Абулия наблюдается при различных патологических процессах, прежде всего при шизофрении, при различных лобных поражениях и при депрессиях.

Снижение волевой деятельности может привести к высвобождению низших действий — автоматизированных и инстинктивных.

Гипобулия — понижение волевой активности, бедность побуждений, бездеятельность, вялость, снижение двигательной активности, отсутствие желания общаться. Эти особенности часто отмечаются при депрессивных состояниях, шизофрении. Ослабление внимания, обеднение мышления, замедление речи могут наблюдаться при состояниях оглушенности.

Гипербулия — повышенная активность, обусловленная значительным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся с целью их осуществления. Гипербулия наблюдается при маниакальных состояниях, паранойяльном синдроме.

При маниакальном состоянии продуктивность деятельности обычно мала из-за быстрой отвлекаемости больных, быстрой смены побуждений. При паранойяльном синдроме активность односторонняя, обусловленная бредовыми мотивами.

Парабулия — извращение, изменение волевой активно- 116

Парорексия, или пикацизм (от лат. pica — сорока), — извращение аппетита, распространяющееся на несъедобные вещества.

Копрофагия (от греч. kopros — кал, phagos — пожирающий), или скатофагия (греч. син.),

* стремление к поеданию собственных экскрементов.

Нарушения инстинкта самосохранения. Эти расстройства могут проявляться обострением защитных реакций, повышенной настороженностью и готовностью к паническим реакциям, страхами при действии различных раздражителей, особенно болевых.

Ослабление рефлекса самосохранения — исчезновение реакции при возникновении реальной опасности, при болевом раздражении, извращение оборонительного рефлекса при психических заболеваниях проявляется в нанесении себе самоповреждений и суицидальном поведении .

Нарушения полового влечения см. главу 33.

* + 1. Импульсивные влечения и импульсивные, действия

Импульсивные влечения — непреодолимые влечения достижения целей, неадекватных реальной ситуации, выполняемых без сопротивления и борьбы, но с последующей критической оценкой.

Импульсивное действие — внезапно совершаемое стремительное, немотивированное действие, продолжающееся секунды или минуты; признак выраженного психического расстройства.

Дромомания (пориомания) — импульсивное влечение к перемене мест. Под дромоманией принято понимать влечение к побегам из дома, скитанию и перемене мест, наблюдается при различных психических заболеваниях. В формировании дромомании выделяют реактивный этап — первый уход из дома в связи с психической травмой, затем уходы становятся привычными, фиксированными, на любую незначительную неблагоприятную ситуацию возникает привычная реакция — уход из дома.

В последующем уходы из дома становятся безмотивными, неожиданными, приобретают характер импульсивности.

1 Суицидальное поведение — совокупность осуществляемых индивидуумом действий, направленных на совершение суицидальной попытки.

118

Дромомания наиболее характерна для детского и подросткового возраста, но известны случаи, когда, возникнув в детстве, дромомания сохраняется и у взрослых мужчин и женщин, причем женщину не останавливает наличие маленьких детей, здоровье которых во время бродяжничества подвергается опасности.

Дипсомания — влечение к пьянству, непреодолимое, сопровождающееся тяжелыми алкогольными эксцессами. Влечение к спиртному бывает настолько сильным, что, несмотря на критическое отношение к нему, вначале преодолеть влечение не удается. В этом состоянии больные совершают всевозможные неблаговидные поступки: обман, воровство, агрессию для того, чтобы получить желаемое спиртное. В ряде случаев удается выявить предшествующее приступу дипсомании изменение настроения.

Пиромания — влечение к поджогам, непреодолимое, немотивированное, внезапно возникающее, но не сопровождающееся изменением сознания.

Клептомания (от греч. klepto — красть + мания), или импульсивное воровство, немотивированное влечение к воровству.

Копролалия (от греч. kopros — кал + lalia — речь) — импульсивное произнесение бранных слов и нецензурных ругательств. Этот симптом может наблюдаться при болезни Жиля де ла Туретта.

Мифомания — непреодолимое влечение к вранью, обману. Иногда это наблюдается у истерических личностей для привлечения к себе внимания.

9.3. Нарушения волевой деятельности

Нарушения волевой деятельности возможны на уровне принятия решения и на уровне перехода к осуществлению принятого решения.

Навязчивые сомнения. Больной после борьбы мотивов, идти в кино или к друзьям, принимает решение.идти в кино, но после этого решения снова возникают сомнения и так бесконечно.

Ригидность принятого решения означает отсутствие его коррекции и гибкости в соответствии с изменившейся ситуацией. Больной из-за этих особенностей не может перейти к осуществлению решения, так как ситуация уже изменилась, а он не может принять другое решение с учетом ситуации. Это наблюдается у ригидных эпилептоидных личностей.

119

кает внезапно в ответ на эмоциональное состояние: обиду, страх, отчаяние. При этом она совершается без достаточного осознания возможностей достижения цели и борьбы мотивов.

9.4. Нарушения внимания

К проявлениям волевой деятельности относится способность сосредоточиваться на объектах восприятия. Сосредоточение может быть пассивным (в основе его лежит безусловный исследовательский рефлекс “что такое?!”) и активным, свойственным только человеку и выражающимся в том, что человек сознательно сосредоточивается на определенных явлениях, выключаясь, отвлекаясь от других событий и явлений.

Нарушения внимания проявляются в отвлекаемости, при этом человек не может сосредоточиться на нужном объекте, происходит ослабление активного внимания и преобладает пассивное.

Прикованность, застреваемость внимания наблюдается при депрессиях. Больные не могут переключиться на другие события, все мысли, воспоминания сконцентрированы на несчастье (если речь идет о реактивной депрессии) и своих тоскливых переживаниях.

Истощаемость внимания наблюдается при органических заболеваниях и астенических состояниях. При исто-щаемости внимания больные в начале беседы отвечают на вопросы правильно, а затем по мере нарастания истощае-мости ответы становятся менее продуктивными. Это отчетливо выступает при счете — отнимании от 100 7 или 17.

Глава 10

ПСИХОМОТОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА

10.1. Формирование психомоторики

Моторика грудного ребенка зависит, с одной стороны, от воздействия на его органы чувств внешних раздражителей, и с другой — от физического состояния ребенка, от того, голоден он, холодно ли ему и от ритма сердца и дыхания. Иными словами, моторная деятельность ребенка является выразителем степени его благополучия и управляется инстинктами (Г. К. Ушаков).

120

ность приобретает иной характер, с этого периода моторикой начинают руководить корковые механизмы, т. е. появляется целенаправленность в двигательной активности. Развитие речи характеризуется формированием высокого уровня дифференциации моторики.

В развитии моторики существует тесная связь эффективности и моторики, это проявляется в формировании выразительных движений и мимических реакций.

В развитии ребенка большое значение имеет игровая деятельность. К концу первого года развития ребенка появляются подражательные или обучающие игры, ребенок, играя, совершает более сложные действия, подражая взрослым.

Игра здорового ребенка всегда носит активный и творческий характер, совершенствуется за счет усложнения игровой ситуации.

При нарушении развития ребенка игровая деятельность утрачивает творческий характер, появляются однообразные, стереотипные действия, игрушки не используются в игровой деятельности. Например, ребенок не играет машинкой, а стереотипно крутит ее в руках. Иногда дети для игры используют другие предметы: девочка носит на руках коробочку, разговаривает с ней, укладывает спать и т. д.

* 1. Симптомы психомоторных расстройств

Под психомоторикой понимают совокупность сознательно управляемых двигательных действий. Симптомы психомоторных расстройств могут быть представлены затруднением, замедлением выполнения двигательных актов (гипокинезии) и полной обездвиженностью (акинезией) либо симптомами двигательного возбуждения или неадекватностью движений.

К симптомам с затруднением двигательной активности относят следующие расстройства: каталепсия, восковая гибкость, при которых на фоне повышенного мышечного тонуса у больного возникает способность сохранять на длительное время приданную позу; симптом воздушной подушки, относящийся к проявлениям восковой гибкости и выражающийся в напряжении мышц шеи, при этом больной застывает с поднятой над подушкой головой;

симптом капюшона, при котором больные лежат или 121

сидят неподвижно, натянув одеяло, простынь или халат на голову, оставив открытым лицо;

пассивная подчиняемость состояния, когда у больного не возникает сопротивление изменениям положения его тела, позы, положения конечностей, в отличие от каталепсии тонус мышц не повышен;

негативизм, характеризующийся немотивированным сопротивлением больного действиям и просьбам окружающих. Выделяют пассивный негативизм, который характеризуется тем, что больной не выполняет обращенную к нему просьбу, при попытке поднять с постели сопротивляется напряжением мышц; при активном негативизме больной выполняет противоположные требуемым действия. На просьбу открыть рот сжимает губы, когда ему протягивают руку, чтобы поздороваться, прячет руку за спину. Больной отказывается есть, но когда убирают тарелку, хватает ее и быстро съедает пищу.

Мутизм (молчание) — состояние, когда больной не отвечает на вопросы и даже знаками не дает понять, что он согласен вступить в контакт с окружающими.

К симптомам с двигательным возбуждением и неадекватностью движений относятся: импульсивность, когда больные внезапно совершают неадекватные поступки, убегают из дома, совершают агрессивные действия, нападают на других больных и т. д.; стереотипии — многократное повторение одних и тех же движений;

эхопраксия — повторение жестов, движений и поз окружающих; парамимия — несоответствие мимики больного поступкам и переживаниям; эхолалия — повторение слов и фраз окружающих;

вербигерация — повторение одних и тех же слов и фраз;

миморечь, мимоговорение — несоответствие по смыслу ответов задаваемым вопросам.

* 1. Расстройства речи

Заикание — затруднение в произношении отдельных слов или звуков, сопровождающееся нарушением плавности речи.

Дизартрия — смазанная, запинающаяся речь. Затруднения при правильной артикуляции звуков. При прогрессивном параличе речь у больного бывает настолько нечет-

122

кой, что говорят, что у него “каша во рту”. Для выявления дизартрии больному предлагают произнести скороговорки.

Дислалия — косноязычие — расстройство речи, характеризующееся неправильным произношением отдельных звуков (пропуски, замена другим звуком или его искажение). Олигофазия — обеднение речи, малый запас слов. Оли-гофазия может наблюдаться у больных эпилепсией после припадка.

Логоклония — спастическое многократное повторение отдельных слогов слова. Брадифазия — замедление речи как проявление заторможенности мышления.

Афазия — нарушение речи, характеризующееся полной или частичной утратой способности понимать чужую речь или пользоваться словами и фразами для выражения своих мыслей, обусловленное поражением коры доминантного полушария головного мозга, при отсутствии расстройств артикуляционного аппарата и слуха.

Парафазия — проявления афазии в виде неправильного построения речи (нарушение порядка слов в предложении, замена отдельных слов и звуков другими).

Акатофазия — нарушение речи, употребление сходных по звучанию, но не подходящих по смыслу слов.

Шизофазия — разорванная речь, бессмысленный набор отдельных слов, облеченных в грамматически правильно построенное предложение.

Криптолалия — создание больным собственного языка или особого шрифта.

Логорея — неудержимость речи больного, сочетающаяся с ее быстротой и многословием, с преобладанием ассоциаций по созвучию или контрасту.

* 1. Синдромы двигательных расстройств

Двигательные расстройства могут быть представлены сту-порозными состояниями, двигательным возбуждением, различными навязчивыми движениями, действиями и припадками.

* + 1. Ступор

Ступор — полная обездвиженность с мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение, в том числе болевое. Выделяют различные варианты ступорозных состояний: και 23

татонический, реактивный, депрессивный ступор. Наиболее часто наблюдается кататонический ступор, развивающийся как проявление кататонического синдрома и характеризующийся пассивным негативизмом или восковой гибкостью или (в наиболее тяжелой форме) резкой мышечной гипертонией с оцепенением больного в позе с согнутыми конечностями.

Находясь в ступоре, больные не вступают в контакт с окружающими, не реагируют на происходящие события, различные неудобства, шум, мокрую и грязную постель. Они могут не пошевелиться, если случаются пожар, землетрясение или какие-то другие экстремальные события. Больные обычно лежат в одной позе, мышцы напряжены, напряжение чаще начинается с жевательной мускулатуры, затем спускается на шею, позднее распространяется на спину, руки и ноги. В этом состоянии отсутствует эмоциональная и зрачковая реакция на боль. Симптом Бумке — расширение зрачков на боль — отсутствует.

Выделяют ступор с восковой гибкостью, при котором, кроме мутизма и обездвиженности, больной длительное время сохраняет приданную позу, застывает с поднятой ногой или рукой в неудобной позе. Часто наблюдается симптом Павлова: больной не реагирует на

вопросы, заданные обычным голосом, но отвечает на шепотную речь. По ночам такие больные могут вставать, ходить, приводить себя в порядок, иногда есть и отвечать на вопросы.

Негативистический ступор характеризуется тем, что при полной обездвиженности и мутизме любая попытка изменить позу больного, поднять его или перевернуть вызывает сопротивление или противодействие. Такого больного трудно поднять с постели, но, подняв, невозможно снова уложить. При попытке ввести в кабинет больной оказывает сопротивление, не садится на стул, но усаженный не встает, активно сопротивляется.

Иногда к пассивному негативизму присоединяется активный. Если врач протягивает ему руку, он прячет свою за спину, хватает пищу, когда ее собираются унести, зажмуривает глаза на просьбу открыть, отворачивается от врача при обращении к нему с вопросом, поворачивается и пытается говорить, когда врач уходит и т. д.

Ступор с мышечным оцепенением характеризуется тем, что больные лежат во внутриутробной позе, мышцы напряжены, глаза закрыты, губы вытянуты вперед (симптом хоботка). Больные обычно отказываются от еды и их приходится кормить через зонд или проводить амиталкофеи-

124

новое растормаживание и кормить в то время, когда проявления мышечного оцепенения уменьшатся или исчезнут.

При субступорозном состоянии обездвижен-ность неполная, мутизм сохраняется, но больные могут произносить несколько слов иногда спонтанно. Такие больные медленно передвигаются по отделению, застывая в неудобных, вычурных позах. Отказ от еды неполный, больных чаще всего удается накормить из рук персоналу и родным.

При депрессивном ступоре при почти полной обездви-женности для больных характерно депрессивное, страдальческое выражение лица. С ними удается вступить в контакт, получить односложный ответ. Больные в депрессивном ступоре редко бывают неопрятны в постели. Такой ступор может внезапно смениться острым состоянием возбуждения — меланхолическим раптусом, при котором больные вскакивают и наносят себе повреждения, могут разорвать рот, вырвать глаз, разбить голову, разорвать белье, могут с воем кататься по полу. Депрессивный ступор наблюдается при тяжелых эндогенных депрессиях.

При апатическом ступоре больные обычно лежат на спине, не реагируют на происходящее, тонус мышц понижен. На вопросы отвечают односложно с большой задержкой. При контакте с родственниками реакция адекватная эмоциональная. Сон и аппетит нарушены. Бывают неопрятны в постели. Апатический ступор наблюдается при затяжных симптоматических психозах, при энцефалопатии Гайе—Вернике.

Психомоторное возбуждение — психопатологическое состояние с выраженным усилением психической и двигательной активности. Выделяют кататоническое, гебефрениче-ское, маниакальное, импульсивное и другие варианты возбуждения. Кататоническое возбуждение проявляется манерными, вычурными, импульсивными, некоординированными, иногда ритмичными, однообразно повторяющимися движениями и говорливостью, вплоть до бессвязности. Поведение больных лишено целенаправленности, импульсивно, однообразно, наблюдается повторение действий окружающих (эхопраксия). Мимика не соответствует каким-либо переживаниям, отмечается вычурное гримасничанье. Кататоническое возбуждение может принимать характер растерянно-патетического, негативизм сменяется пассивной под-чиняемостью. 125

Выделяют люцидную кататонию, при которой кататони-ческое возбуждение сочетается с другими психопатологическими симптомами: бредом, галлюцинациями, психическими

автоматизмами, но без помрачения сознания, и оней-роидную кататонию, характеризующуюся онейроидным помрачением сознания.

* + 1. Двигательное возбуждение

Гебефреническое возбуждение проявляется нелепо-дурашливым поведением (гримасничанье, кривляние, немотивированный смех и т.д.). Больные прыгают, скачут, передразнивают окружающих, пристают к ним с нелепыми или циничными вопросами, дергают окружающих, толкают, иногда катаются по полу. Настроение чаще повышенное, но веселость может быстро сменяться плачем, рыданиями, циничной бранью. Речь ускорена, много вычурных слов, неологизмов.

Маниакальное возбуждение проявляется повышенным настроением и самочувствием, характеризующимся выразительной мимикой и жестами, ускорением ассоциативных процессов и речи, усиленной, часто беспорядочной деятельностью. Каждое действие больного носит целенаправленный характер, но так как быстро меняются побуждения к деятельности и отвлекаемость, то ни одно действие не доводится до конца, поэтому состояние производит впечатление хаотического возбуждения. Речь также ускоренная, доходящая до скачки идей.

* + 1. Сравнительно-возрастные особенности двигательных расстройств

Синдром гиперактивности (гипердинамический, гиперкинетический, общей двигательной расторможенности) наблюдается в возрасте от 1 /2 до 15 лет, но наиболее отчетливо проявляется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Он характеризуется сочетанием общего двигательного беспокойства, неусидчивости, большого числа лишних движений, нецеленаправленности и импульсивности поступков с повышенной аффективной возбудимостью, эмоциональной лабильностью и нарушением внимания. Для этого синдрома характерны нарушения школьной адаптации из-за нарушенного поведения и внимания (В. В. Ковалев).

126

Проявления кататонического ступора наблюдаются с 3— 5 лет и выражаются в кратковременных застываниях, например ребенок застывает с ложкой, поднесенной ко рту. Эти состояния рассматриваются как рудименты восковой гибкости. В младшем школьном возрасте наблюдаются состояния с мышечным напряжением и внутриутробной позой. Весьма частым является полный или частичный мутизм. Временами ребенок начинает говорить, речь не служит средством общения, он говорит сам с собой или монологами.

В младшем школьном и пубертатном возрасте клиническая картина кататонического ступора становится похожей на ступорозные состояния у взрослых, выраженными становятся явления пассивного и активного негативизма. Отказы от еды не носят стойкого характера.

Кататоническое возбуждение у детей раннего и дошкольного возраста проявляется в стереотипных движениях, подпрыгиваниях, беге по кругу (“манежный бег”), выкрикивании отдельных слов, появлении неологизмов, эхосимптомов, в вычурности движений, гримасничанье.

В младшем школьном и пубертатном возрасте катато-ническое возбуждение напоминает такое состояние у взрослых, обычно выражено речевое возбуждение, больные говорят не умолкая, характерны речь типа монолога, импульсивные поступки, эхосимптомы, вербигерации и др. У подростков кататоническое возбуждение сопровождается дурашливостью и другими гебефреническими проявлениями.

В .пожилом возрасте двигательные расстройства менее стойки, чем в зрелом, ступорозные состояния рудиментарны, полная обездвиженность наблюдается нечасто, мутизм скорее избирательный, отказ от еды бывает достаточно упорный и требует постоянного надзора.

Кататоническое возбуждение бывает окрашено тревогой, и в этих случаях возможны приступы выраженного тревожного возбуждения.

Явления пассивного и активного негативизма могут иметь место при состояниях возбуждения, реже встречаются эхосимптомы.

10.5. Припадки

Под припадком понимают внезапно возникшее кратковременное, обычно многократно повторяющееся, четко ограниченное во времени болезненное состояние (потеря сознания, судороги и т.д.).

127

10.5.1. Большой судорожный припадок

В развитии большого судорожного припадка (grand mal) различают несколько стадий: предвестников, ауры, фазы тонических и клонических судорог, постприпадочной комы, переходящей в сон.

За несколько дней или часов до припадка у части больных наблюдаются предвестники: головная боль, чувство дискомфорта, недомогания, раздражительность, пониженное настроение, снижение работоспособности.

Аура (дуновение) — это уже начало самого припадка, но сознание еще не выключено, поэтому аура остается в памяти больного. Проявления ауры различны, но у одного и того же больного она всегда одинакова. Аура наблюдается у 38—57% больных.

Аура может носить галлюцинаторный характер: перед припадком больной видит различные картины, чаще устрашающие: убийства, кровь. Одна больная каждый раз перед припадком видела, как к ней в комнату вбегает маленькая черная женщина, прыгает к ней на грудь, разрывает ее, хватает сердце и начинается припадок. Больной может перед припадком слышать голоса, музыку, церковное пение, ощущать неприятные запахи и т. д. Выделяют висцеросенсорную ауру, при которой ощущение начинается в области желудка: “сжимает, перекатывает”, иногда появляется тошнота, “спазм” поднимается вверх и начинается припадок.

Перед припадком могут остро возникать нарушения “схемы тела” и деперсонализационные расстройства. Иногда больные переживают перед припадком состояние необыкновенной ясности восприятия окружающего, подъема, экстаза, блаженства, гармонии во всем мире.

Тоническая фаза. Внезапно наступают потеря сознания, тоническое напряжение произвольной мускулатуры, больной падает, как подкошенный, прикусывает язык. При падении он издает своеобразный крик, обусловленный прохождением воздуха через суженную голосовую щель при сдавлении грудной клетки тонической судорогой.

Останавливается дыхание, бледность кожных покровов сменяется цианозом, отмечаются непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Зрачки на свет не реагируют.

Продолжительность тонической фазы не более одной минуты.

Клоническая фаза. Появляются различные кло-нические судороги. Восстанавливается дыхание. Изо рта

128

выделяется пена, часто окрашенная кровью. Длительность этой фазы 2—3 мин. Постепенно судороги стихают, и больной погружается в коматозное состояние, переходящее в сон. После припадка может наблюдаться дезориентировка, олигофазия.

10.5.2. Другие виды припадков

Абортивные припадки развиваются в той же последовательности, но одна из фаз (тоническая или кло-ническая) выпадает.

Малый припадок (petit mal). He существует единого мнения, какие расстройства принадлежат этой группе. К малым припадкам относят типичные абсансы, пикнолеп- тические, миоклонические и акинетические приступы.

Пикнолептический припадок характеризуется мгновенным застыванием, выключением сознания, бледностью, слюнотечением, ретропульсивными движениями: закатыванием глазных яблок, запрокидыванием головы. Эти припадки наблюдаются у детей раннего и дошкольного возраста.

Акинетический припадок обычно продолжается до нескольких минут, протекает с потерей сознания, падением и обездвиженностью при сохранении мышечного тонуса.

У детей раннего возраста они характеризуются разнообразными судорожными движениями вперед: “кивки”, “клевки” (внезапные резкие движения головой вперед и вниз, во время которых ребенок может получать ушибы лба и-лица), салаамовы припадки (внезапное сгибание тела, наклон вперед и разведение рук).

Катаплексический припадок — мгновенное падение мышечного тонуса — может возникнуть в связи с аффективным состоянием (даже при смехе). Больной обычно падает, но так как тонус мышц понижен, то чаще больной оседает, “обмякает”. Сознание не выключается, воспоминания сохраняются.

Нарколептический припадок характеризуется внезапным непреодолимым наступлением сонливости. Сон непродолжительный, глубокий, больные часто засыпают в неудобных позах, в неподходящих местах. После пробуждения восстанавливается психическая деятельность, появляются чувство бодрости, прилив сил.

Эпилептический диэнцефальный (эпилептический вегетативный) припадок характеризуется вегетативными расстройствами, возникающими изолированно или в сочетании

5-1039129

с сенсорными (сенестопатиями) и двигательными нарушениями, сопровождающимися аффектом страха или тревоги.

Истерический припадок возникает в связи с психической травмой, часто в присутствии других лиц. Сознание при этом грубо не нарушено, имеет место только аффективная суженность сознания. Падение обычно осторожное, “обессиленное опускание”.

Последовательной смены тонической и клинической фаз не наблюдается. Продолжительность припадка более длительная, чем при большом судорожном припадке, до 30 мин и более.

Движения во время припадка размашистые, хаотичные с выразительными и демонстративными позами. Больной катается по полу или постели, бьет ногами и руками о пол, выгибается дугой, дрожит всем телом, кричит, стонет, плачет. Реакция зрачков на свет сохраняется, при попытке посмотреть зрачки больной зажмуривает глаза, заводит глазные яблоки. Непроизвольного мочеиспускания и дефекации не наблюдается (табл. 1). К очаговым припадкам относят джексонов-ские припадки, адверсивные, кожевниковскую судорогу.

Джексоновский припадок — это обычно фокальный эпилептический припадок коркового происхождения, начинающийся на одной половине тела тоническими или клони-ческими судорогами пальцев рук или ног, локализованными или распространяющимися на всю половину тела. Сознание утрачивается в тех случаях, когда генерализованные судороги переходят на другую половину тела.

Адверсивный (от лат. adversio — отведение) припадок характеризуется поворотом глаз, головы или всего туловища в сторону, противоположную очагу в головном мозге.

При кожевниковской судороге наблюдаются постоянные судорожные подергивания в мышцах конечностей. Интенсивность их нарастает и завершается генерализованным припадком, после которого судорожные подергивания конечности сохраняются.

При психомоторных припадках наблюдается внезапное возникновение автоматизированных движений, сопровождающееся сумеречным помрачением сознания. У детей чаще всего наблюдаются оральные автоматизмы, проявляющиеся приступами глотания, жевания, сосания, которые сопровождаются нарушением сознания.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста психомоторные припадки проявляются различными простыми действиями: хлопаньем в ладоши, подпрыгиванием, вер-

130

чением вокруг оси, выкрикиванием отдельных слов, иногда совершаются более сложные действия, например ребенок начинает раздеваться или берет чужие вещи и уносит их и т. д. Сознание нарушено, воспоминаний не сохраняется.

Амбулаторный автоматизм (от лат. ambulare — ходить, приходить) характеризуется автоматически совершаемой ходьбой, бегом, переходом или переездом в другое место. Иногда больные совершают более длительные переезды, например уезжают в другой город и не помнят, как они это сделали. Такие состояния называются трансы.

К амбулаторным автоматизмам относится снохождение (сомнамбулизм), при котором больные ночью встают с постели, бродят, совершают различные автоматические действия, о которых утром не помнят. Для снохождений характерна стереотипность проявлений и невозможность вступить в контакт из-за нарушенного сознания. При невротических нарушениях сна со снохождениями больного можно разбудить.

Таблица 1. Различия между эпилептическим и истерическим при- падками

Признаки Эпилептический Истерический припадок припадок

Начало Внезапное Психогенное Сознание Выключено Аффективно сужено

Падение Как подкошенный Осторожно, оседание Фазы судорог Имеют место Отсутствуют Зрачки Не реагируют на свет Реагируют Длительность До 3 — 4 мин 30 мин и более

Время суток Ночью, в одиночестве Днем, в присутствии людей

Повреждения Прикус языка, ушибы Отсутствуют Движения Ограничены фазами Размашистые,

выразительные, демонстративные

После припадка Кома с переходом в сон, Плач, рыдания, смех олигофазия

131

Г л а в а 11

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ И САМОСОЗНАНИЯ

* 1. Нарушения сознания

Сознание — высшая форма отражения действительности. Сознание — продукт деятельности головного мозга.

Человеческое сознание формируется в результате исторического развития, оно не только отражает происходящие события объективного мира, но и использует запас знаний для создания способов переделки окружающей среды для удовлетворения потребностей человека. Для формирования сознания человека необходимо человеческое окружение, наличие человеческого общества. Известно, что дети, выросшие в логове зверя, не обнаруживают признаков сформировавшегося человеческого сознания.

С. С. Корсаков предпочитал писать “Co-знание”, подчеркивая этим сочетание знаний об окружающих явлениях и предметах, о самом себе, соотнесение этих знаний с

накопленным человеческим опытом и способностью человека строить гипотезу на будущее, т. е. прогнозировать результаты будущей деятельности.

Физиологической основой ясности сознания по И. П. Павлову является оптимальная деятельность в данный момент определенного участка коры больших полушарий мозга, которая, если предположить, что кости черепа прозрачны, в виде яркого пятна перемещается по поверхности мозга. Эта мысль о подвижности очага наиболее оптимальной активности сознания подтверждается электроэнцефалографическими исследованиями.

Сознательная деятельность — эта такая деятельность, которая осуществляется со знанием объективного значения ее задач, с учетом всех особенностей ситуаций и последствий деятельности как для индивидуума, так и для общества.

Автоматизированный акт — способность человека осуществлять, не осознавая, упрочившееся действие. Эта способность вырабатывается в процессе исторического развития человека и является целесообразной.

В основе акта автоматизации лежат следы нервных процессов, возникшие в процессе тренировки.

Под бессознательной деятельностью понимают, с одной стороны, такие ее формы, когда человек недостаточно осознает цель, задачи и последствия своей деятельности.

Совершенствование в историческом развитии человека по- 132

знания явлений и событий обогащает знания, но многое остается непознаваемым. Поэтому в этих случаях говорить о “бессознательном” в понимании 3. Фрейда не следует. С другой стороны, бессознательными могут быть названы такие действия, которые на определенном этапе их формирования были осознаваемы, а затем сделались автоматизированными, непроизвольными. В процессе обучения ряд действий и навыков становится автоматизированным и в последующем выполняется механически, без обдумывания.

* + 1. Этапы формирования сознания

В развитии сознания от рождения ребенка до зрелого возраста выделяется 5 уровней, или этапов (Г. К. Ушаков):

1. — до 1 года — бодрствующее сознание;
2. — от 1 года до 3 лет — предметное сознание; III — от 3 до 9 лет — индивидуальное сознание; IV — от 9 до 16 лет — коллективное сознание;

V — от 16 до 22 лет — рефлексивное, высшее обще- ственное, социальное сознание.

Первый этап формирования сознания характеризуется появлением выбора наиболее удовлетворяющих ситуаций. При этом наблюдаются первые реакции на окружающую среду — первые элементы сознания. Ребенок может оценивать наиболее приятную для него ситуацию, например находиться на руках у матери или засыпать при покачивании и др. В этом возрасте описаны своеобразные состояния сытого бодрствования, при которых ребенок не вступает в контакт с окружающими, не реагирует на слова матери, хотя не спит и глаза у него открыты, мимика ребенка выражает полное удовлетворение (“автаркия” по О. П. Парте с соавт.).

На втором этапе формирования сознания (предметного) главную роль играют непосредственные впечатления действительности. Сознание ребенка обогащается представлениями о предметах и явлениях, объем этих представлений увеличивается с того периода, когда ребенок начинает ходить, с появлением речи возникают обобщения и отвлечения, элементы абстрагирования. На этом этапе ребенок еще не улавливает взаимосвязь реальных событий и предметов с прошлым и будущим, он живет только в

настоящем. На этом этапе ребенок еще не выделяет себя из окружающей среды, в его речи пока отсутствует местоимение “Я”.

133

На третьем этапе формирования сознания (индивидуального) появляются первые представления о пространстве и времени, что делает возможным выделение себя из окружающей среды, отдифференцирование от других предметов действительности. Сознание собственного “Я” в последующем развитии совершенствуется и усложняется. Для четвертог о-этапа формирования сознания (коллективного) характерно появление более дифференцированных представлений о предметах действительности, о себе, о простейших взаимоотношениях в коллективе. В этом периоде становятся отчетливыми представления об объектах пространства, о связи переживаемых в прошлом событий с настоящими.

Обучение в старших классах школы сопровождается участием подростков в общественных событиях и появлением у них общественного, социального сознания. На пятом этапе формирования состояние подростка приобретает новые качества, оно становится рефлексивным, на этом уровне многообразные приобретенные знания

оцениваются и соотносятся с реальными событиями. Рефлексивное сознание обеспечивает предвидение не только всего хода развития событий, но и последствий их. Зрелость сознания достигается к окончанию юношеского возраста к 20—22 годам.

* + 1. Критерии нарушенного сознания

К. Ясперс (1923) сформулировал признаки синдромов нарушенного сознания: отрешенность от окружающего мира, дезориентировка, амнезия на период нарушенного сознания.

Под отрешенностью от окружающего мира следует понимать утрату способности воспринимать происходящие события, анализировать, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы, т. е. нарушение анализа и синтеза происходящих событий. При всех психических нарушениях имеет место измененное восприятие окружающего, особенно в случаях галлюцинаторных и бредовых расстройств. Однако для состояний нарушенного сознания более характерны нарушения восприятия, характеризующиеся неточностью, фрагментарностью, беспорядочностью и бессвязностью отражения происходящих событий.

Для нарушенного сознания характерны различные варианты дезориентировки. 134

Под дезориентировкой понимают нарушение ориентировки в окружающем, во времени и по отношению к собственной личности. Дезориентировка, особенно во времени и месте, наблюдается при синдроме Корсакова. Однако наряду с грубой дезориентировкой во времени такие больные могут обнаружить способности тонко анализировать ситуацию, использовать запись прошлых сведений и делать правильные выводы. Так, больной с болезнью Корсакова и грубыми расстройствами памяти на текущие события, дезориентировкой во времени на вопрос: “Какое время года?”, подойдя к окну, ответил: “конец мая”. Это соответствовало действительности. Далее он объяснил: “Листва полностью распустилась, но она еще свежая, так бывает в конце мая”. При грубой дезориентировке во времени и месте у больного сохранена способность воспринимать происходящее, использовать прошлый опыт и делать соответствующие выводы, т. е. анализ и синтез не нарушены.

Амнезия может быть тотальной и может касаться только определенных ситуаций, например больной не может вспомнить реальные события, но помнит некоторые болезненные переживания, как это наблюдается при делирии.

Для того чтобы говорить о состоянии нарушенного сознания, необходимо выявить у больного все три признака, отмеченные К. Ясперсом. Например, больной, находящийся в

кататоническом ступоре, как бы отрешен от окружающего мира, не реагирует на происходящие события, не вступает в контакт, не отвечает на вопросы. Однако после выхода из болезненного состояния такой больной может рассказать о событиях, которые происходили вокруг, обнаруживая\* способность не только воспринимать, запоминать, но и анализировать происходящее. Это свидетельствует о том, что сознание не было нарушено, несмотря на отрешенность от окружающего.

* + 1. Симптомы помрачения сознания

Одним из основных признаков нарушенного сознания является отрешенность от окружающего мира, что прежде всего проявляется в изменении восприятия происходящего, выражающемся в фрагментарности, непоследовательности отражения событий и др. При состояниях нарушенного сознания имеет место дезориентировка во времени и месте. Иногда больные улавливают только грубые признаки окружающего (“я в городе”, “я в больнице”), но более точная

135

ориентировка нарушена. У больных может наблюдаться дезориентировка в ситуации, они утрачивают способность оценивать обстановку, не понимают, что происходит. Вы-

.деляют аллопсихическую дезориентировку, которая проявляется в нарушении ориентировки лишь в окружающем: в месте, времени, по отношению к другим лицам; амнести-ческую дезориентировку” обусловленную расстройством памяти; аутопсихическую, при которой дезориентировка относится только к собственной личности и проявляется невозможностью назвать свой возраст, имя, профессию и др.; бредовую, проявляющуюся в виде ложных представлений об окружающем (все происходящее наполнено особым смыслом, имеющим отношение к больному); соматопсихиче-скую, при которой дезориентировка относится к собственному телу, его частям и внутренним органам.

Особым видом дезориентировки является двойная ориентировка, когда больной одновременно находится как бы в двух ситуациях. Он убежден, что это больница, и в то же время говорит, что это не больница, а “специальный центр по подготовке космонавтов” или “лаборатория по переделке умов”, “школа обучения шпионов” и т. д.

В. А. Гиляровский считал, что такие больные живут как бы в двух мирах, в двух планах. Двойная ориентировка сопровождается переживанием симптомов положительного и отрицательного двойника.

Анозогнозия — неузнавание или отрицание собственной болезни, невозможность правильно оценить собственный дефект. Анозогнозия часто является симптомом при- нарушении критики при психических заболеваниях и алкоголизме.

Симптом никогда не виденного (jamais-vu) характеризуется тем, что больной неоднократно виденное, хорошо знакомое воспринимает как никогда не виденное, чуждое, виденное впервые.

При симптоме уже виденного (deja vu) новые, незнакомые явления и новые ситуации больной воспринимает как уже знакомые, виденные ранее. В чужом, незнакомом месте у него остро возникает чувство, что все это уже было ранее, хорошо знакомо.

Растерянность (аффект недоумения) — это состояние острого бессмыслия, невозможность или затруднение понимания происходящих событий, мучительная неспособность разобраться в обстановке, последовательно воспринимать происходящее, понять ситуацию в целом,

136

переживание чувства беспомощности, собственной измененное™,, в связи с этим аффект и мимика недоумения.

Гиперметаморфоз — расстройство внимания в форме непроизвольного, кратковременного его привлечения к предметам и явлениям, обычно не замечаемым, сопровождающееся состоянием острой растерянности.

11.1.4. Синдромы выключения сознания

К синдромам выключения сознания относят состояния оглушенности, сопора и комы. Оглушение характеризуется двумя основными признаками: повышением порога ко всем раздражителям и обеднением психической деятельности. В связи с этим больные отвечают на вопросы, задаваемые только громким голосом и настойчиво. Ответы обычно односложны, но правильны. Повышен порог и к другим раздражителям: больные не жалуются на шум, неудобную, мокрую постель, не чувствуют слишком горячей грелки и т. д., не реагируют на другие неудобства.

Обычно подчеркивают, что выражение лица таких больных именно тупое, оно не выражает никаких эмоций. Больной говорит односложно, так как психическая деятельность обеднена, мыслей и воспоминаний мало, сновидений нет, желания отсутствуют, движения скудны. Продуктивной психопатологической симптоматики обычно не выявляется.

Грубая ориентировка сохранена, но более тонкая и дифференцированная нарушена. После выхода из состояния оглушения у больного в памяти сохраняются отдельные фрагменты имевшей место ситуации. Так, больной в состоянии оглушения в процессе лечения инсулиновыми комами после купирования этого состояния говорил врачу: “Я помню, Вы ко мне подходили, что-то спрашивали, но что — не помню”.

Обнубиляции (вуаль на сознание) — легкая степень оглушения. Такой больной напоминает человека в состоянии легкого опьянения. У него несколько рассеянно внимание, он не может сразу собраться, чтобы правильно ответить, затруднено и замедленно восприятие событий, поэтому кажется, что он отвечает невпопад. Настроение бывает несколько повышено. Глубина обнубиляции обычно колеблется.

Оглушенность является признаком тяжелого поражения головного мозга и наблюдается при интоксикациях, череп-

137

но-мозговых травмах и при объемных процессах (опухоли, гуммы, кисты).

Сопор — состояние, следующее по тяжести за оглушением. При нем сохраняются простые психические реакции на внешние воздействия: больной отдергивает руку при уколе, на громкий звук открывает глаза, поворачивает голову. У него сохраняются зрачковые, корнеальные и конъ-юнктивальные реакции.

Кома характеризуется полным угнетением психической деятельности, отсутствием зрачковых и других рефлексов, наличием бульбарных и тазовых расстройств.

11.1.5. Синдромы помрачения сознания

Делирий — иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания — характеризуется противоположными оглушенности признаками: понижением порога ко всем раздражителям, богатством психопатологической симптоматики (иллюзорно- галлюцинаторной с возбуждением).

Начало делириозного помрачения сознания проявляется изменением восприятия окружающего. Раздражители, которые ранее не мешали больному, начинают им восприниматься как более сильные и раздражающие. Так, больной с соматогенной интоксикацией, например, при разрешении пневмонии, начинает жаловаться, что в коридоре слишком громко говорит персонал, топают, стучат ложками и тарелками при раздаче пищи, ему начинает мешать свет фонаря с улицы, постель кажется слишком жесткой, белье грубым и т. д. Затем появляются нарушения сна, возникают гип- нагогические галлюцинации, из-за которых больной не может уснуть. Перед засыпанием на темном фоне ему видятся страшные рожи, куски тел, различные чудовища. Больной в страхе открывает глаза, но, как только закрывает, снова видит страшные картины. По

утрам эти страхи кажутся нереальными и смешными, поэтому больной стесняется о них рассказать врачу.

На следующем этапе, обычно вечером, появляются па-рэйдолические иллюзии. В игре светотеней, на узорах обоев, на полу видятся различные картины, подвижные, часто меняющиеся и исчезающие при ярком освещении. Затем появляются зрительные галлюцинации, иногда как продолжение парэйдолических иллюзий.

Так, больному в узорах ковра видятся головки котят, которые кивают в разные стороны, затем котята “выпры-

138

гивают” из ковра и начинают “бегать по кровати”. В это время больной не только видит их, но и начинает чувствовать, как они когтями царапают ему руки, т. е. появляются тактильные галлюцинации.

Зрительные галлюцинации вначале единичные, фрагментарные, затем множественные, микрооптические, сце-ноподобные. К зрительным галлюцинациям присоединяются тактильные и слуховые. Эти галлюцинации истинные. Критическое отношение отсутствует, галлюцинаторные образы воспринимаются как реальные, и поведение больного соответствует галлюцинациям. При устрашающих галлюцинациях больной испытывает страх, спасается бегством, вступает в борьбу, при индифферентных или “завлекательных” всматривается с интересом, смеется и т. д. Восприятие реальных событий и их оценка нарушены. Ориентировка ложная, больной считает, что он находится.в другой ситуации, в другом городе, на работе с собутыльниками, окружен врагами и т. д.

Воспоминания о реальных событиях фрагментарны или отсутствуют вовсе. Больной не помнит, как поступил в больницу, что предшествовало этому, как приходил врач, как он ехал в больницу, однако помнит, что в квартиру рвались “бандиты”, от которых он оборонялся: спасался бегством. Критика к галлюцинациям восстанавливается постепенно. При делириозном состоянии могут быть светлые промежутки, когда на короткий период сознание проясняется. Это чаще наблюдается в утренние часы или при активном привлечении внимания больного, при разговоре с ним. Оставленный в покое, он снова начинает галлюцинировать.

Делирий обычно проходит после длительного сна (16— 18 ч), но к следующей ночи возможны рецидивы галлюцинаторных пзреживаний.

Выделяют несколько разновидностей делирия: неразвернутый, или абортивный, при котором наблюдаются иллюзии и галлюцинации, но ориентировка сохраняется, длительность этого периода до нескольких часов. Наиболее тяжелыми вариантами делирия являются муситирующий (бормочущий) и профессиональный, сопровождающиеся глубоким помрачением сознания. При муситирующем делирии наблюдается беспорядочное, хаотическое возбуждение, обычно в пределах постели, речь бессвязная, бормочущая с выкрикиванием отдельных слов или слогов. Часто имеют место бессмысленные хватательные движения, больной теребит одежду, простыню, “обирается”. 139

При профессиональном делирии у больного наблюдаются автоматизированное двигательные действия: он забивает несуществующие гвозди, строгает, пилит и т. д. Галлюцинаторные переживания менее отчетливы и более стереотипны.

Делириозные помрачения сознания наблюдаются при хронических интоксикациях, инфекционных и соматических заболеваниях, интоксикации при ожоговой болезни, черепно-мозговых травмах и других органических заболеваниях головного мозга.

Несмотря на яркость психопатологических проявлений, В. А. Гиляровский считал, что это реакция относительно сохранного мозга.

Онейроидное помрачение сознания (онейроид, сновид-ное, грезоподобное). Онейроид — это помрачение сознания с наплывом непроизвольно возникающих фантастических сновидно-бредовых представлений в виде законченных по содержанию картин, следующих в определенной последовательности и образующих единое целое. Это состояние сопровождается частичной или полной отрешенностью от окружающего, расстройством самосознания, депрессивным или маниакальным аффектом, признаками кататонии, сохранением в сознании содержания переживаний при амнезии на окружающие события.

Если неправильное поведение больного в состоянии де-лириоза не заметить нельзя, то онейроидное состояние сознания часто просматривается, так как наблюдается несоответствие между фантастическими переживаниями и поведением больного.

На первых этапах развития онейроида наблюдаются нарушения сна, затем бред инсценировки: все воспринимается как специально подстроенное, как будто бы для больного специально разыгрываются сцены. В этом периоде имеет место двойная ориентировка', больной живет как бы в двух мирах, двух планах, в реальной ситуации и другой вымышленной, фантастической. При этом события причудливо переплетаются в сознании.

Больной может говорить, что, с одной стороны, он понимает, что находится в больнице, но с другой — думает, что это не больница, а специальный “центр по подготовке космонавтов”, космическая станция или еще что-то необычное ифантастическое. В это время наблюдаются симптомы положительного и отрицательного двойника. Лица воспринимаются не как реальные, а как подставные, играющие иную роль специально для больного. В последующем начинает нарастать фантастическая бредовая симптома-

140

тика. Часто у больных имеется убеждение в исключительности своего существования и предназначения: они призваны спасти планету, цивилизацию, создать новое общество, сделать людей счастливыми, защитить нашу землю от врагов, иногда ощущают себя в центре борьбы добра со злом (манихейский бред). Больные видят себя в других мирах, на других планетах, в аду, в раю, с помощью машины времени переносятся в будущее или далекое прошлое. Фантастическое причудливым образом переплетается с реальными событиями. Так, больная видит себя на арене Колизея, она рабыня, которую должны уничтожить, видит, как бежит, спасаясь, под рев зрителей. Одновременно видит, как по арене скачет войско на великолепных белых конях, воины одеты в прекрасные золотые доспехи и во главе войска на белом коне заведующая отделением, где находится больная. Поведение больных не соответствует их переживаниям. Больные лежат в постели в субступорозном состоянии, иногда имеет место восковая гибкость. Некоторые больные бродят по отделению с “зачарованной улыбкой”, контакт с окружающими бывает нормальным, ответы чаще односложные, но иногда удается выявить некоторые фантастические переживания.

Таким образом, для онейроида характерна отрешенность от окружающего мира с погружением в фантастические бредовые переживания, двойная ориентировка, исключительность собственной миссии, несоответствие переживаний и поведения больного.

Онейроид может продолжаться несколько недель. В памяти больных обычно сохраняются фантастические переживания, о реальных событиях воспоминания чаще отсутствуют или больной помнит отдельные фрагменты. В ряде случаев наблюдаются непроизвольные фантастические представления о космических полетах, войнах, путешествиях, не сопровождающиеся дезориентировкой (ориентированный онейроид).

Онейроидное помрачение сознания наблюдается, как правило, при приступообразной шизофрении и значительно реже — при других заболеваниях.

Аменция — аментивное помрачение сознания (от лат. amentia — безумие), характеризуется растерянностью с аффектом недоумения и инкогеренцией (ассоциативная бессвязность) и проявляется в невозможности в целом воспринимать происходящие события, улавливать связь между предметами и явлениями. Больные схватывают отдельные

141

фрагменты ситуации и не могут связать их в единое целое. По выражению Е. А. Попова, больной в состоянии амен-ции — это человек в разбитых очках, т. е. все им воспринимается по кусочкам, отдельно. Речь больного бессвязна, больные произносят бессмысленный набор слов, носящий часто обыденный характер, наблюдаются персеверации, бредовые идеи либо отсутствуют, либо отрывочны, аффект неустойчив, характерно беспорядочное двигательное возбуждение с хореоподобными гиперкинезами. Наблюдается грубая дезориентировка в месте, времени и собственной личности. Больные не только не могут сказать, где они находятся, но и оценить ситуацию в целом.

Воспоминания о периоде аменции отсутствуют.

Появление на фоне аменции в ночное время делириозных переживаний свидетельствует в пользу экзогенной природы аментивного помрачения сознания.

Аменция наблюдается при тяжелых хронических соматических заболеваниях, при хронической раневой инфекции, органических заболеваниях головного мозга,, реже — при реактивных психозах и шизофрении. Аменция может продолжаться несколько недель и месяцев.

Сумеречное помрачение сознания. Это внезапно возникающее и внезапно прекращающееся помрачение сознания с последующей амнезией, при котором больной может совершать взаимосвязанные, последовательные действия, обусловленные часто бредом, галлюцинациями, бурными аффектами страха, отчаяния, злобы. Если делирий можно определить как иллюзорно-галлюцинаторное помрачение сознания, а онейроид — как грезоподобное, то для сумеречного помрачения сознания нет такого общего определения. Однако есть признаки, характеризующие это помрачение сознания: пароксизмальность возникновения и прекращения,• сохранность автоматизированной деятельности; полная амнезия на период сумеречного помрачения сознания.

При амбулаторном автоматизме сумеречное состояние наступает внезапно, но, несмотря на грубую дезориентировку, больные могут сохранять способность к упорядоченному поведению. В таком состоянии больной может выйти из дома и через несколько часов обнаружить, что он находится в другой части города или в другом городе, куда не собирался ехать. При этом всю дорогу он вел себя достаточно адекватно, ехал в транспорте, покупал билет, отвечал на вопросы, возможно, казался несколько рассеянным, но своим поведением не привлекал внимания.

142

При наличии бреда и галлюцинаций поведение больного становится крайне опасным, так как действия его обусловлены психопатологической симпоматикой или острейшими аффективными состояниями с переживанием ярости иди отчаяния.

Фуги и трансы — кратковременные состояния амбулаторного автоматизма.

Абсанс (от франц. absence — отсутствие) — кратковременная потеря или угнетение сознания с последующей амнезией. Выключение сознания действительно очень кратковременно. Например, во время беседы больной останавливается и замолкает, однако на вопрос: “Что с тобой?” — он тут же отвечает: “Ничего” — и продолжает беседу. Сам больной чаще не замечает эти состояния или говорит, что у него бывают “отключения”.

Выделяют несколько вариантов абсанса: атонический, характеризующийся потерей мышечного тонуса и внезапным падением; гипертонический — с повышением мышечного

тонуса, который проявляется обычно сочетанным разгибанием головы и отведением глазных яблок кверху, иногда выгибанием туловища назад; субклинический — с неполной потерей сознания; энуретический — с непроизвольным упу-сканием мочи.

Сумеречные состояния сознания и абсансы в том числе наблюдаются при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга.

11.1.6. Сравнительно-возрастные особенности нарушений сознания

Нарушение сознания у детей зависит от возрастного этапа формирования сознания. Так, в период предметного сознания нарушения малодифференцированны, отчет о них получить не удается. О его наличии можно судить только по поведению ребенка. Например, ребенок ночью вскакивает, громко кричит, от кого-то отмахивается, на вопросы и уговоры не реагирует. Через несколько минут состояние проходит, он оглядывается по сторонам, объяснить, что с ним было, не может. При таком поведении можно заподозрить сумеречное помрачение сознания.

Для детей в возрасте до 3 лет наиболее характерно состояние оглушенности, для которого типично снижение активности во всех психических проявлениях. Выраженность оглушенности чаще бывает незначительной, поэтому

143

такое состояние оценивается как обнубиляции. В этом состоянии ребенок заторможен, реакции замедлены, внимание привлекается с трудом, интереса ни к чему не проявляет, безразличен к приходу матери, игрушкам.

Для индивидуального периода формирования сознания нарушения более разнообразны, однако, чем моложе ребенок, тем чаще наблюдаются состояния оглушенности.

Делирий в этом возрасте отличается стертостью, фрагментарностью, меньшей длительностью, отсутствием последовательности в его развитии, наличием иллюзий и галлюцинаций воображения, отражающих аффективно-окрашенные переживания.

Ребенок говорит, будто бы он видел, что на кровати лежала красивая кукла или маленькая собачка, уверяет, что приходила мама. Ребенок не может ответить, было это во сне или наяву.

Сумеречные состояния в этом возрастном периоде крат-ковременны и не развернуты. Чем моложе ребенок, тем больше в структуре сумеречного состояния выражены компонент автоматизированных движений и действий, что соответствует психомоторному уровню реагирования в этом возрасте. Наиболее часто встречаются оральные автоматизмы (жевание, глотание, чмоканье, облизывание) или однообразные действия руками (поглаживание, перебира-ние пальцами).

На этапе формирования коллективного сознания (9— 16 лет) наиболее характерен делириозный синдром. В этом возрасте можно выделить стадии в развитии делирия. На пределириозной стадии ребенок становится двигательно-бес-покойным, пугливым, обидчивым, затем появляется склонность к иллюзорному восприятию: иллюзии носят устрашающий характер, появляются гипнагогические галлюцинации. Для стадии истинных галлюцинаций типичны мелкие зооптические галлюцинации, больной видит насекомых — мух, муравьев, пчел, иногда кошек, собак. Такого рода галлюцинации чаще наблюдаются при различных интоксикациях, особенно атропиноподобными препаратами. Онейроидные состояния в этом возрасте еще не полностью развернуты, чаще имеет место ориентированный оней-роид, однако в пубертатном возрасте наблюдаются типичные переживания, когда больные видят себя участниками фантастических событий, на войне, в космосе. Воспоминания об этих переживаниях сохраняются, но чаще носят отрывочный характер.

Сумеречные состояния в подростковом возрасте часто 144

сопровождаются аффективными расстройствами, переживанием страха, злобы, отчаяния с агрессивным поведением. В юношеском возрасте (5-й этап формирования сознания — 16—22 года) наблюдаются все клинические варианты расстройств сознания, характерные для зрелого возраста.

* 1. Нарушения самосознания

Самосознание — выделение человеком себя из объективного мира, это — личное тождество, идентичность, постоянство своего “Я”.

Самосознание (частная сторона сознания) — это не только осознание своей личности, но и своего тела, и своих психических функций во всем их разнообразии (мысли, чувства, желания, интересы и т. д.). Оно включает в себя также осознание своего отношения к миру, своей деятельности в нем. Создавая в процессе своего труда какие-то ценности, человек отличает себя от предметов этой деятельности.

Самосознание, характеризуясь чувством единства собственно “Я”, постоянством его, тем не менее сопровождается стремлением к анализу собственных мыслей, поступков, переживаний, способностью оценивать себя, смотреть на себя как бы со стороны.

Аналитическое размышление по поводу собственных мыслей, переживаний, поступков, обычно полное сомнений и колебаний, называется рефлексией.

Самосознание в процессе онтогенеза формируется постепенно.

И. М. Сеченов в “Рефлексах головного мозга” так охарактеризовал формирование самосознания: “...из детского самочувствия родится в зрелом возрасте самосознание, дающее человеку возможность относиться к актам собственного сознания критически, т. е. отделять все свое внутреннее от всего происходящего извне, анализировать его и сопоставлять (сравнивать) с внешним, — словом, изучать акт собственного сознания”.

Этап формирования аллопсихического самосознания (способность ребенка выделять себя из окружающей среды) условно начинается с появления в речи местоимения “Я”. Это происходит в возрасте 3 лет.

Этап формирования соматопсихического самосознания (способность оценивать свое физическое “Я”) условно начинается с умения ребенка правильно идентифицировать 145

правую и левую стороны применительно к себе и окружающим. Это обычно появляется в 6—7-летнем возрасте.

Полная идентичность, постоянство своего “Я” (самосознание) формируется к подростковому периоду.

К 12—14 годам у подростка появляется способность оценивать свое психическое “Я” — начинает формироваться аутопсихическое самосознание. Знание этапов формирования самосознания необходимо для правильной оценки деперсонализации.

* + 1. Деперсонализация

Нарушение самосознания, выражающееся в отчуждении от самого себя, называется деперсонализацией (от лат. de — приставка, означающая отделение, удаление, отмену, и лат. persona — особа, личность). Чувство отчуждения от собственного “Я” может касаться как личности в целом, так и отдельных психических и соматических функций.

Витальная деперсонализация — клинически наиболее тяжелая, когда у больного исчезает само чувство жизни: “я как мертвая”, “не пойму, живу я или нет”, “я вроде бы и не существую совсем”.

Аутопсихическая деперсонализация — отчуждение психических функций, своего “Я”: “я стал каким-то другим, чувствую это, а описать не могу”, “это и я, и не я”, “мысли как в тумане”, “мысли не мои”, “речь свою слышу как бы со стороны”, “не пойму, хочу я спать или нет”, “не пойму, спала я или нет”, “все чувства куда-то исчезли”.

Иногда чувство отчуждения касается какого-то периода жизни больного, а может быть, и всего его прошлого. Например, больная заявляет: “Мое прошлое, это как бы и не мое прошлое”.

К кругу аутопсихических деперсонализационных расстройств относится и anaesthesia dolorosa psychica — болезненная психическая нечувствительность (чувство мучительного бесчувствия), когда больного ничто не радует, не печалит, его не трогают страдания близких, их успехи и это для него очень тягостно, мучительно.

Больная 43 лет, находясь в клинике, очень ждала приезда своего сына, военного по специальности, которого несколько лет не видела. После свидания с сыном она горько плакала: “Он пришел, мой единственный, горячо любимый сын, а во мне никакой радости, я ничего не почувствовала, была как деревянная, это так ужасно, так мучительно”.

146

Соматопсихическая деперсонализация — выражается в виде чувства чуждости собственного тела либо отдельных его частей или даже их исчезновении. Этот вид деперсонализации необходимо дифференцировать от патологии в виде “расстройства схемы тела”.

При соматопсихической деперсонализации нет ощущения изменений пропорций или размеров тела, больные просто не чувствуют его (или частей его): “ног вроде бы у меня нет”, “знаю, что голова лежит на подушке, а как будто бы и нет ее”.

Больной не может понять, сыт он или голоден, есть у него позывы на акт мочеиспускания или дефекации или нет. Например, больная с длительной задержкой мочи после катетеризации не испытала никакого облегчения, хотя было спущено около 3 л мочи.

Деперсонализация нередко сочетается с дереализацией, что дало основание некоторым авторам' объединить их в единый синдром деперсонализации, называя при этом дереализацию аллопсихической деперсонализацией. Это положение имеет исторические корни, так как первоначально дереализация была описана в рамках деперсонализации.

Такая идентификация в дальнейшем была вряд ли оправдана, так как дереализация — нарушение перцепции, а деперсонализация — самосознания. Поэтому, когда имеются оба эгих феномена, правильнее говорить о синдроме деперсонализации — дереализации (В. М. Морозов и др.).

Деперсонализация в виде отдельных элементов сомато-психического характера может встречаться у детей с 8—10 лет, но в типичном своем виде феномен отчуждения появляется только с подросткового возраста.

Субъективно деперсонализация всегда неприятна, тягостна для больных. В том или ином виде она может встречаться практически при всех заболеваниях, то существуя длительно, то возникая приступами.

В виде отдельных эпизодов феномен отчуждения может встречаться и у здоровых людей в связи с перенапряжением, утомлением, волнением, недосыпанием.

Подросток 15 лет, очень волновавшийся перед экзаменами и практически не спавший несколько ночей подряд, вдруг со страхом сказал матери: “У меня отказали ноги, я их не чувствую”. Подсевшая к его кровати мать, казалось, находилась где-то очень далеко.

Через несколько минут все это прошло. 147

Глава 12 НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

В психологии существует множество определений понятия “личность”. Для медицинских целей (психотерапия, психологическая коррекция, психологическая диагностика) в нашей стране широко-используется понимание личности с позиций “психологии отношений”, созданной в школе В. М. Бехтерева его учениками — психиатрами и психологами А. Ф. Лазурским и В. Н. Мясищевым. Личность определяется как система, совокупность, “ансамбль” отношений к окружающему, прежде всего социальному и к самому себе.

Каждое отношение вырабатывается в онтогенезе, значительную роль в этом процессе играют условно-рефлекторные механизмы.

Основой личности является характер. В значительной мере он определяется наследственными задатками, но окончательно формируется под влиянием воспитания, а искажаться может при неблагоприятном воздействии различных факторов — от хронической психической травматизации до органических поражений головного мозга.

12.1. Преморбидные типы личности

Преморбидный тип личности подразумевает ее основные черты, тип характера до того, как возникло психическое расстройство. Этот тип обычно описывается со слов как самого больного, так и его близких при изложении анамнеза жизни. Оценка преморбидного типа важна для диагностики (риск отдельных психических расстройств неодинаков при разных типах), прогноза и выбора методов психотерапии и реабилитации.

Одной из наиболее известных и разработанных систематик типов личности, удобных для оценки преморбидных черт, является классификация “акцентуированных личностей” немецкого психиатра Карла Леонгарда. В основе этих типов лежат акцентуации характера, т. е. чрезмерное усиление отдельных его черт, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. Акцентуированные личности (в отличие от психопатий, расстройств личности) — это крайние варианты нормы. В развитых станах к ним можно отнести более половины популяции.

148

Описаны следующие основные типы акцентуированных личностей и акцентуаций характера (по К. Леонгарду и А. Е. Личко).

Гипертимный тип. Лица с этим типом личности отличаются почти всегда приподнятым настроением, высоким жизненным тонусом, активностью, брызжущей энергией. Короткие вспышки раздражения и гнева у больных вызывают противодействие окружающих, подавление их бурной деятельности, желания во все вмешиваться. Больные стремятся к самостоятельности и независимости, но тяготятся одиночеством и вынужденным бездельем. Они находчивы, умеют ловчить и изворачиваться, но плохо переносят жесткую дисциплину и регламентированный режим; неразборчивы в выборе знакомств. Увлекаясь новым, они часто не доводят начатого до конца. Склонны к переоценке своих способностей и возможностей, чрезмерно оптимистичны в отношении будущего, но плохо справляются с аботой, требующей усидчивости и аккуратности.

Циклоидный, или аффективно-лабильный, тип. Для этого типа личности характерна смена периодов подъема, когда больные ведут себя как гипертимы, периодами спада настроения и тонуса. Во время последних у больных отмечаются вялость, упадок сил, падение работоспособности, они становятся малообщительными и бездеятельными. Самые незначительные неприятности в эти периоды переживаются очень тяжело. Между подъемами и спадами могут быть продолжительные периоды ровного настроения.

Длительность периодов — от нескольких дней до нескольких месяцев. Эмоционально-лабильный (эмотивный, аффективно-экзальтированный) тип. Главной чертой людей с этим типом личности являются крайняя изменчивость настроения, перепады которого происходят даже от ничтожного повода От настроения же зависят

самочувствие, работоспособность общительность и отношение ко всему. Больные тяжело переживают неприятности, склонны к невротическим реакциям. Они искренне привязаны к тем, от кого видят заботу и внимание. Отмечается большая потребность в эмоциональных контактах, сопереживании.

Сенситивный (тревожный, боязливый) тип. Главными чертами людей с этим типом личности являются большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. Среди посторонних и в незнакомой обстановке больные робки и застенчивы. Общительны с теми, к кому привыкли.

149

У них сильно развито чувство долга, ответственности. В себе видят множество недостатков и стремятся их перебороть, утверждая себя не там, где могут раскрыться их действительные способности, а именно в той области, где они слабы, например робость и застенчивость стараются преодолеть, занимая общественные посты. Тревожность более всего сказывается опасением произвести неблагоприятное впечатление на других.

Больные тяжело переживают недоброжелательное отношение к себе окружающих. Психастенический (педантичный) тип. Лица с этим типом личности сочетают в себе нерешительность, склонность к рассуждательству с тревожной мнительностью в виде опасений за будущее свое и своих близких. Педантизм и формализм становятся защитной реакцией от постоянной внутренней тревоги. Они питаются мыслью, что если не уклоняться от заведенного порядка, от намеченного плана, то ничего плохого не случится. Другой защитной реакцией становятся придуманные приметы и ритуалы.

Нерешительность сочетается с нетерпеливостью, когда решение уже принято. Больные склонны к самоанализу и самокопанию. Тяжелой нагрузкой для них является ответственность, особенно когда отвечать надо не только за себя, но и за других.

Шизоидный (интровертированный) тип. Это тип личности известен как образец замкнутости. Хотя формальные контакты у людей с этим типом обычно не затруднены, однако непосильной задачей для них обычно оказываются эмоциональные контакты.

Замкнутость сочетается с внешней сдержанностью и даже холодностью. Недостаток сопереживания проявляется в неумении откликнуться на радость, печаль или опасения другого человека. Обнаруживается также недостаток интуиции — неумение понять чужие переживания, догадаться о невысказанных вслух желаниях или тревогах других людей, почувствовать симпатию или неприязненное отношение к себе. Они живут обычно внутренним миром, который заполнен увлечениями и фантазиями. Увлечения (хобби) отличаются необычностью, силой и постоянством. Больные фантазируют про себя, с другими своими фантазиями не делятся. Отличаются также независимостью и склонностью к нонконформизму.

Эпилептоидный (эксплозивный, возбудимый) тип. Лица с этим типом личности обычно отличаются склонностью к коротким периодам злобно-тоскливого настроения с накипающим раздражением и поиском объекта, на котором можно “сорвать зло”. В эти периоды особенно проявляется

150

аффективная взрывчатость. Аффекты не только сильны, но и продолжительны, и больные во время них способны доходить до безудержной ярости. Очень сильны инстинкты, особенно сексуальное влечение. Склонность к сексуальным эксцессам сочетается с сильной ревностью, а иногда с садистскими и мазохистскими наклонностями. В отношении к окружающим проявляется властность. Все поведение — от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей — отличается тяжеловесностью, тугоподвижно-стыо, инертностью. Мелочная аккуратность, дотошное соблюдение правил, допекающий других педантизм сочетаются с бережливостью, расчетливостью и злопамятностью.

Истероидный (демонстративным, гистрионический) тип. Лица с этим типом личности обращают на себя внимание ненасытной жаждой быть в центре внимания. Этому служат лживость и фантазирование, склонность к рисовке и позерству, наигранно- преувеличенная экспрессия эмоций, чрезмерная драматизация событий. С этим же связаны претензия на исключительное положение среди окружающих, а также высокий уровень притязаний в отношении своего будущего. Хорошие актерские способности позволяют вживаться в придуманную роль и вводить в заблуждение доверчивых людей. Нередко приписываемая истероидам внушаемость весьма избирательна — распространяется лишь на то, что способно привлечь внимание других и покрасоваться

перед ними. Больные любят менять компании приятелей, уверяя, что “разочаровались” в прежних.

Неустойчивый тип. Для личностей этого типа характерна постоянная гедонистическая установка — непрерывная повышенная тяга к удовольствиям, развлечениям, праздности, безделью. Они стремятся уклониться от любого труда, от исполнения обязанностей и долга. Живут сегодняшним днем, никаких долгосрочных целей перед собой не ставят.

Любые упорные занятия их отталкивают. Настоящих привязанностей никогда ни к кому не испытывают — ни к родным, ни к друзьям. Ни в кого не влюбляются — сексуальная жизнь служит лишь одним из путей к получению удовольствия. Их привлекают любые асоциальные компании, сулящие развлечения. Трусливость и недостаточная инициативность обрекают их на подчиненную роль. Они часто начинают злоупотреблять спиртными напитками и другими дурманящими веществами. От трудностей, неприятностей и испытаний стараются убежать.

Конформный тип. Этот тип представлен людьми “своей 151

среды”. Их жизненное правило думать, поступать, жить, “как все”, т. е. как привычное окружение, поэтому они полностью оказываются продуктом своей микросреды. В хорошем окружении это неплохие люди и работники, в неблагоприятной среде они могут легко спиваться и вставать на путь преступлений. Конформность во всем к своему окружению сочетается с консерватизмом, обусловленным трудностью адаптации к новым условиям, необычной среде, новым веяниям, с отсутствием личной инициативы, предпочтением всегда идти привычным путем, действовать по затверженным трафаретам. Другой чертой является поразительная некритичность: как истина воспринимается все то, что поступает по привычным каналам информации. Больные теряют душевное равновесие при крутых переменах в жизни, когда они лишаются привычного общества.

Смешанные типы весьма распространены. Они могут быть промежуточными, когда черты двух типов прослеживаются с юных лет, иногда с детства (например, смешанный истеро- эпилептоидный тип), или амальгамными, когда на основу одного типа вследствие длительного неблагоприятного влияния среды наслаиваются черты другого типа (например, воспитание в условиях жестоких взаимоотношений в окружении способствует напластованию некоторых эпи-лептоидных черт на основу других типов).

12.2. Расстройства личности

Расстройства личности (психопатии) — патологические характеры, описание которых дается в главе 32. Они могут быть конституциональными (наследственно обусловленными) или формироваться вследствие продолжительного особо неблагоприятного влияния среды, чаще в детстве или подростковом возрасте.

Патологическое развитие личности проявляется нарастающими ее изменениями по определенному типу вследствие психической травматизации, адресующейся к “месту наименьшего сопротивления” данного типа акцентуации характера. В крайних случаях изменения личности при таких развитиях могут достигать уровня психоза, когда утрачивается способность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими.

Особую группу составляет патологическое развитие личности, обусловленное тяжелыми физическими дефектами (слепота, глухота, врожденные параличи и т.д.).

152

Личностные дефекты возникают как последствия тяжелых психических заболеваний или органических поражений головного мозга. Возникающие изменения отличаются стойкостью. Различают несколько типов личностных дефектов: шизофренический, эпилептический, органический и др., картина которых описывается в соответствующих главах.

Глава 13

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Лечение психических заболеваний разделяют на виды в соответствии с целью, которую при этом преследуют, и с методами, которые используют.

Как и в других областях медицины, в зависимости от цели выделяют терапию этиологическую, патогенетическую, симптоматическую, общеукрепляющую и др. Примером этиологической терапии в психиатрии является дезинтоксикация при интоксикационных психозах. Примером патогенетической терапии, т. е. направленной на то, чтобы вмешаться в механизм развития болезни и прервать его ход, может послужить шоковая терапия при некоторых формах шизофрении. Симптоматическое лечение используется для устранения тягостных или опасных проявлений болезни. Например, для быстрого устранения острой тревоги прибегают к противотревожным средствам: тизерцину, седуксену, феназепаму и др.

В психиатрии принято обозначать некоторые особые виды терапии в зависимости от определенных задач.

Купирующая терапия (от франц. couper — резать, пресекать) направлена на быстрое устранение тяжелых острых проявлений психических расстройств — возбуждения, галлюциноза и др. Для этого обычно используется парентеральное введение относительно больших доз психотропных средств, особенно нейролептиков. При устранении острых проявлений уменьшают дозы, переходят на пероральный прием лекарств, используют другие средства, действующие более медленно, но более избирательно, на определенные расстройства. Примером купирующей терапии служит прерывание алкогольного делирия (“белой горячки”) внутривенными вливаниями сибазона (релани-ума).

Поддерживающая терапия используется, 153

коща достигнут определенный эффект (от практического выздоровления до некоторого улучшения), но полное прекращение лечения грозит рецидивом или ухудшением состояния. Обычно прибегают к уменьшенным дозам эффективных лекарств или заменяют более сильнодействующие средства на более мягкие. Внезапное прекращение поддерживающей терапии нередко сопровождается “реакцией отмены”, проявляющейся как ухудшением психического состояния, так и вегетативными нарушениями. После прекращения поддерживающей терапии рецидивы психического расстройства часто наступают не сразу, а через 2—3 нед.

Поддерживающая терапия проводится в течение многих месяцев и лет. Чтобы избавить пациента от необходимости принимать лекарства несколько раз в день и чтобы быть уверенным, что оно регулярно поступает в организм, используют препараты пролонгированного действия — “депо-препараты”. Внутримышечные инъекции подобных средств делают 1 раз в 1—3 нед (модитен-депо, ИМАЦ и др.). Существуют препараты пролонгированного действия для пе-рорального приема (пимозид и др.). Их достаточно принимать 1 раз в сутки — они медленно всасываются. Недостатком пролонгированных препаратов, особенно для внутримышечного введения, является невозможность при надобности быстро прервать лечение, а также необходимость продолжать пероральный прием корректоров.

Корригирующая терапия, или применение специальных корригирующих средств, направлена на устранение тягостных побочных действий психотропных средств (в основном в виде экстрапирамидных нарушений). Многие из этих средств, особенно галоперидол, триседил, мажептил, вызывают паркинсоноподобные нарушения — мышечный тремор, скованность и др., а также приступы судорожного сведения отдельных мышц — глазных яблок, языка, шеи и др. Для устранения этих нарушений назначают систематический пероральный прием антипаркинсониче-ских средств, чаще всего циклодола (артан, ромпаркин, паркопан).

Превентивная, или противорецидивная, терапия по сути дела является разновидностью поддерживающей, но проводится на фоне выздоровления или хорошей ремиссии.

Перерыв в лечении вовсе не обязательно влечет за собой немедленный рецидив. Примером является лечение солями лития при маниакально-депрессивном пси- 154

хозе: их регулярное применение предупреждает развитие очередной фазы.

Борьба с терапевтической резистентно с т ь ю, которая чаще развивается при хронических психических расстройствах и длительном лечении психотропными средствами, включает различные специальные приемы. Они предназначены, чтобы усилить действие лекарств или сделать организм к ним более чувствительным. В число этих приемов входят нарочитые перерывы в лечении с вызыванием “реакции отмены”, электросудорожная терапия и др.

В соответствии с применяемыми методами лечение психических расстройств разделяют на биологическую терапию, психотерапию и социотерапию и реабилитацию как систему мер для восстановления (полного или частичного) социального статуса больного. Лечение каждого пациента обычно бывает комплексным, включающим методы всех видов терапии.

* 1. Биологическая терапия

Под биологической терапией психических расстройств понимаются все лечебные воздействия на организм как на биологический объект, на болезнь как на биологический процесс. К ним относятся все лекарства, в том числе психотропные средства, шоковые методы, психохирургия, лечение гормонами, ферментными препаратами, витаминами и другими биологически активными веществами.

* + 1. Лечение психотропными средствами

В настоящее время данная группа лекарств является основным методом лечения психических расстройств. В этой группе принято выделять антипсихотические нейролептики, седативные нейролептики и транквилизаторы, андидепрессанты, тимостабилизаторы, психостимуляторы и ноотропы. К психотропным средствам относят также пси-ходизлептики (психотомиметики, галлюциногены, “психоделические” средства), в нашей стране они для лечения не применяются. Рекомендуемые дозировки психотропных средств см. в табл. 2.

Антипсихотические нейролептики. Эти психотропные средства чаще всего используются для лечения психозов, но в малых дозах применяются при непсихотических (невротических, психопатических) расстройствах.

155

Аминазин (хлорпромазин) — первое из психотропных средств, с которого началось развитие психофармакологии. Его антипсихотическое и сильное седативное •действие открыто французскими психиатрами Ж. Делеем и П. Деникером в 1952 г. До этого хлорпромазин применялся в ветеринарии как противоглистное средство.. Для устранения психомоторного возбуждения или аффективного напряжения его вводят внутримышечно. Он может вызывать коллаптоидные состояния. При длительном употреблении способствует развитию депрессий, паркинсоноподобных нарушений, тромбоэмболической болезни. В редких случаях возникают желтуха и агранулоцитоз.

Противопоказаниями служат болезни печени и почек, сердца и кроветворных органов, склонность к тромбообразованию. Аминазин может вызывать аллергические реакции, притом не только у леченых, но и у персонала, который делал инъекции.

Трифтазин (стелазин) применяется перораль-но, действует постепенно (при острых психотических расстройствах малоэффективен), показан для длительного и поддерживающего лечения, особенно при бредовых расстройствах. Малые дозы характеризуются активирующим действием при апатии, анергии, но поначалу могут

усиливать тревогу, бред, галлюцинации. Как побочные явления часто возникают экстрапирамидные расстройства — мышечный тремор, скованность и др. Поэтому лечение трифта-зином обычно^ сочетают с приемами циклодола.

Галоперидол показан как при острых, так и при хронических психических расстройствах, обладает как антипсихотическим, так и сильным седативным действием. Служит для купирования разного рода возбуждения (маниакального, кататонического, бредового и др.). В этих случаях его вводят внутримышечно или капельно внутривенно. При галлюцинозах он более эффективен, чем триф-тазин. Для хронических расстройств предназначены капли и таблетки. Галоперидол вызывает выраженные экстрапирамидные расстройства. Могут возникать приступы судорожного сведения мышц языка, шеи, глазных, лицевых. Только малые дозы (до 1—2 мг/сут) могут применяться без циклодола. Галоперидол противопоказан при органиче-

Здесь и далее вначале дается название препарата, официально принятое в нашей стране (см. Машковский М. Д. Лекарственные средства. Изд. 12-е. М.: Медицина, 1993). В скобках указываются наиболее известные синонимы. Синонимы, более распространенные, чем официальные названия, также даны вразрядку.

156

ских поражениях головного мозга, так как паркинсонопо-добные расстройства бывают особенно частыми и тяжелыми и могут даже не поддаваться коррекции циклодолом. При солнечном облучении могут развиваться дерматиты.

Трифлуперидол (триседил, трипери-д о л) по своему действию сходен с галоперидолом, но сильнее его. Особенно показан при стойком слуховом галлюцинозе. Вызывает выраженные экстрапирамидные расстройства. Требуется коррекция циклодолом.

Протиповопо-казан при органических поражениях головного мозга.

Тиопроперазин (мажептил), будучи одним из самых сильных антипсихотических нейролептиков, обладает сильным побочным паркинсоноподобным действием. Иногда вызывает двигательную расторможенность, прожорливость, усиление полового влечения. Обычно к мажептилу прибегают, когда другими психотропными средствами эффекта достичь не удается. Не рекомендуется также применять при органических поражениях головного мозга.

Фторфеназин (модитен) наиболее распространен в качестве препарата пролонгированного действия (фторфеназин-деканоат, м о д и т е н-д е π о) для поддерживающего лечения.

Обладает не только антипсихотическим, но и “нормализующим поведение” действием при психопа-топодобных расстройствах. Внутримышечные инъекции делают 1 раз в 2—3 нед. Нередко приходится присоединять регулярный пероральный прием циклодола.

Френолон известен как нейролептик, обладающий активирующим действием, поэтому показан при апато-абу-лическом синдроме. Подобный эффект начинает сказываться только после нескольких дней лечения. Среди экстрапирамидных нарушений особенно часто вызывает тасикинезию (непоседливость, потребность непрерывно двигаться), которые устраняются приемом циклодола.

Азалептин (клозапин, лепонекс) обладает выраженным антипсихотическим действием, но в отличие от других нейролептиков не вызывает экстрапирамидных нарушений и общего угнетения. Его применяют при гал-люцинаторно-бредовых и аффективно-бредовых расстройствах, особенно в хронических случаях. Осложнением лечения являются делирии (им обычно предшествуют яркие цветные сновидения), резкая тахикардия и подъем температуры тела. Изредка встречаются коллапсы и агранулоцитоз.

Пимозид (оpan — оральный антипсихотик) чаще применяют для поддерживающей терапии. Удобен тем, что

157

принимать его надо лишь один раз в сутки. Является относительно слабым антипсихотическим средством, но может вызывать экстрапирамидные расстройства, тахикардию, бессонницу (принимают только утром).

Флуспирилен (И МАП — интрамускулярный ан-типсихотик) — препарат пролонгированного действия. Инъекции обычно делают 1 раз в неделю. Удобен для поддерживающей терапии.

Пенфлюридол (семап) по действию и способу употребления сходен с пимозидом. Обычно используется для поддерживающего лечения.

Седативные нейролептики и транквилизаторы. Хотя они относятся к двум разным классам психотропных средств, но применяются с одними целями: устранить тревогу, беспокойство, снять аффективное напряжение, нормализовать психопатоподобное поведение. Собственное антипсихотическое действие у них слабое или вовсе отсутствует. Левомепромазин (тизерцин) обладает сильным противотревожным эффектом и отличается снотворным действием. Его часто назначают только на ночь — как вспомогательное средство. Он способен вызывать резкое снижение артериального давления, коллаптоидные состояния.

Хлорпротиксен устраняет тревогу, страх, беспокойство, но в отличие от тизерцина не вызывает сильной вялости и сонливости, поэтому к нему можно прибегать и в дневное время.

Перициазин (неулептил) заслужил репутацию “корректора поведения”. Широко используется в детской и подростковой психиатрии при психопатических расстройствах: устраняет агрессивность, беспокойство, растор-моженность, в том числе сексуальную, аффективные вспышки. Коррекция циклодолом требуется только при использовании больших доз.

Тиоридазин (сонапакс, меллерил) используется в основном при непсихотических расстройствах — повышенной эффективности, раздражительности, невротической тревоге. Подавляет сексуальную активность, замедляет наступление оргазма. В отличие от седуксена и других бензодиазепиновых транквилизаторов не вызывает ни привыкания, ни пристрастия.

Сибазон (седуксен, реланиум, диазепам, валиум) при внутривенном вливании купирует делирии, острую тревогу, судорожные припадки и дисфории (при-

15S L

ступы злобно-тоскливого настроения со склонностью к агрессии). Перорально используют при невротической тревоге, непсихотической депрессии, навязчивостях. При длительном употреблении могут развиваться привыкание и пристрастие. Большими дозами злоупотребляют для вызывания эйфории. В сочетании с алкоголем он резко усиливает опьянение.

Феназепам — оригинальный отечественный препарат. Подавляет волнение и чувство страха даже в ситуациях реальной опасности, но вызывает вялость, замедление реакций, сонливость. Показан при непсихотической тревоге и навязчивостях, а также при деперсонализации и дереализации.

Хлозепид (элениум) в настоящее время распространен меньше, чем другие транквилизаторы. Назначают при невротических расстройствах — навязчивостях, тревоге, ипохондрии. Среди побочных явлений отмечается вялость, а иногда и мозжечковая атаксия.

Нозепам (тазепам) — наиболее мягко действующий транквилизатор. Не вызывает ни вялости, ни сонливости, однако замедляет реакцию (не рекомендуется употреблять при вождении транспорта). Показан для амбулаторного лечения невротических и

неврозоподобных расстройств. Не вызывает пристрастия даже при длительном использовании.

Антидепрессанты. Это группа психотропных средств, устраняющих депрессию — болезненно угнетенное настроение. Наиболее эффективны при эндогенных депрессиях. При вызванных психическими травмами реактивных депрессиях действуют гораздо слабее. Одни из антидепрессантов более эффективны при депрессиях, проявляющихся тоской, другие — при тревожных депрессиях.

Имипрамин (имизин, мелипрамин, Tofranil) наиболее показан при тяжелых меланхолических депрессиях с чувством глубокой тоски, заторможенностью, угнетением. Лечение обычно начинают с парентерального введения (внутримышечно, капельно внутривенно). Улучшение начинается через 4—5 дней, тогда переходят к пе-роральному приему. Мелипрамин нарушает сон, поэтому на ночь его давать не следует. Нередко перед сном добавляют тизерцин. Мелипрамин может усиливать тревогу, активизировать бред и галлюцинации. Поэтому если депрессия сочетается с подобными расстройствами (например, при шизофрении), то к мелипрамину добавляют седативные нейролептики.

Среди побочных действий отмечены тахи- 159

кардия, задержка мочи (противопоказан при аденоме простаты), сухость во рту, нарушения аккомодации (трудно читать). При маниакально-депрессивном психозе мелипра-мин может способствовать смене депрессивной фазы на маниакальную.

Амитриптилин (триптизол) применяется главным образом при тревожных депрессиях. Его антидепрессивное действие сочетается с седативным, бреда и галлюцинаций он не обостряет. Побочные действия те же, что и у мелипрамина.

Пиразидол — отечественный препарат, по действию весьма сходный с амитриптилином. Считается, что тревожных больных этот препарат успокаивает, а угнетенных — ободряет. Хорошо переносится, обычно не вызывает побочных явлений.

Сульпирид (эглонил) наиболее эффективен при нетяжелых депрессиях, проявляющихся в основном астенией, апатией, анергией. Побочных явлений обычно не вызывает. Возможно лишь нарушение менструального цикла.

Тимостабилизаторы. Это лекарственные средства, обладающие свойством предупреждать повторные фазы аффективных расстройств при маниакально-депрессивном и ши- зоаффективных психозах. Превентивное лечение проводится в течение многих месяцев и лет.

Лития карбонат купирует маниакальные и предупреждает последующие депрессивные и маниакальные фазы. Доза подбирается индивидуально под контролем содержания лития в крови, которое поддерживается на уровне 0,6—1,6 мэкв/л. Во время депрессий начинать лечение не следует — может затянуться депрессивная фаза. Среди побочных явлений отмечена диарея. Мышечный тремор и жажда служат признаками передозировки. В качестве осложнений описаны поражения почек и щитовидной железы.

Лития оксибутират отличается от карбоната меньшей токсичностью и большей активностью. Растворим в воде — внутримышечные вливания могут применяться для купирования маниакальных состояний.

Карбамазепин (финлепсин, тегретол) относится к противоэпилептическим средствам, но обладает также свойством предупреждать развитие маниакальных и депрессивных фаз. Показан также при дисфориях — приступах злобно-тоскливого настроения при эпилептоидной психопатии и эпилепсии. Препарат хорошо переносится — побочные явления возникают редко.

160

* Психостимуляторы. В психиатрической практике они применяются относительно мало. Показаниями считаются астенические состояния. Однако такие психостимуляторы, как

фенамин (амфетамин), меридил (центедрин, Ritalin, метилфенидат) и кофеин, легко вызывают привыкание и пристрастие. Фенамин в нашей стране включен в число наркотиков.

Сиднокарб — отечественный препарат, не вызывающий ни привыкания, ни пристрастия. Применяют при затяжных невротических и соматогенных астениях. Назначают утром и днем, так как он может нарушать сон. При передозировке возникают бессонница, раздражительность, беспокойство. При психозах назначать не рекомендуется.

Сиднофен — препарат, по действию сходный с сид-нокарбом, но слабее его как стимулятор. Характеризуется антидепрессивным действием при астенических депрессиях. Ноотропы. Препараты, активирующие метаболизм в клетках головного мозга и улучшающие его кровоснабжение, что проявляется повышением работоспособности, улучшением самочувствия, способности сосредоточивать внимание, памяти.

Пирацетам (ноотропил) является производным гамма-аминомасляной кислоты. Рекомендуется при астенических, астенодепрессивных и астеноапатических состояниях. Побочных действий не оказывает. Передозировка может проявляться раздражительностью и нарушениями сна. Используется как вспомогательное средство при лечении нейролептиками для устранения вялости и сонливости (т. е. как корректор), а также при посттравматических и сосудистых психических расстройствах.

В табл. 2 приведены рекомендуемые дозы психотропных средств и указаны их синонимы.

* + 1. Шоковая терапия

До появления психотропных средств шоковая терапия была основным методом лечения многих психозов, в особенности шизофрении. В настоящее время сохранились два вида шоковой терапии — электросудорожная и инсулино-шоковая.

Электросудорожная терапия ОСТ) была предложена в 1938 г. итальянским психиатром У. Черлетти и нейрофизиологом Л. Бини. На виски больного накладывают электроды, через которые пропускают ток продолжи-

6—1039 161

тельностью 0,2—0,4 с и силой 100—120 В. Развивается судорожный припадок, аналогичный большому эпилептическому. Подобные сеансы проводят обычно через день несколько раз. Механизм лечебного действия неясен. Данный метод оказывается эффективным при очень тяжелых депрессиях, когда не помогают антидепрессанты, при катато-ническом ступоре, а также при острой гипертоксической (фебрильной) шизофрении. ЭСТ используют также как прием борьбы с терапевтической резистентностью к психотропным средствам при хронических психических расстройствах.

Существует несколько модификаций ЭСТ. Сеанс проводят с премедикацией миорелаксантами (чаще всего используется дитилин) — припадок протекает без судорог, но с потерей сознания и остановкой дыхания, поэтому необходим аппарат искусственного дыхания. Устранение судорог позволяет избежать осложнения в виде переломов.

Таблица 2. Психотропные средства

Название препарата

Синонимы и рекомендуемые дозы Азалептин См. Клозапин

Аминазин Внутримышечно от 2 до 5 мл 0,25% раствора,

разбавленного новокаином, 1—3 раза в сутки Перорально драже по 25 мг после еды: от 1 до

1. раз по 1—6 драже (25—600 мг/сут). Большие дозы используются редко

Амитриптилин Внутримышечно или внутривенно по 2—4 мл 1 % раствора 2—4 раза в день

Перорально таблетки по 25 мг — по 1—3, 1—3 раза в день (25—250 мг/сут) Валиум См. Седуксен

Галоперидол Внутримышечно по 0,5—1 мл 0,5% раствора 2—3 раза в сутки

Перорально таблетки по 1,5 и 5 мг или капли в виде 0,2% раствора (10 капель содержат 1 мг галоперидола) в дозе от 1,5 до 15 мг 1—3 раза в день (доза подбирается постепенно и индивидуально)

Диазепам См. Седуксен

ИМАП Вводят 1 раз в неделю внутримышечно от 2 до

1. мл (т. е. от 4 до 10 мг) Имизин См. Мелипрамин

Имипрамин См. Мелипрамин

Карбамазепин Перорально таблетки по 0,2 г — от 11г таблетки до 2 таблеток 1—2 раза в день

162

Продолжение табл. 2 Название препарата

Синонимы и рекомендуемые дозы

Клозапин Левомепромазин Лепонекс Либриум

Лиоген

Лития карбонат Лития оксибутират Мажептил Мелипрамин Меллерил Модитен

Модитен-депо Неулептил Нозепам Ноотропил

Внутримышечно по 2—4 мл 2,5% раствора 2—3 раза в сутки (50—300 мг/сут) Перорально

(таблетки по 25 и 100 мг) по 50— 100 мг 2—3 раза в день (всего 50—300 мг/сут) См. Тизерцин

См. Клозапин См. Элениум См. Модитен

Перорально в таблетках по 0,3 г 1—3 раза в день по 1 —2 таблетки (доза подбирается под контролем содержания лития в крови в диапазоне 0,6—1,2 ммоль/л)

Внутримышечно по 2—4 мл 20% раствора 1—3

раза в сутки

Перорально таблетки по 0,5 г 2—3 раза в день

по 1—2 таблетки (доза подбирается, как для лития карбоната)

Внутримышечно от 2,5 до 60 мг в сутки в 1—3 приема, постепенно увеличивая дозу (в ампуле Ш мг — 1 мл 1% раствора)

Перорально доза постепенно увеличивается от 1 до 60 мг в сутки (таблетки по 1 и 10 мг принимают от 1 до 4 раз)

Внутримышечно по 2 мл 1,25% раствора 1—3 раза в сутки

Перорально таблетки по 25 мг 2—3 раза в день — по 1—3 таблетки См. Сонапакс

Внутримышечно от 0,5 до 2 мл 0,25% раствора 1—2 раза в день

Перорально таблетки по 1, 2,5 и 5 мг, начиная с 1—2 мг 2—3 раза в день. Дозу разрешается доводить до 30 мг в сутки

Внутримышечно от 0,5 до 2 мл 2,5% раствора 1 раз в 1—3 нед

Перорально в каплях в виде 4% раствора (в 1 капле 1 мг неулептила) после еды или с едой и питьем по 3—15 капель 2—3 раза в день Перорально в таблетках по 10 мг 2—3 раза в день по 1—3 таблетки

Перорально в капсулах по 0,4 г 1 —4 раза в сутки. Внутримышечно или внутривенно по 0,5—1,0 г препарата (в ампуле в 5 мл раствора содержится 1 г) 2—4 раза в день

6\*

163

Продолжение табл. 2

Название препарата

Синонимы и рекомендуемые дозы

Opan См. Пимозид Пенфлюридол См. Семап Перициазин См. Неулептил

Пимозид Перорально в таблетках по 1 мг. Принимают толь- ко утром, начиная с 1 таблетки и увеличивая дозу до 5 таблеток Пиразидол Перорально в таблетках по 25 и 50 мг, начиная

с 25 мг 2 раза в день, дозу увеличивают до 200—400 мг в сутки Пирацетам См. Ноотропил

Реланиум См. Седуксен

Седуксен Внутримышечно или медленно внутривенно по

2—4 мл 0,5% раствора 3—4 раза в день Перорально в таблетках по 5 мг 2—3 раза в день по 1—3 таблетки

Семап Таблетки пролонгированного действия по 20 мг. Принимают 1—3 таблетки 1 раз в 5—7 дней

Сибазон См. Седуксен

Сиднокарб Перорально в таблетках по 5, 10 и 25 мг утром и днем

Сиднофен Перорально в таблетках по 5 мг по 1—2 таблетки утром и днем

Сонапакс Перорально в виде драже по 10 и 25 мг по 1—3 драже 2—3 раза в день

Стелазин См. Трифтазин Сульпирид См. Эглонил Тазепам См. Нозепам Тегретол См. Карбамазепин

Тизерцин Внутримышечно по 1—2 мл 2,5% раствора

Перорально таблетки по 25 мг, обычно принимают на ночь по Vj—2 таблетки Тиопроперазин См. Мажептил

Тиоридазин См. Сонапакс Тофранил См. Мелипрамин Триперидол См. Триседил Триптизол См. Амшприптилин

Триседил Внутримышечно в ампулах (в 1 мл 1 мг препарата)

для купирования возбуждений от 1 до 5 мл Перорально в таблетках по 0,5 мг и в каплях в виде 0,1% раствора (в 1 капле 1 мг триседила) 2—4 раза в день в дозе от 0,25 до 2 мг на прием (в сутки до 6 мг)

Трифлуперидол См. Триседил

Трифтазин Перорально в таблетках по 1, 5 и 10 мг 164

Продолжение табл. 2 Название препарата

Синонимы и рекомендуемые дозы

Обычно 2—3 раза в день по 1—2 таблетки (до 60 мг в сутки)

Внутримышечно используется редко по 1—2 мл 0,2% раствора 2—4 раза в сутки Феназепам Перорально в таблетках по 0,5 и 1 мг 2—3 раза

в день по 1—2 таблетки при амбулаторном лечении. В стационаре суточная доза может быть увеличена до 10 мг

Финлепсин См. Карбамазепин

Френолон Перорально в таблетках по 5 мг 2—3 раза в день

по 1—2 таблетки. Внутримышечно используется редко (в ампуле 5 мг) Флуспирилен См. ИМАП

Фторфеназин См. Модшпен Хлозепид См. Элениум Хлорпромазин См. Аминазин

Хлорпротиксен Перорально в таблетках по 15 и 50 мг 2—4 раза в день. Суточную дозу постепенно можно довести до 400 мг Внутримышечно для купирования тревоги 1 —3 мл 2,5% раствора

Эглонил Перорально в капсулах по 50 мг по 1—4 капсулы 2—4 раза в день

Внутримышечно используется редко (в ампуле 100 мг) Элениум Перорально в таблетках по 5 мг по 1—2 таблетки 2—4 раза в день

Другой модификацией является монополярная ЭСТ: ток пропускают через одно полушарие мозга, накладывая один электрод на висок, а другой выше его, ближе к венечному шву. Судороги бывают гораздо слабее, но и эффективность ниже.

Осложнения ЭСТ бывают в виде длительных задержек дыхания после припадка, вывиха нижней челюсти и переломов, особенно трещин нижних грудных позвонков. Иногда наблюдается выраженная ретроградная и антероградная амнезия на определенный промежуток времени.

ЭСТ проводится только с письменного согласия больного, а если он по своему состоянию не способен решать вопрос о своем лечении, то с согласия его законных представителей. Решение о проведении ЭСТ принимается ко-

165

миссией врачей после тщательного соматического обследования больного. Инсулиношоковая терапия заключается в том, что больному натощак вводят индивидуально подобранные дозы инсулина, вызывающие гипогликемическую кому (или субкоматозное состояние). Это лечение прерывают внутривенным вливанием глюкозы.

Метод был предложен в 1933 г. австрийским психиатром М. Закелем. Инсулиновые шоки вызываются ежедневно — всего от 10 до 30 дней. Требуется предварительное тщательное соматическое обследование. Возможны различные осложнения. Во время гипогликемии могут развиваться судорожные припадки, коллаптоидные состояния, сердечные аритмии. Возможны повторные гипогликемии, особенно в ночные часы. Обостряются хронические инфекции. Изредка встречаются затяжные комы, не прерываемые глюкозой.

В настоящее время инсулиношоковая терапия применяется редко. Наиболее показано это лечение при параноидной шизофрении при давности болезни не более года. Лечение также проводится лишь с письменного согласия больного или его законных представителей.

* + 1. Другие методы биологической терапии

Атропиношоковая терапия и инъекции сульфазина в настоящее время в нашей стране запрещены. Эффективность их была невысока, а побочные явления очень тягостны.

Например, после инъекции сульфазина возникали тяжелые лихорадочные состояния. Психохирургия пока что представляет собой область поисков новых методов лечения. В 30—40-х годах была распространена лоботомия (лейкотомия) — перерезка определенных нервных путей, прерывающая связи лобных долей. Отдаленные результаты оказались неблагоприятными (развивалось тяжелое органическое слабоумие). Данная операция в нашей стране была запрещена, в других странах она просто перестала применяться. В настоящее время осуществляются попытки использовать стереотаксические методы.

Например, при тяжелых упорных навязчивостях, толкающих больных к суициду, предложена цингулотомия.

Для лечения применяются также различные биологически активные вещества — гормоны, ферментные и нейро-медиаторные препараты, витамины и другие средства, используемые также в других областях медицины.

166

* 1. Психотерапия и социотерапия

Психотерапией называют лечение посредством воздействия психическими факторами — словом, невербальными условными раздражителями, обстановкой, определенными занятиями и т. д.

Социотерапия по сути дела является частью психотерапии, которая использует факторы социально-психологические: влияние непосредственно окружающей социальной среды, различные формы социальной активности (например, клубы бывших пациентов) или коллективной деятельности.

Психотерапия используется в различных областях медицины. Она особенно важна при заболеваниях, в развитии которых психический фактор играет ведущую роль (неврозы и другие реактивные состояния, психосоматические заболевания), когда болезнь сама по себе ставит пациента в стрессовые условия (например, пред- и послеоперационный период) или становится для него тяжелой психической травмой (например, приводит к инвалидности). При неврозах психотерапия является основным методом лечения, но она применяется практически почти при всех психических расстройствах. Особенности психотерапии при различных психических заболеваниях описываются в соответствующих главах.

* + 1. Методы психотерапии

Все 'методы психотерапии принято разделять на следующие основные группы: суггестивные, “поведенческие”, рациональные и психоаналитические. Кроме того, в зависимости от того, с кем проводятся психотерапевтические сеансы, различают^индивидуальную, групповую, семейную психотерапию. В последние годы для психотерапии стали использовать средства массовой информации (телевидение, радио, видеофильмы), и контингент при этом неопределенный.

Суггестивные методы в различных видах используют внушение (лат. suggestio). Наиболее известно внушение в состоянии гипнотического сна. Техника гипнотического внушения излагается в специальных руководствах. Пользоваться этим методом может только врач, получивший специальную подготовку по психотерапии. Слово гипнотизирующего оказывает более сильное действие, так как во время гипноза оно поступает по единственному не погру-

167

женному в сон каналу информации извне. Но поддаются гипнозу далеко не все пациенты. Он лучше действует на страдающих истерическим неврозом и хроническим алкоголизмом. Загипнотизировать пациента без его согласия и желания невозможно, как и заставить его в состоянии гипноза совершать поступки, в корне противоречащие его личности.

Внушение в состоянии наркотического сна (наркогипноз), который достигается вливанием небольших доз гек-сенала или барбамила, облегчает задачу погружения в сонное состояние, повышает гипнабельность некоторых пациентов.

Внушение в состоянии бодрствования достигается путем властного, авторитетного, уверенного заявления психотерапевта. Его широкая известность, слава как “целителя” повышает эффект и расширяет круг поддающихся воздействию.

Суггестивные методы отличаются тем, что у части пациентов, особенно с истерическими чертами характера, они способны в некоторых случаях дать быстрый поражающий эффект, который, однако, обычно отличается нестойкостью. Когда истинная причина расстройства бывает не устранена, то рецидив неизбежен.

Аутогенная тренировка (аутотренинг) была предложена немецким психотерапевтом И. Шульцем в 1920 г. Она также является суггестивным методом, но использует самовнушение, которое достигается путем специально разработанных упражнений.

Вначале пациент обучается “ощущать” тяжесть, тепло, холод в разных частях тела, затем повторяет про себя разные “словесные формулы”, убеждая себя в достижении необходимого эффекта.

Плацеботерапия состоит в использовании плацебо-препаратов, которые по виду, запаху, вкусу не отличаются от определенного лекарства (транквилизатора, снотворного и т. д.), но на самом деле являются совершенно индифферентными веществами. Используется

также суггестивный механизм, если пациенту рассказали об ожидаемом действии, или условнорефлекторный, если он уже ранее испытал действие данного лекарства. “Поведенческие”, бихевиоральные, условнорефлектор-ные методы основываются на выработке условных рефлексов. Например, вырабатывается условный рвотный рефлекс на вид, запах, вкус алкоголя путем сочетания небольшой дозы спиртного напитка и рвотных средств. Практикуются

168

также другие приемы “научения”. Например, больного с навязчивыми опасениями заставляют много раз мысленно представить ситуацию, вызывающую страх, вследствие чего чувство страха постепенно угасает, затормаживается.

Рациональные методы адресуются к сознанию больного, его рассудку, основываются на логическом переубеждении пациента, разъяснении ему природы расстройств и путей их устранения. Авторитет, престиж и знания психотерапевта важны для директивного подхода (активного убеждения пациента). Для недирективных подходов, когда психотерапевт и пациент выступают как партнеры, совместно оценивая причины расстройств и возможности их преодоления, не менее важным становится способность врача к эмпатии — умению вчуствоваться в переживания пациента, проникнуться его заботами и тревогами.

Патогенетическая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия по Мясищеву—Карвасар-скому направлена на то, чтобы на основе изучения личности больного, особенности его системы отношений выявить психогенные механизмы психических (в основном невротических) расстройств, добиться осознания больным причинно-следственных связей между особенностями его личностных отношений и возникших нарушений. Но дело не ограничивается тем, чтобы пациент понял суть психогенеза его расстройств. Задачей является реконструкция системы личностных отношений, жизненных установок, планов на будущее, стиля поведения, без чего невозможно выздоровление.

Групповая психотерапия подразумевает психотерапевтические сеансы одновременно с несколькими или даже множеством пациентов (групповой гипноз, аутотренинг), а также сеансы, на которых происходит активное взаимодействие членов группы. Примером может служить групповая дискуссия — совместное обсуждение различных проблем, ситуаций, отдельных биографий, поведения и переживаний определенных лиц, в том числе участников дискуссии. Другим примером служит разыгрывание ролевых функций. Поочередно в коротких сценках участники группы выступают в разных ролях — супруга, родителя, подчиненного или начальника по службе и т. д. или практикуются в обращениях с просьбой, требованием, извинениями, с намерением помириться с тем, с кем были в ссоре, пойти на компромисс.

Невербальная групповая психотерапия, примером которой может служить психогимнастика, предназначена для

169

обучения умению выражать свои и понимать чужие чувства, желания и мысли без слов. Семейная психотерапия по сути дела является разновидностью групповой, но группу составляет семья. Когда причиной невроза и других реактивных состояний служит внутрисемейный конфликт, этот вид психотерапии направлен на нормализацию отношений в семье и становится решающим методом лечения. При различных психических заболеваниях семейная психотерапия оказывается полезной для упрочения ремиссий, предотвращения рецидивов, повышения уровня социального функционирования больного. Семья должна научиться понимать проявления психического расстройства, предъявлять к больному выполнимые для него требования и побуждать его к посильной деятельности.

Психоаналитические методы основываются на учении известного австрийского психиатра, психолога и невролога Зигмунда Фрейда. Суть психоанализа состоит в том, чтобы извлечь из сферы подсознательного вытесненные из сознания, подавленные внутренние конфликты и психические травмы. Еще Фрейдом для этого был предложен анализ сновидений и метод свободных ассоциаций. Сновидения рассматриваются как символические проявления подавленных, скрытых желаний и страхов. Фрейд среди подсознательных сил ведущей считал сексуальное влечение (либидо). Например, в сновидении всякий продолговатый предмет (столб, дерево, трость и т. д.) символизирует мужской половой член, всякое углубление (от пещеры до открытой кастрюли) — женское влагалище. Свободные ассоциации (больному предлагается произносить вслух все, что ему приходит в голову) дают возможность подсознательным комплексам прорваться в виде отдельных неожиданных реплик или оговорок. Важное психотерапевтическое значение придается “трансферу” — “переносу” пациентом на психотерапевта подавленных чувств — любви, ненависти, раздражения и т. д., которые он испытывал в отношении родителей и других эмоционально значимых лиц. С другой стороны, существует “контртрансфер” — сам психотерапевт “переносит” на пациента чувства родителя, супруга и т. д.

Современный неофрейдизм существует в виде нескольких направлений. Все они отличаются от “классического” фрейдизма тем, что в психике человека большая роль отводится сознанию и меньшая — сексуальности. Однако практически по-прежнему основное внимание остается сосредоточенным на подсознательном и сексуальном.

Однако некоторые положения, разработанные преимущественно психоаналитическим направлением, получили довольно широкое признание. К ним относится учение о видах механизмов психологической защиты, среди которых выделяют следующие.

Компенсация — стремление при ощущении собственной неполноценности в чем-либо добиться успеха и престижа в другой области. Например, стремление развить физическую силу при умственной недостаточности.

Гиперкомпенсация (или “сверхкомпенсация”, “сюркомпенса-ция”) — жажда успеха именно в той области, где ощущается собственная неполноценность. При сенситивной психопатии больные перебарывают робость и застенчивость, занимая посты, требующие постоянного общения. Пьяницы, бросившие пить, становятся воинственными трезвенниками.

170

Отрицание — категорическое нежелание признать очевидное, которое кажется непереносимым или ущемляет собственное достоинство. При истерической реакции на внезапную смерть близкого человека, с которым было связано собственное благополучие, “не верят” в его смерть, ведут себя так, будто тот по-прежнему жив. Умирающий от рака не хочет признать у себя злокачественную опухоль, тяжелое состояние готов объяснить другими причинами. Больные алкоголизмом, несмотря на выраженную зависимость от алкоголя, отрицают ее, уверяя других и себя, что если они захотят, то в любой момент могут бросить пить.

Рационализация — объяснение происшедшего нарочито придумываемыми логическими доводами или попытка оправдать свое поведение (“Начал курить гашиш, так как это повышало творческие возможности — надо было содержать семью, которая висела на шее”).

Конверсия — соматические нарушения, которые как бы символически отражают нежелание примириться с ситуацией. Например, у оперной певицы, когда ей не дали ту партию, на которую она претендовала, а дали другую, которую она считала непрестижной, полностью “пропал” голос, она говорила только шепотом (истерическая афония).

Смещение (или перемещение)—перенос желаний, эмоций, мыслей с первоначального объекта, который неприемлем, на его заменяющий. Например, родители наркомана, для которых невыносима мысль, что основной причиной злоупотребления наркотиками их сыном были неправильное воспитание и внутрисемейные конфликты, винят во всем наркологический стационар, куда “положили только на обследование, а оттуда вышел наркоманом”.

Диссоциация — раздвоение личности вследствие непереносимой ситуации. Примером могут быть некоторые истерические расстройства. У сельских жителей севера Коми и Архангельской области встречается “одержимость икоткой”. Так называют особое существо, якобы вселяющееся в человека, которое говорит его голосом, предъявляет требования окружающим, заставляет себя “ублажать”, грозя иначе судорожным припадком у того, в кого икотка вселилась.

Идеализация — явное преувеличение способностей, заслуг, преимуществ и всяких других положительных качеств какого-либо лица, общины,.организации, движения, к которому данное лицо принадлежит или от которого оно зависит. Особенно характерны для конформного типа акцентуации характера — в идеализации своего окружения находят душевную опору, оправдание своему поведению.

Идентификация — подсознательное подражание какому-либо кумиру в поведении, взглядах, вкусах и т. д. (если это делается осознанно, то называют имитацией). Этот механизм особенно важен для подростков как способ самоутверждения.

Проекция — подсознательное перенесение неприемлемого в самом себе на других. Например, отец охотно находит и непримиримо относится к тем отрицательным качествам сына, которые не хочет признать у себя. На других переносят свои недостатки (“Все пьют” — обычное заявление алкоголика).

Интроекция — механизм, противоположный проекции, что-либо ненавидимое или обожаемое во вне переносится на себя. Например, в состоянии дисфории вместо агрессии в отношении окружающих, которая может обернуться тяжкими последствиями, проявляют аутоагрессию, нанося самоповреждения (обычно неопасные).

Регрессия — переход на инфантильный уровень поведения, реагирования, мышления как способ защиты от жизненных невзгод. Примером может служить истерический пуэрилизм (см. главу 28), например в ситуации

171

ареста, судебного разбирательства за совершенные правонарушения ведут себя как маленькие дети.

Сублимация — это состояние, когда инстинктивное влечение,

особенно сексуальное, не может быть удовлетворено из-за морально-эти ческих принципов или иных ограничений, самими на себя же налагаемых. =|

Больные с удвоенной энергией устремляются к какой-либо деятельности, jf социально приемлемой и даже поощряемой. Например, подавленные сек- 1 суальные желания стимулируют к художественному творчеству, сочини тельству и т. д. J

Субституция — подсознательная подмена недостижимой или не приемлемой цели другой, более достижимой и приемлемой. Например, $

не имея возможности или способности стать актером, больные готовы ^ выполнять любую работу в театре, киностудии и т. д. Неразделенную | супругом любовь переносят на детей. $ “Развязывание” (undoing) — снятие внутреннего напряжения, ί беспокойства, тревоги путем проделывания ритуалов, повторения закли- | наний и т. д.

Механизмы психологической защиты могут выступать в двоякой роли. , В одних случаях они лежат в основе невротических расстройств — тогда £

они вскрываются в процессе психоанализа или патогенетической лично- . сгно-ориентированной психотерапии. В других случаях, наоборот, подо- "f бные механизмы выполняют действительно защитную роль (например, f сублимация) и в процессе психотерапии укрепляются.

Другие психотерапевтические и социоте- '< ι рапевтические методы включают музыкотерапию (путем прослушивания специально подобранной музыки, хорового пения добиваются определенного эмоционального состояния), библиотерапию (чтение специально подобранной художественной литературы с целью изменить настро- ! I ение или путем сходства описываемых ситуаций и событий | в жизни пациента помочь ему найти выход из трудного положения, скорригировать планы и т. д.), игровую терапию у детей, арттерапию (художественное творчество, в процессе которого пациент имеет возможность “отреагировать” свои подавляемые переживания ) и др.

Трудовая терапия — система трудовых процессов — от самых несложных, отвлекающих от болезненных переживаний, позволяющих занять время (терапия занятостью), до обучения новым профессиям, если этого требует заболевание. Трудовая терапия является наиболее важным методом социотерапии.

* 1. Реабилитация

Реабилитация (лат. rehabilitatio — восстановление в правах) — система медицинских, психологических и социальных мер, предупреждающих дальнейшее развитие болезни, 172

потерю работоспособности и направленных на возможно более раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду и активной социальной жизни.

Лечение болезни может осуществляться без специальных реабилитационных мер, но реабилитация включает также лечебные средства для достижения поставленных ею целей. Важнейшей задача реабилитации является восстановление личного (в собственных глазах) и социального (в глазах окружающих) статуса больного — семейного, трудового, общественного.

Μ. Μ. Кабановым (1978) были выделены основные принципы и этапы реабилитации психически больных.

Принцип партнерства подразумевает постоянную апелляцию к личности больного, совместные и согласованные усилия врача и больного в постановке задач и выборе способов их решения. Принцип разносторонности воздействий указывает на необходимость использования системы разнообразных средств и мер — от биологического лечения до разных видов психотерапии и социотерапии, причем объектом воздействий становятся и сам больной, и его близкие, и окружение. Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействий отражает единство лечения болезни, воздействия на организм больного и реабилитации самого больного. Принцип ступенчатости включает поэтапный переход от одних реабилитационных мер к другим.

В процессе реабилитации условно выделяются три этапа.

Первый этап — восстановительная терапия — осуществляется в стационарах и полустационарах. Наряду с необходимым, а при надобности и интенсивным биологическим лечением используют комплекс мер, направленных на предупреждение инвалидизации, развития психического дефекта. Широко используются психотерапия, включая групповую и семейную, лечение занятостью, различные виды социотерапии. От щадящего режима в остром периоде болезни переходят к активирующему (самообслуживание, самодеятельность, участие в больничном самоуправлении) .

Второй этап — реадаптация — начинается в стационарных и полусгационарных условиях и продолжается во внебольничных условиях. Наряду с поддерживающей

173

биологической терапией применяют трудовую терапию, при надобности — обучение новой профессии. Цель семейной психотерапии — адаптация больного к семье и семьи к больному.

Третий этап — реабилитация в собственном смысле слова — включает рациональное трудоустройство и бытоустройство, вовлечение в активную социальную жизнь.

Особенности реабилитации больных при разных психических расстройствах описываются в соответствующих главах.

174

Часть третья ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ Глава 14

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

Черепно-мозговые травмы принято делить на открытые и закрытые. Повреждения головного мозга с конца XVIII века делят на сотрясения (коммоции), ушибы (контузии) и сдавления (компрессии). Среди этих расстройств обычно преобладают сотрясения головного мозга —,56,6%, ушибы составляют 18%, сдавления — 8%. Деление это носит условный характер и в ряде случаев наблюдается сочетанная травма.

В динамике травматических повреждений головного мозга выделяют 4 основных этапа: начальный, или острейший; острый, или вторичный; реконвалесценции, или поздний, и этап отдаленных последствий, или резидуаль-ный.

Психические нарушения, возникающие в результате черепно-мозговых травм, принято делить в соответствии с этапами травматических повреждений. Психические нарушения начального периода характеризуются главным образом состояниями выключения сознания — комой, сопором, оглушением; в остром периоде наблюдаются преимущественно острые психозы с состояниями помрачения сознания: делириозные, эпилептиформные, сумеречные. В периоде реконвалесценции или позднем периоде острых травматических расстройств наблюдаются подострые и затяжные травматические психозы, которые могут иметь тенденцию к повторным приступам психозов и принимать периодическое течение. Психические нарушения отдаленного периода характеризуются различными вариантами психоорганического синдрома в рамках травматической энцефалопатии.

175

* 1. Клинические проявления

Травматические психозы относятся к симптоматическим психозам и не отличаются от психозов при экстрацеребральных соматических заболеваниях, отравлениях и мозговых процессах. Опыт двух последних войн и большой опыт, накопленный при катастрофах, расширили представления о динамике травматических расстройств и закономерностях психических нарушений.

* + 1. Острые травматические психозы

Острые травматические психозы являются типичной экзогенной формой реакции по К. Бонгефферу (1912). Они являются как бы промежуточной стадией между бессознательным состоянием (кома, сопор) и полным восстановлением сознания.

В. Грезингер и П. Шредер отмечали, что при острых травматических психозах наблюдается “диссоциация”, обусловленная неравномерным восстановлением психических функций. Считают, что эти психозы не обусловлены непосредственно травмой, а являются как бы результатом борьбы организма с различного рода вредностями — физическими, термическими, аноксемическими.

Клинически острые травматические психозы могут проявляться различными состояниями измененного сознания: оглушенностью, делирием, эпилептическим возбуждением, сумеречным помрачением сознания. Эти состояния развиваются непосредственно после выхода из бессознательного состояния. Больной будто бы вышел из бессознательного

состояния, начал отвечать на вопросы, затем появляется возбуждение, он вскакивает, куда-то стремится бежать или видит каких-то людей, чудовищ, ему кажется, что он летит, плывет, качается. Наличие вестибулярных расстройств в клинической картине характерно для травматического делирия (В. А. Гиляровский). В этот период возможны не только эпилептиформное возбуждение с суженностью сознания и сумеречное помрачение сознания, но и отдельные или серийные эпилептиформные припадки.

При более стойком прояснении сознания могут наблюдаться галлюцинозы, чаще имеет место слуховой, но возможны зрительные и тактильные.

Больной 28 лет после перенесенной черепно-мозговой травмы (сбит мотоциклистом) испытывал головные боли, головокружения, к врачу не

176

обращался, продолжал с трудом выполнять обязанности штукатура. После работы ложился в постель и на стене, “как в кино”, видел всевозможные меняющиеся картины, которые рассматривал часами. Только после того как предложил приятелям смотреть с ним вместе “кино”, был отведен к врачу и помещен в больницу.

В ряде случаев после выхода больного из бессознательного состояния обнаруживается клиническая картина корсаковского синдрома с конфабуляциями и псевдореминисценциями и часто четкой ретроградной амнезией. Корсаковский синдром может быть преходящим и исчезать через несколько дней, в других случаях клинические проявления корсаковского синдрома оказываются весьма стойкими и постепенно формируется клиническая картина органического слабоумия (психоорганический синдром).

Преходящий корсаковский синдром часто просматривается в картине ретроантероградной амнезии. После исчезновения антероградной амнезии можно услышать от больного: “Мне родные говорят, что я был в сознании, их узнавал, отвечал на вопросы, но я не помню сейчас их посещений. Мне говорят, что меня переводили в это время в другое отделение, делали спинномозговую пункцию, но я этого не помню и вообще те 10 дней как не жил, как будто бы это было не со мной”.

У таких больных обычно в тот период, который впоследствии оценивается как антероградная амнезия, обнаруживаются все признаки корсаковского синдрома. Родственники часто не придают значения тому, что больной не запоминает текущие события, не помнит, когда они его посещали, что он ел и т. д. Врачи, озабоченные травматической, неврологической и соматической симптоматикой, не фиксируют внимания на этой психопатологии. Антероградная амнезия в этих случаях непродолжительна и исчезает через несколько дней или 1—2 нед.

* + 1. Травматические (периодические) аффективные психозы

Через несколько недель или месяцев после перенесенной черепно-мозговой травмы возможно возникновение травматических аффективных и аффективно-бредовых психозов. Чаще всего они провоцируются дополнительными экзогенными вредностями (факторами): физической на-

177

грузкой, утомлением, интоксикацией, инфекционным заболеванием и т. д.

В клинической картине, как свидетельствует название этих психозов, ведущее место занимают аффективные и бредовые расстройства, наблюдаются маниакальные, депрессивные и аффективно-бредовые расстройства. При. депрессивных состояниях появляется ипохондрическая самооценка, при маниакальных возможен экспансивный бред величия, и в том и в другом случае наблюдаются конфабуляции, которые включаются в основную симптоматику.

Маниакальные состояния выявляются чаще, чем депрессивные, хотя последние иногда не квалифицируются как болезненные, а оцениваются как адекватная реакция на перенесенную травму, инвалидизацию и т. д.

При маниакальных состояниях травматического генеза преобладает эйфория, двигательная активность не столь выражена и продолжительна, как при маниакально- депрессивном психозе. Быстро появляется истощаемость, возникает головная боль, вялость, сонливость, однако после отдыха вновь наблюдается подъем настроения с двигательной активностью. Сравнительно часто бывает гневливая мания.

Отвлекаемость, свойственная маниакальным состояниям, имеет место, но она не столь выражена, больные застревают на неприятных переживаниях, с трудом переключаются на другие события, в аффективных расстройствах преобладает злобно-раздражительный фон настроения.

При простой эйфории наблюдается пустая гиперактивность с малопродуктивной деятельностью, преобладают некритическая оценка своего здоровья и конфабуляции, особенно при воспоминаниях о ситуациях травмирования.

В другой группе больных эйфория менее четкая, на первый план выступают вялость, аспонтанность, однако при расспросах выявляются яркие, живые, полные фантазий конфабуляции. У больных часто в течение дня наблюдается сонливость, во время которой они погружаются в мир сновидений экспансивного характера, но спонтанно об этих переживаниях не рассказывают. При расспросах больные сообщают о различных событиях, происходящих с ними, фабула меняется, так как предшествующие рассказы забываются. На этом фоне могут возникать бредовые идеи экспансивного характера (идеи величия).

178

L

* + 1. Психические нарушения травматической природы у детей и подростков

Психические нарушения в остром периоде травматического поражения у детей характеризуются различными расстройствами: на фоне повышения внутричерепного давления наблюдаются общемозговые и менингеалъные расстройства, выраженные вегетативные и вестибулярные симптомы и признаки локального поражения мозга. Считается, что в ряде случаев наиболее тяжелые симптомы могут появляться у детей через несколько дней после черепно-мозговой травмы. Частым симптомом являются пароксизмальные расстройства, которые наблюдаются как в остром периоде, так и в периоде реконвалесценции.

Травматические повреждения мозга у детей, как правило, бывают доброкачественными, обратному развитию подвергаются даже тяжелые локальные расстройства. Астения в отдаленном периоде бывает слабовыраженной, у больных преобладают двигательная расторможенность, эмоциональная лабильность, возбудимость. Иногда после тяжелых черепно-мозговых травм, перенесенных в раннем детстве, обнаруживается интеллектуальный дефект, напоминающий олигофрению.

У детей раннего возраста (до 3 лет) полного выключения сознания обычно не наблюдается, общемозговые расстройства бывают стертыми. Четким признаком черепно- мозговой травмы являются рвота, часто многократная, и вегетативные симптомы: повышение температуры тела, гипергидроз, тахикардия, головокружение и др.

Характерным является нарушение ритма сна и бодрствования. Ребенок не спит ночью и сонлив днем.

У детей грудного возраста черепно-мозговые травмы бывают бессимптомными, и родители их не замечают, однако в последующем у них обнаруживаются

эпилептиформные припадки, психопатоподобные расстройства и интеллектуальная недостаточность.

* + 1. Психические нарушения при травме взрывной волной

Травма взрывной волной — это комплексное поражение, включающее в себя сотрясение, ушиб мозга, трав-матизацию звукового анализатора, нарушение мозгового кровообращения, обусловленные резкими колебаниями ба-

179

рометрического давления (напоминающие нарушения при кессонной болезни).

Травма взрывной волной наблюдается при разрывах авиабомб, артиллерийских снарядов и поэтому, как правило, наблюдается только во время военных действий и редко при различных взрывных работах в мирное время.

Пораженный испытывает как бы удар упругим телом в область затылка, внезапно теряет сознание, чаще на непродолжительный срок. Во время бессознательного состояния пострадавшие лежат неподвижно, мускулатура расслаблена, они напоминают убитых, из ушей, носа, рта наблюдается кровотечение. После прояснения сознания может наблюдаться кратковременное возбуждение, которое сменяется выраженной адинамией: больные малоподвижны, вялы, безучастны к окружающему, предпочитают лежать даже в неудобных позах. Ретро- и антероградная амнезия встречаются редко, постоянной жалобой являются головная боль, тяжесть, шум в голове.

Типичным расстройством является сурдомутизм: больные не слышат и не могут говорить. В тяжелых случаях на длительное время сохраняется адинамическая астения, больные испытывают физический и психический дискомфорт, недовольство окружающим, постоянную раздражительность, ощущение слабости и бессилия. Относительно постоянны вегетативные и вестибулярные расстройства: головные боли, головокружения, внезапно возникающее чувство жара, затрудненного дыхания, давления в голове или в области сердца. Характерны различные ипохондрические жалобы, повышена чувствительность к звукам, свету, запахам. Ухудшение часто наблюдается по вечерам.

Обычно нарушено засыпание, сон с неприятными яркими, часто устрашающими сновидениями с военной тематикой.

Наиболее характерным признаком травматического поражения взрывной волной является сурдомутизм. Слух, как правило, восстанавливается раньше речи, больные начинают слышать, но говорить не могут. Восстановление речи происходит спонтанно под влиянием эмоционально значимых ситуаций.

Свидание с родственниками или сообщение о трагических событиях могут привести к восстановлению речи. В ряде случаев приходится прибегать к специально подготовленным процедурам — рауш-наркозу и др., но обязательно предварительная психотерапевтическая подготовка.

180

При неврологическом обследовании выявляется легкая рассеянная симптоматика: анизокория, глазодвигательные нарушения, асимметрия оскала, отклонения языка. Острый период этих расстройств колеблется от 4 до 6 нед, затем появляются другие психические нарушения, в этот период возможны колебания настроения, причем у молодых может наблюдаться состояние эйфории с повышенной раздражительностью и склонностью к приступам ярости или истерическим припадкам. У более зрелых пациентов часто преобладает пониженное настроение с дис-форическим оттенком или апатией, часто отмечаются жалобы на плохое физическое самочувствие, гиперестезия в отношении всех раздражителей.

* + 1. Психические нарушения в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы

В отдаленном периоде после перенесенной черепно-мозговой травмы наблюдаются различные проявления негативных расстройств, обусловленные сформировавшимся дефектом. Выраженность сформировавшегося дефекта зависит от многих причин: выраженности черепно-мозговой травмы, объема повреждений мозга, возраста, в котором она произошла, своевременности и объема терапии, наследственных и личностных особенностей, установок личности, дополнительных экзогенных вредностей, соматического состояния и др.

Основным проявлением психических нарушений в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы является психоорганический синдром с различной его выраженностью. В зависимости от выраженности психоорганического синдрома и сопутствующих психопатологических синдромов выделяют четыре основных варианта расстройств: травматическая це-ребрастения, энцефалопатия, включающая различные варианты психопатоподобных нарушений, эпилептиформные пароксизмальные расстройства травматического генеза, травматическое слабоумие. Некоторые авторы выделяют травматические эндоформные психозы.

Травматическая церебрастения. Астения — наиболее частое расстройство. Она наблюдается в более 60% случаев и является как бы сквозным синдромом (Ю. Д. Арбатская и др.). Если в остром периоде часто преобладает адинамия, то в отдаленном периоде — раздражительность и истоща-емость. Вспышки раздражительности, как правило, непро-

181

должительны, после реакции раздражения или гнева больные обычно сожалеют о несдержанности. У больных часто обнаруживается недовольство собой и окружающими, готовность к эксплозивным реакциям. У больных достаточно постоянны\_вегетативные расстройства: колебания артериального давления, тахикардия, головокружение, головная боль, потливость; часто возникают вестибулярные расстройства: больные плохо переносят транспорт, не могут качаться на качелях. Бывает нарушен ритм сон — бодрствование.

Больные отмечают ухудшение самочувствия при изменениях погоды. В ряде случаев церебрастенические расстройства достаточно быстро сглаживаются, однако выявляется невыносливость к дополнительным нагрузкам, характеризующая нестойкость компенсации.

Кроме того, характерной является торпидность и ригидность нервных процессов. После сравнительно легких черепно-мозговых травм больные утрачивают способность быстро переключаться с одного вида деятельности на другой. Вынужденная необходимость выполнять такую работу приводит к декомпенсации состояния и нарастанию выраженной церебрастенической симптоматики.

Выделяют два варианта травматической церебрастении: с преобладанием раздражительности или истощаемое™ и адинамичности. У больных последним вариантом преобладают вялость, медлительность, снижение интересов, жалобы на плохую память, быструю истощаемость и утомляемость. Работоспособность, как правило, нарушена, хотя объективные исследования не выявляют четких нарушений запоминания.

На фоне церебрастенических расстройств часто наблюдаются различные неврозоподрбные симптомы, элементарные фобии, истерические реакции, вегетативные и соматические истерические расстройства, тревога и субдепрессивная симптоматика, вегетативные пароксизмальные приступы и др.

У детей при травматической церебрастении часто наблюдаются головные боли, которые возникают внезапно или при определенных условиях (в душном помещении, при беге, шуме), головокружения и вестибулярные расстройства встречаются реже. Собственно астения бывает слабо выражена, преобладает двигательная расторможенность, лабильность эмоций, возбудимость, вегетативно-сосудистые расстройства выражаются в усилении вазомоторных реакций, ярком дермографизме, тахикардии, гипергидрозе.

182

Травматическая энцефалопатия. Ведущими являются аффективные расстройства, характеризующиеся усилением и недифференцированностью эмоциальных реакций, которые включаются- в" клйническ'ую картину психоорганического синдрома. Однако интеллектуально-мнестические расстройства не выражены, а основными проявлениями являются психопатоподобные фсдшы поведения и отношения к окружаЮщемутйаиТболѐѐ часто встречаются истероформные и эксплозивные расстройства и их сочетание.

Условно выделяют травматическую энцефалопатию с психопатизацией и травматическую энцефалопатию с апатией. У больных с апатическим вариантом энцефалопатии выражены астенические расстройства, причем преобладает истощаемость и утомляемость. Такие больные вялые, бездеятельные, круг их интересов ограничен, они жалуются на нарушения памяти, затруднения при интеллектуальной деятельности. Часто больные непродуктивны не столько из-за интеллектуально-мнестических расстройств, сколько из-за истощаемости и аффективной лабильности.

Травматическая энцефалопатия с психопатоподобными расстройствами характеризуется преобладанием эмоциональной возбудимости над истощаемостью. Эмоциональные реакции, как правило, непосредственны в ответ на ситуацию и неадекватны по силе и выраженности. Они бывают с истерическим или взрывчатым радикалом.

Интеллектуально-мнестические расстройства обычно негрубые, но из-за аффективных нарушений продуктивная деятельность бывает затруднена. Такие больные из-за аффективной, насыщенности переживаний часто не могут принять правильное решение и “соскальзывают” на аффективную логику. Напряжение в интеллектуальной деятельности вызывает недовольство собой и реакции раздражения. Часто наблюдается ослабление запоминания из-за невозможности сосредоточения, затруднено и воспроизведение нужных именно в данный момент сведений. У больных обнаруживается инертность и ригидность мышления, склонность к застреванию на неприятных эмоциональных переживаниях.

На высоте аффективной реакции могут возникать истерические припадки.

У детей и подростков травматическая энцефалопатия также бывает представлена двумя основными вариантами: с апатико-адинамическим и гипердинамическим синдромами. Выделяют синдром с нарушениями влечений (Г. Е. Сухарева) .

183

У детей с апатико-адинамическим синдромом наблюдаются вялость, апатия, медлительность, снижение активности и стремления к деятельности, контакты с окружающими обычно ограничены из-за быстрой истощаемости, несостоятельности и отсутствия интереса. Со школьной программой такие больные не справляются, но дисциплину не нарушают, окружающим не мешают и поэтому не вызывают нареканий у педагогов.

У детей с гипердинамическим синдромом преобладает двигательная расторможенность, суетливость, иногда с повышенным настроением с оттенком эйфории. Дети находятся в состоянии постоянного беспокойства, бегают, шумят, вертятся на стуле, часто вскакивают, хватают какие-то вещи, но тут же бросают. Их веселое настроение характеризуется неустойчивостью и беспечностью. Больные добродушны, внушаемы, иногда дурашливы. Эти состояния в отдаленном периоде могут быть более или менее длительными и стойкими. Наряду с отмеченными расстройствами у таких детей наблюдаются снижение критики, затруднения в усвоении нового материала. Дальнейшее развитие этих расстройств нередко приводит к более дифференцированному психопатоподобному поведению. Дети плохо уживаются в коллективе, не усваивают учебный материал, нарушают дисциплину, мешают окружающим, терроризируют

учителей. В связи с тем что такие больные не предъявляют никаких жалоб на здоровье, неадекватное поведение длительное время не оценивается как болезненное и к ним предъявляются дисциплинарные требования.

В ряде случаев психопатоподобное поведение развивается после черепно-мозговой травмы, не проходя стадии гипо-и гипердинамических расстройств. На первый план выступают нарушения влечений: грубость, жестокость, наклонность к бродяжничеству, угрюмо-недовольное настроение. Интеллектуальная продуктивность снижена, утрачивается интерес к чтению, школе и вообще к любой познавательной деятельности, требующей интеллектуального напряжения. Характерна резко повышенная эффективность.

Эти расстройства наиболее полно характеризуют детский вариант травматической энцефалопатии.

Прогноз при этих расстройствах хуже, чем при цереб-растении, но, учитывая положительное влияние возрастного фактора и пластичность высших отделов ЦНС с широкими компенсаторными возможностями и активные лечебно-педагогические и реабилитационные мероприятия, можно на-

184

деяться на достаточно хорошую компенсацию у большинства детей и подростков. Некоторые авторы наряду с типичными энцефалопати-ческими расстройствами в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы выделяют вариант циклотимоподобных расстройств, считая, что они с достаточным постоянством предшествуют некоторым формам психозов отдаленного периода. Циклотимоподобные расстройства обычно сочетаются с астеническими или психопатоподобными расстройствами. Субдепрессивные расстройства встречаются чаще, чем гипома-ниакальные, но и те и другие сопровождаются дисфориче-ским компонентом.

Для пониженного настроения характерна обидчивость, слезливость, ипохондрическая настроенность в отношении своего здоровья, иногда достигающая сверхценных идей со стремлением получить именно то лечение, которое, по их мнению, необходимо.

Гипоманиакальные состояния могут также сопровождаться сверхценным отношением к здоровью и сутяжным поведением, дисфориями, повышенной взрывчатостью и склонностью к конфликтам. Более или менее “чистые” гипома-ниакальные состояния характеризуются восторженным отношением к окружающему, эмоциональной лабильностью, слабодушием. Продолжительность этих состояний различна, чаще встречаются монополярные приступы. Аффективные расстройства нередко приводят к злоупотреблению алкоголем.

Эпилептиформные пароксизмальные расстройства (травматическая эпилепсия, травматическая энцефалопатия с эпилептиформными припадками). Возникновение па- роксизмальных расстройств может наблюдаться в различные сроки после перенесенной черепно-мозговой травмы, но чаще через несколько лет. Характерен полиморфизм паро- ксизмальных расстройств: встречаются генерализованные джексоновские и малые припадки. Относительно часто наблюдаются бессудорожные пароксизмы: малые припадки, абсансы, приступы каталепсии, так называемые эпилептические сны, разнообразные психосенсорные расстройства (метаморфопсии и расстройства схемы тела). У некоторых больных наблюдаются четкие вегетативные пароксизмы с выраженной тревогой, страхом, гиперпатией и общей гиперестезией.

Сумеречные помрачения сознания чаще возникают после судорожных припадков и обычно свидетельствуют о небла-

185

гоприятном течении заболевания. Возникающие сумеречные состояния, не связанные с судорожным припадком, часто обусловлены дополнительными экзогенными факторами и

прежде всего алкогольной интоксикацией. Сумеречные состояния, обусловленные психической травматизацией, отличаются менее глубоким помрачением сознания, при этом с больным удается установить контакт. Длительность сумеречных состояний невелика, но иногда достигает нескольких часов.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы могут наблюдаться так называемые эндрформные психозы: аффективные и аффективно-бредовые.

Аффективно-бредовые психозы. Эти психозы протекают в виде монополярных маний или депрессий, причем чаще наблюдаются маниакальные состояния. Психоз характеризуется острым началом, типично чередование эйфории с гневливостью, мориоподобным дурашливым поведением. Маниакальному состоянию часто предшествуют экзогенные факторы (интоксикации, повторные травмы, оперативное вмешательство, соматическая болезнь).

Депрессивные состояния могут быть спровоцированы психическими травмами. В состоянии, кроме тоскливости, наблюдаются тревога, ипохондрические переживания с дис-форической оценкой своего состояния и окружающего.

Аффективно-бредовые психозы представляют собой сборную группу. Выделяют галлюцинаторно-бредовые и паранойяльные психозы, деление это условно, так как имеются различные переходные состояния.

Галлюцинаторно-бредовой психоз обычно возникает остро на фоне отчетливых проявлений травматической энцефалопатии с апатическими расстройствами.

Провоцируют психоз соматические болезни, хирургические операции. В ряде случаев развитию психоза предшествует сумеречное состояние сознания. Бредовая система, как правило, отсутствует, бред конкретный, простой, галлюцинации истинные, психомоторное возбуждение сменяется заторможенностью, аффективные переживания обусловлены бредом и галлюцинациями.

Паранойяльные психозы развиваются чаще у мужчин спустя много (10 и более) лет после черепно-мозговой травмы и встречаются в зрелом и позднем возрасте. Типичны сверхценные и бредовые идеи ревности с сутяжными и кверулянтскими тенденциями.

Наличие в преморбиде паранойяльных черт необязательно. Течение паранойяльного 186

психоза коррелирует с изменениями личности, ригидностью и аффективной насыщенностью переживаний, застреванием на аффективных отрицательных ситуациях. Паранойяльные идеи ревности могут усложняться паранойяльными идеями ущерба, отравления, преследования. Развитие психоза принимает хроническое течение и сопровождается формированием психоорганического синдрома.

Травматическое слабоумие. Наблюдается у 3—5% перенесших черепно-мозговую травму, у которых преобладает поражение лобных, лобно-базальных и базально-височных областей мозга [Арбатская Ю. Д., 1971 ]. У некоторых больных травматическое слабоумие наступает после травматического психоза или является исходом травматической болезни с прогредиентным течением, обусловленным повторными травмами, или результатом развивающегося атеросклероза.

При травматическом слабоумии преобладают дисмнести-ческие расстройства, наблюдаются снижение уровня интересов, вялость, аспонтанность, слабодушие. У некоторых больных наблюдаются назойливость, эйфория, растормо-женность влечений, переоценка своих возможностей, грубая некритичность.

В 1929 г. Н. Martland описал энцефалопатию боксеров. После неоднократных травм у боксеров наступает состояние, напоминающее легкое опьянение, появляется замедленность и неловкость движений, нарушается равновесие, снижаются интеллектуальные возможности. В ряде случаев в отдаленном периоде развиваются паркинсонизм или эпилептифор-мные припадки.

Психические нарушения в позднем возрасте. Психические нарушения при черепно- мозговой травме у лиц пожилого возраста обычно сопровождаются потерей сознания. В остром периоде преобладают вегетативные и сосудистые расстройства, головокружение, колебания артериального давления, а тошнота и рвота встречаются относительно редко. В связи с неполноценностью сосудистой системы часто наблюдаются внутричерепные кровоизлияния, которые могут развиваться спустя некоторое время и сопровож-' даться клинической картиной, напоминающей опухоль, и проявляться эпилептиформными припадками.

В отдаленном периоде более постоянны стойкие астенические расстройства, вялость, адинамия и различные психопатологические симптомы. ЧМТ обычно усиливают сосудистую патологию.

187

* 1. Этиология и патогенез

В остром периоде черепно-мозговой травмы все расстройства обусловлены механическим повреждением и отеком мозговой ткани, развивающимися гемодинамическими нарушениями и гипоксией мозга. Считают, что диффузный невоспалительный отек развивается в первые дни, достигая наибольшей выраженности к середине первой недели. Существует параллелизм между динамикой отека мозга и окончанием травматического психоза (К. Фауст).

Определенное значение придается блокаде проведения импульсов в синапсах, сдвигам в медиаторном обмене и нарушению функции ретикулярной формации ствола мозга и гипоталамуса.

При легких травмах мозга наблюдается незначительное нарушение структуры нервных клеток, которое может не привести к их гибели, функция их через некоторое время восстанавливается; при тяжелых травмах нервные клетки необратимо повреждаются и гибнут, место их замещается либо соединительной тканью (глиозный рубец), либо жидкостью (киста).

В раде случаев наблюдается нарушение синаптических связей между нервными клетками

* травматическая аси-напсия.

Патогенез психических нарушений отдаленного периода черепно-мозговой травмы различен, характер и выраженность расстройств обусловлены тяжестью травмы, возрастом больного, дополнительными вредностями. Большое значение имеют повторные травмы, присоединившийся алкоголизм и патологический сосудистый процесс.

Возникновение состояний помраченного сознания и па-роксизмальных расстройств связано чаще всего с ликворо-динамическими нарушениями и локализацией травматического поражения.

* 1. Дифференциальный диагноз

В остром периоде черепно-мозговой травмы психические нарушения носят типичный экзогенный характер. Диагностические затруднения возникают при периодических травматических психозах. При аффективных приступах диагностическое значение имеет дисфорический характер аффективных расстройств; при аффективно-бредовых приступах бред в отличие от шизофрении характеризуется

188

простотой и конкретностью, более или менее постоянны жалобы церебрастенического характера и регредие^тное течение заболевания.

Для подтверждения травматического поражения делают рентгенографию черепа. На снимках обнаруживаются травматические изменения в костях черепа. С помощью компьютерной томографии мозга выявляют диффузные изменения, кисты, гидроцефалию, скопление крови и ликвора в субдуральном и эпидуральном пространствах.

* 1. Распространенность

Среди причин летальных исходов и инвалидизации населения, наступающих вследствие травм вообще, черепно-мозговые травмы занимают первое место. Смертность не единственная причина, которая делает эту проблему весьма актуальной. Травма приводит к тяжелым последствиям, инвалидизации, психическим дефектам, эпилепсии. У 63— 75% детей, перенесших черепно-мозговую травму, в дальнейшем возникают различные состояния, которые ведут к социальной дезадаптации как в учебной, так и в трудовой деятельности.

Считается, что у 80% больных перенесенную черепно-мозговую травму можно оценить как легкую, однако у трети таких больных наблюдаются различные психические и неврологические расстройства, мешающие вернуться к трудовой деятельности (Л. О. Бадалян).

Некоторые авторы отмечают, что у 38% больных, перенесших легкую черепно-мозговую травму, умственные показатели ниже среднего уровня, 58% не могут возобновить работу в течение 16 мес после черепно-мозговой травмы (В. P. Uzzeff и др.).

Основной причиной роста числа черепно-мозговых травм во всех странах считается быстрое развитие транспорта. Именно транспортным травматизмом в мирное время обусловлено 52,1% всех черепно-мозговых травм, на втором месте стоит бытовой травматизм (29,6%), на третьем — производственный (17%) (Н. К. Боголепов и др.). . Частота психических нарушений зависит от условий и характера черепно-мозговой травмы. Так, во время Великой Отечественной войны эти расстройства наблюдались у 70% лиц, перенесших черепно-мозговую травму, а в послевоенные годы — только у 25% больных. Несмотря на то что при катамнестическом обследовании через 2—10 лет раз- 189

личные нервно-психические нарушения наблюдались у 90,6% перенесших черепно- мозговую травму, на учете в диспансере такие больные через 20 лет после войны составили 10% от общего числа больных.

* 1. Прогноз

Прогноз болезни при черепно-мозговых травмах неоднозначен. Д. Е. Мелехов (1947) сформулировал признаки, свидетельствующие о благоприятном прогнозе: 1) полное стихание основного активного травматического процесса и его осложнений и отсутствие выраженных общемозговых нарушений; 2) локальность поражения и парциальность дефекта психики (изолированные явления выпадения, единственный синдром или нерезко выраженные изменения психики) ; 3) сравнительная сохранность интеллекта и социально- трудовых установок личности; 4) молодой возраст больного; 5) отсутствие тяжелых сопутствующих нервных и соматических заболеваний и выраженных черт психопатии у больного до травмы; 6) своевременное привлечение к труду в соответствии с интересами больного и в доступной профессии.

Показателями прогредиентного течения травматического процесса следует считать следующие: 1) продолжающееся снижение интеллекта с наступлением у некоторых больных органического слабоумия; 2) выраженные, стойкие или нарастающие изменения личности по органическому типу; 3) длительные или впервые возникающие через многие месяцы и годы после черепно-мозговой травмы психозы с галлюцинаторно- параноидными, ипохондрическими и депрессивными синдромами; 4) учащающиеся или впервые возникающие через несколько лет эпилептиформные проявления; 5) усиливающаяся астенизация больного со снижением работоспособности. Однако длительная терапия и правильное трудоустройство и при прогредиентном течении приводят к стабилизации и обратному развитию отдельных болезненных симптомов (Т. Б. Дмитриева).

Прогноз при последствиях черепно-мозговой травмы ухудшается в связи с присоединившимся алкоголизмом.

* 1. Лечение и реабилитация

В острый период черепно-мозговой травмы терапевтические мероприятия обусловлены тяжестью состояния. Перенесшие даже легкую травму должны быть госпитализиро- 190

ваны и соблюдать постельный режим в течение 7—10 дней, дети и пожилые люди нуждаются в более длительном пребывании в стационаре.

При симптомах, свидетельствующих о повышении внутричерепного давления, рекомендуется дегидратация (внутримышечно 10 мл 25% раствора сульфата магния, 1% раствор лазикса внутримышечно, спинномозговая пункция), при симптомах отека мозга назначают мочевину, маннитол. Для купирования вегетативных расстройств применяются транквилизаторы (седуксен, фенозепам и др.), для уменьшения гипоксии мозга рекомендуется оксибаротерапия. При продуктивной психопатологической симптоматике и возбуждении назначают нейролептики и большие дозы седуксена (до 30 мг внутримышечно).

В периоде выздоровления рекомендуется общеукрепляющая терапия, ноотропные средства, витамины, при возбуждении — нейролептики.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы необходим комплекс терапевтических и реабилитационных мероприятий, который состоит из психотерапии, адекватного трудоустройства и реабилитации больного в социальном плане. Лекарственная терапия назначается в зависимости от преобладания в клинической картине той или иной симптоматики. Так, при лечении эпилептиформных расстройств рекомендуется противосудорожная терапия, при аффективных депрессивных расстройствах — антидепрессанты и т. д.

Ϊ4.7. Экспертиза

Трудовая экспертиза. Прогноз психических нарушений зависит в значительной степени от того, насколько правильно больной выполняет рекомендации и соблюдает режим. При сотрясениях головного мозга в легкой степени рекомендуется" временная' нетрудоспособность не менее 1 мес, при средней степени — 1,5—2 мес, при тяжелой — до 4 мес и более. При проведении экспертизы трудоспособности необходимо учитывать роль реабилитационных мероприятий. Трудоустройство должно соответствовать состоянию больного и его возможностям. После черепно-мозговой травмы длительное время сохраняется инертность нервных процессов, поэтому в трудовых рекомендациях это следует учитывать. Больные не могут выполнять работу, требующую быстрого переключения с одного вида деятельности на дру-

191

той, противопоказаны большие физические и интеллектуальные нагрузки.

В связи с тем что психические нарушения при травматических нарушениях характеризуются обычно регредиен-тным течением, группа инвалидности должна пересматриваться.

Судебно-психиатрическая экспертиза. Экспертное решение при судебно-психиатрической экспертизе зависит от клинической картины психических нарушений травматического генеза при совершении общественно опасных действий. Больные, совершившие правонарушение в состоянии травматического психоза, выраженного слабоумия, расстроенного сознания, признаются невменяемыми. Гражданские акты, заключенные такими больными, признаются судом недействительными.

Глава 15

АЛКОГОЛИЗМ И АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкоголизм — хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками с патологическим влечением к ним, обусловленным психической, а затем и физической зависимостью от алкоголя. Термин “хронический алкоголизм” считается устаревшим, так как острую интоксикацию

называют алкогольным опьянением. Алкоголизм сам по себе расстройство не психотическое, но при нем могут возникать психозы, причиной которых служит как хроническое отравление самим алкоголем, так и вызванные им нарушения метаболизма, в особенности функций печени. Алкогольное опьянение может стать также провокатором эндогенных психозов. На исходной стадии алкоголизма развивается деменция.

* 1. Алкогольное опьянение

Опьянение проявляется психическими, неврологическими и соматическими нарушениями. Их тяжесть зависит не только от дозы алкоголя, но и от скорости его всасывания из желудочно-кишечного тракта и от чувствительности к нему организма. Всасывание алкоголя происходит в желудке и в тонком кишечнике. Обильная, особенно богатая жиром и крахмалом (картофель) пища замедляет всасывание. Натощак и в присутствии углекислоты (шампанское, газиро-

192

\

ванные напитки) всасывание ускоряется. Чувствительность повышается при утомлении, голодании, недосыпании, охлаждении и перегревании. Переносимость алкоголя снижена у детей, инфантильных подростков, стариков и у соматически ослабленных людей. Она может зависеть от генетических факторов, например от определяющих активность ферментов, перерабатывающих алкоголь. Из-за генетически обусловленной низкой активности этих ферментов некоторым народам Крайнего Севера присуща крайняя непереносимость алкоголя: от умеренных доз у них может наступить опасное для жизни коматозное состояние.

* + 1. Типичная картина (простое опьянение)

У непьющих эта картина простого опьянения встречается наиболее часто. В зависимости от тяжести состояния принято выделять три степени опьянения.

У лиц с легкой степенью опьянения состояние напоминает гипоманиакальное и обычно проявляется повышением настроения (эйфория) с чувством довольства, комфорта и желанием общаться с окружающими. Люди становятся говорливыми, речь делается громкой и быстрой, мимика утрированной, жесты размашистыми, движения порывистыми, но менее точными. Внимание легко отвлекается. Качество работы, особенно требующей сосредоточения, ухудшается, но свои возможности человек переоценивает. Отмечаются гиперемия лица, тахикардия, повышение аппетита и растормаживание сексуального влечения. Через, 2—4 ч наступает вялость и сонливость. Весь период опьянения вспоминается хорошо.

У лиц со средней степенью опьянения отмечаются выраженные неврологические нарушения: речь делается смазанной (дизартрия), походка — шаткой, при стоянии они покачиваются (атаксия), почерк резко меняется, при пальце-носовой пробе промахиваются. Нередко возникает тошнота и рвота (при развитии алкоголизма их уже не бывает). Настроение неустойчивое: эйфория с бурными проявлениями веселья чередуется с раздражительностью, озлобленностью, склонностью к скандалам и агрессии. Внимание переключается с трудом. Ориентировка в окружающем сохранена. Возбуждение сменяется глубоким сном, за которым следуют разбитость, вялость, головная боль. О некоторых событиях во время опьянения могут помнить смутно.

7—1039 193

Тяжелая степень опьянения проявляется прогрессирующим угнетением сознания — от выраженного оглушения до сопора и комы. Во время оглушения опьяневшие стоять не могут (атаксия). Лицо амимично. Рвота опасна аспирацией рвотных масс. Нередко недержание мочи и кала. Тело становится холодным, конечности — цианотичными.

Оглушение с маловнятным бормотанием или отдельными эмоциональными выкриками переходит в беспробудный сон — сопор, во время которого даже старый прием — запах

нашатырного спирта — не пробуждает, а лишь вызывает гримасу и стон (псевдоаффект). В коматозном состоянии исчезает реакция зрачков на свет, а при углублении комы — корнеальный рефлекс, дыхание делается затрудненным, пульс ослабевает. После пробуждения от тяжелой степени опьянения воспоминаний не сохраняется (амнезия).

Несколько дней удерживается астения и потеря аппетита.

* + 1. Атипичная картина опьянения

Атипичная картина опьянения развивается при некоторых видах психопатий (расстройств личности), после перенесенных в прошлом черепно-мозговых травм, мозговых инфекций, нейроинтоксикаций, психических заболеваний, при некоторых хронических соматических заболеваниях. Атипичному опьянению способствуют также вынужденная бессонница, сильный эмоциональный стресс, а также сочетание алкоголя с другими токсическими и лекарственными средствами.

Дисфорическое опьянение встречается при эксплозивных и эпилептоидных психопатиях и акцентуациях характера эпилептоидного типа, после черепно-мозговых травм, при эпилепсии с изменениями личности. Вместо эйфории возникает дисфория — злобно- мрачное настроение с желанием “разрядиться” на окружающем. Больные пристают к другим людям, задирают их, наносят побои, иногда жестокие, в драке звереют. Ломают вещи, бьют стекла и посуду. Сексуальная агрессия сочетается с садизмом. В одиночестве могут наносить самоповреждения, особенно порезы.

Депрессивное опьянение характерно для тех, кто вообще склонен к депрессиям (циклоидные и сенситивные личности), или для перенесших тяжелые психические травмы, употребляющих алкоголь, чтобы “забыться”. Жалобные причитания и плач сопровождаются высказываниями о мрачной безысходности, самоупреками, самобичеванием или обви-

194

нениями других в несправедливости. У больных в состоянии легкого опьянения иногда бывает только мрачный вид, они молчаливы, переживания таят в себе. В эти моменты они могут совершать неожиданные для окружающих суицидные действия.

Сомнолентное опьянение встречается у астеничных и ослабленных субъектов, при быстром всасывании алкоголя (газированные напитки), а также при его сочетании с транквилизаторами или клофелином. Эйфория мимолетна или вовсе отсутствует, вегетативные нарушения не выражены. После приема алкоголя быстро наступает крепкий сон. Его глубина и продолжительность зависят от степени опьянения, возможен переход в сопор и кому.

Истерическое опьянение возникает при гистрионическом расстройстве личности (истерической психопатии) и при истероидной акцентуации характера. Проявляется бурной экспрессией — патетическими интонациями, выразительными жестами, позами, утрированной мимикой. Пьяный перед окружающими разыгрывает спектакль, изображая несчастного и страдающего или выдающуюся личность, никем не понятую и т. д.

Опьянение может завершиться истерическим припадком.

Другие виды атипичного опьянения, например гебеф-реническое с нелепым хохотом и кривляньем или импульсивными поступками, встречаются довольно редко.

* + 1. Патологическое опьянение

В редких случаях прием алкоголя (иногда даже небольшого количества крепких напитков у непьющих) вызывает транзиторный (кратковременный) психоз. Начало его внезапное, а длительность — от получаса до суток. Протекает с картиной сумеречного состояния или острого параноида.

Сумеречное патологическое опьянение проявляется отрешенным видом больных, которые куда-то стремятся, от кого-то убегают, проявляют агрессию — жестокую и бессмысленную. Движения хорошо координированы. Сохраняется возможность действий, требующих навыков и даже ловкости. Поэтому на окружающих они не производят

впечатление опьяневших, а лишь слегка выпивших. В контакт с ними вступить не удается. Совместная с кем-либо деятельность невозможна, все поступки совершаются в одиночку. Действуют молча или с отдельными злобными выкриками. Лицо бледное, зрачки расширены. Все завершается

7\* 195

крепким сном (порой засыпают в самом неподходящем месте) или полной прострацией с вялостью и безучастностью к тому, что происходит вокруг, и убеждением, что все, что они натворили, не имеет к ним никакого отношения. Амнезия обычно бывает полной.

Реже сохраняются отрывочные воспоминания, похожие на сновидения: сперва их помнят, а потом забывают. Этот тип патологического опьянения чаще возникает у тех, кто перенес черепно-мозговые травмы, болен эпилепсией или при эпилептоидной психопатии.

Параноидное патологическое опьянение отличается внезапным, как озарение, бредовым толкованием происходящего вокруг. С ним могут быть связаны иллюзии, реже слуховые и зрительные галлюцинации. Обычно преобладает страх: считают, что окружены бандитами, террористами, что их хотят убить и т. д. Реже преобладает бред отношения или воздействия. Содержание бредовых переживаний нередко связано с ранее виденным или от кого-то услышанным, но произведшим большое впечатление. Как правило, наблюдаются также некоторые изменения сознания: отдельные периоды времени или эпизоды полностью выпадают из памяти, другие, наоборот, могут запоминаться своей необычной яркостью, видением малейших деталей. Все завершается обычно не сном, а состоянием прострации.

* + 1. Лечение

Легкое опьянение лечения не требует. Неукротимую рвоту можно прервать внутримышечными инъекциями га-лоперидола, тералена (алимемазина). При коллаптоидном состоянии показано внутривенное вливание кофеина с глюкозой. Дисфорическое возбуждение устраняется инъекцией сибазона (седуксена). При сопоре и коме наиболее эффективно внутривенное вливание бемегрида с кофеином, кордиамином и глюкозой, а также интенсивная дезинтоксикация (капельные внутривенные вливания глюкозы, реопо-лиглкжона, гемодеза, диуретиков).

* + 1. Экспертиза

Осуществляется на основании клинических признаков опьянения и специальных диагностических приемов. Наиболее важными среди последних является определение содержания алкоголя в крови. В норме у здоровых непьющих людей постоянно содержится в крови до 0,02%0 (до

196

0,02 г/л) “эндогенного алкоголя” — продукта естественного метаболизма. Тяжесть опьянения зависит от концентрации в крови этанола. Распространена ориентировочная схема оценки тяжести опьянения по содержанию алкоголя в крови (в г/л):

до 0,3 — опьянения нет

0,3—1,5 — легкое опьянение

1,3—3,0 — опьянение средней степени 3,0—5,0 — тяжелое опьянение

6,0 и выше — опасное для жизни

Наиболее точным специфичным и чувствительным методом определения алкоголя в крови служит газожидкостная хроматография.

Для предварительного заключения используются малоспецифичные качественные пробы обнаружения алкоголя в выдыхаемом воздухе (дуют в раствор через трубку в течение 15—20 с).

Реакция Рапопорта4 состоит в том, что под действием продуваемого алкоголя обесцвечивается розовый 0,5% раствор калия перманганата с добавлением капель серной

кислоты. Однако обесцвечивающее действие проявляют также содержащийся в выдыхаемом воздухе ацетон (больные сахарным диабетом!), бензин, эфир.

Реакция Мохова — Шинкаренко ставится в специальных стеклянных индикаторных трубочках, содержащих мелкозернистый силикагель, обработанный хромовым ангидридом и серной кислотой. Перед употреблением обламывают оба конца запаянной трубочки и дуют через широкий конец. От алкоголя желтая окраска меняется на зеленую или голубую, от бензина — на коричневую.

Состояние опьянения диагностируют наркологи, психиатры и неврологи, а в их отсутствие — врачи других специальностей (нередко дежурные врачи приемных покоев). Освидетельствование проводится по направлению органов милиции или учреждений, где работает подэкспертный. В направлении должны быть указаны фамилия, имя, отчество, дата и час выдачи направления, факты, заставившие заподозрить опьянение, и куда следует передать заключение.

* 1. Алкоголизм

Пьянство как предшественник алкоголизма. Многократное и даже довольно регулярное употребление алкоголя в дозах, вызывающих выраженное и даже сильное опьянение, 197

само по себе не является алкоголизмом как болезнь, если не сопровождается характерными для этого заболевания признаками." В развитых странах не более 10% взрослой популяции относится к абсолютаьШгтрезвенникам — полностью воздерживающимся от спиртных напитков. Пьянством принято считать такие многократные и регулярные выпивки, которые наносят явный ущерб соматическому здоровью или создают социальные проблемы на работе, в семье, в обществе. Ему нередко дают разные названия: “злоупотребление алкоголем”, “бытовое пьянство”, “донозологиче- ский алкоголизм” и др.

Алкоголизм обычно развивается после нескольких лет пьянства (злокачественные формы даже за год—два). Однако некоторые лица могут пьянствовать многие годы без развития у них алкоголизма.

* + 1. Стадии алкоголизма
       1. Первая стадия (стадия психической зависимости)

Патологическое влечение к алкоголю (его также называют “первичным”, “обсессивным”) является главным среди начальных признаков. Алкоголь становится средством, постоянно необходимым, чтобы поднять настроение, чувствовать себя уверенно и свободно, забыть о неприятностях и невзгодах, облегчить контакты с окружающими, эмоционально разрядиться.

Психическая зависимость от алкоголя основывается на этом влечении. Суть ее состоит в том, что выпивки делаются главным интересом в жизни: все помыслы сосредоточиваются на них, придумываются поводы, изыскиваются компании, всякое событие прежде всего рассматривается как причина для выпивки. Ради этого забрасываются другие дела, развлечения, хобби, не сулящие застолий, знакомства. На спиртное тратятся деньги, предназначенные на самое необходимое. Выпивки становятся регулярными — по 2—3 раза в неделю и чаще.

Кроме патологического влечения и психической зависимости, остальные признаки являются менее постоянными и поэтому менее надежны для диагностики алкоголизма. Повышение толерантности к алкоголю, т. е. минимальной его дозы, способной вызвать хотя бы легкое опьянение (или, наоборот, максимальной дозы, не вызывающей

198

его), на первой стадии достигает того, что для опьянения требуется доза в 2—3 раза большая, чем прежде. Однако после длительного перерыва в выпивках толерантность

может падать. В подростковом и юношеском возрасте она может расти без алкоголизма за счет физического развития, увеличения массы тела. Наиболее точная оценка толерантности может быть сделана по минимальному содержанию алкоголя в крови, когда очевидны первые признаки опьянения. В США толерантность считается повышенной, если нет опьянения при 1,5 г/л.

Утрата количественного и ситуационного контроля проявляется тем, что, начав пить, люди не могут остановиться и напиваются до тяжелого опьянения (т. е. в опьянении патологическое влечение к алкоголю еще более усиливается) , а также тем, что перестают учитывать ситуацию, когда появление в нетрезвом виде грозит серьезными неприятностями. Но иногда контроль утрачивается только на II стадии алкоголизма.

Изредка, особенно при эпилептоид-ных психопатиях и акцентуациях характера, встречается изначальное отсутствие количественного контроля: с первых опьянений возникает неудержимое желание напиваться “до отключения”. Подростки и молодежь иногда пренебрегают ситуацией из-за бравады.

Исчезновение рвотного рефлекса, который является защитным (из желудка удаляется часть алкоголя), свидетельствует о привыкании к большим дозам. Однако у 5— 10% этот рефлекс может изначально отсутствовать. Тогда большая доза алкоголя вызывает беспробудный сон, сопор, кому.

Блекауты (палимпсесты) — выпадение из памяти отдельных периодов опьянения, во время которых сохранялась способность действовать и говорить и даже не производить на других впечатление сильно опьяневших. Этот феномен появляется в одних случаях на первой, в других — на второй стадии алкоголизма. У тех, кто перенес черепно-мозговые травмы или болен эпилепсией, а также при эпилептоидной психопатии и акцентуации характера блекауты могут появляться с первых в жизни сильных опьянений.

Blackout (англ.) — временное затемнение; palimpseston biblion (древ-негреч.) — рукопись на пергаменте на месте прежнего стертого или соскобленного текста.

199

* + - 1. Вторая, стадия (стадия физической зависимости)

Физическая зависимость от алкоголя служит основным признаком II стадии. Суть ее состоит в том, что регулярное поступление алкоголя в организм становится необходимым условием для поддержания измененного гомеостаза — постоянства внутренней среды.

Многолетние постоянные выпивки приводят к перестройке биохимических процессов. Например, резко активизируется ферментная система, участвующая в переработке алкоголя. Например, у непьющих около 80% всосавшегося алкоголя разрушается алкогольде-гидрогеназой печени, около 10% — каталазой в других тканях и еще 10% выводится с выдыхаемым воздухом, мочой и калом. По мере развития алкоголизма активность каталазы возрастает — на II стадии до 50% уже инакти-вируется ею.

Повышается также активность аспартат- и аланинаминотрансфераз и других ферментов, происходят иные сдвиги, касающиеся биологически активных веществ (катехоламинов, кинуренинов и др.), которые предназначены для биохимической адаптации к постоянному поступлению больших доз алкоголя.

Компульсивное (вторичное, неодолимое) влечение основывается на физической зависимости. Оно сравнимо с голодом и жаждой. Алкоголь делается насущной потребностью. Его отсутствие вызывает болезненные расстройства.

Абстинентный синдром — болезненное состояние, возникающее вследствие прекращения поступления привычной дозы алкоголя. Его особенность состоит в том, что все нарушения на время устраняются или смягчаются приемом спиртных напитков.

Абстиненция проявляется психическими, неврологическими и соматическими расстройствами. Астения, раздражительность, беспричинная тревога сочетаются с бессонницей или беспокойным сном и кошмарными сновидениями. Характерны мышечный тремор (особенно крупноразмашистый пальцев рук), чередование озноба и

проливного пота, жажда и утрата аппетита. Больные жалуются на головную боль и сердцебиение. Артериальное давление нередко повышено, иногда значительно. В зависимости от типа акцентуации характера могут проявляться дисфория, истерическое поведение с демонстративными суицидными попытками или депрессии с истинными суицидными намерениями, паранойяльные идеи ревности, преследования, отношения. В тяжелых случаях могут развиваться

200

алкогольный делирий (“белая горячка”) и судорожные припадки Х“шпсогольная эпилепсия”).

Во время абстиненции резко обостряется вторичное патологическое влечение к алкоголю, оно становится неодолимым.

Абстиненция начинается через 12—24 ч после выпивки. Продолжительность ее зависит от тяжести — от 1—2 сут до 1—2 нед. При интенсивном лечении она завершается быстро и протекает легче.

На II стадии алкоголизма встречаются также другие симптомы. Но их диагностическое значение меньше. Одни из них непостоянны, другие могут проявляться еще на I стадии. Толерантность к алкоголю может возрастать в 5 и более раз в сравнении с первоначальной опьяняющей дозой. Утрата количественного контроля, как правило, имеет место. Нередко может быть отмечена “критическая” доза алкоголя, после которой никакой контроль невозможен. Более очевидной становится потеря ситуационного контроля — пьют с кем попало и где попало. При отсутствии спиртных напитков прибегают к суррогатам — различным спиртсодер-жащим жидкостям (политура, клей БФ и т.д.). Более частыми и выраженными становятся блекауты (палимпсесты).

Изменение картины опьянения более характерно для II стадии. Эйфория становится короче и слабее. Ее заменяют раздражительность, взрывчатость, недовольство, склонность к скандалам и агрессии. Более частыми бывают дисфори-ческий и истерический типы опьянения.

Изменение формы злоупотребления алкоголем сводится к тому, что часть больных пьянствует постоянно, а часть — периодически. Встречается также промежуточная форма. "При постоянном злоупотреблении почти каждый вечер больные выпивают большие дозы алкоголя, а по утрам — небольшие (“похмеляются”), чтобы избежать абстиненции. Для периодической формы характерны запои — истинные и ложные, а между ними — умеренное злоупотребление или даже полное воздержание.

Истинные запои — особая форма алкоголизма (прежде называвшаяся дипсоманией), развивающаяся на фоне циклоидной акцентуации характера или циклотимии. Запою предшествует аффективная фаза в виде “смешанного состояния”: депрессия сочетается с беспокойством и неудержимым желанием подавить тягостное состояние с помощью алкоголя. Запой длится несколько дней, при этом в первые дни обнаруживается высокая толерантность к алкоголю, в

201

последующие дни они падает. Запой нередко завершается аверсионным синдромом — полным отвращением к алко-голюГодин вид которого вызывает тошноту и рвоту. Далее в течение нескольких недель или месяцев больные полностью воздерживаются от выпивок до наступления следующей аффективной фазы.

Ложные запои (псевдозапои) характерны для II стадии алкоголизма. Они возникают вследствие социально-психологических факторов (конец рабочей недели, получение денег и т. д.). Именно от этих факторов зависит периодичность пьянства, никаких аффективных фаз в основе их не лежит. Длительность запоев различна. Они прерываются вследствие активного противодействия окружения (дисциплинарные меры, ведущие к стрессу скандалы и т. д.) или по причине отсутствия спиртных напитков.

Изменения личности становятся выраженными именно на II стадии. Заостряются черты акцентуации характера. Гипертимы делаются более эйфоричными, неразборчивыми в знакомствах, склонными к нарушениям правил ц законов, к риску, безалаберному образу жизни; шизоиды становятся еще более замкнутыми, эпилептоиды — эксплозивными и склонными к дисфориям, у истероидов усиливаются присущие им демонстративность и театральность. Однако заострение черт типа акцентуации у подростков и молодежи может происходить еще на I стадии алкоголизма, а неустойчивый тип акцентуации даже может достигать степени психопатии.

Соматические осложнения алкоголизма также нередко начинаются со II стадии. Особенно характерна алкогольная жировая дистрофия печени, которая выступает из-под реберной дуги, болезненна при пальпации, могут нарушаться функциональные пробы, особенно чувствительна бромсуль-фофталеиновая. Может развиваться хронический алкогольный гепатит. Поражения печени грозят ее алкогольным циррозом. Другим нередким осложнением является алкогольная кардиомиопатия (тахикардия, расширение границ сердца, приглушение сердечных тонов, одышка при физических нагрузках). Встречаются алкогольные панкреатиты, как острые, так и хронические, а также алкогольные гастриты. Алкоголизм способствует развитию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Сексуальные нарушения после частого повышения сексуальной активности на I стадии из-за пренебрежения этически-моральными ограничениями на II стадии начинают

202

проявляться ослаблением сексуальной потенции (у мужчин уменьшаются эрекции, появляется преждевременная эякуляция), которое может сочетаться с усилением чувства ревности к супругам и сожительницам.

Социальная дезадаптация бывает различной по степени — от полной с паразитическим образом жизни и преступлениями до весьма умеренной с удовлетворительной трудоспособностью и сохранением, несмотря на конфликты, семьи. В значительной мере дезадаптация зависит от отношения близких и окружения к больному алкоголизмом.

* + - 1. Третья стадия (стадия алкогольной деградации)

Снижение толерантности к алкоголю иногда наступает после многих лет высокой выносливости и является главным признаком III стадии. Сперва уменьшается разовая доза

* опьянение наступает от маленькой рюмки. Суточная доза уменьшается позднее. Переходят от крепких напитков к слабым, обычно к дешевым винам. Перерыв алкоголизации вызывает тяжелые явления абстиненции с бессонницей, тревогой, страхом, выраженными неврологическими и соматическими нарушениями. Иногда во время абстиненции развивается делирий или судорожный припадок.

“Псевдоабстиненции” — состояния со многими признаками абстинентного синдрома (мышечный тремор, потливость и ознобы, бессонница, тревога и депрессия), возникающие во время ремиссии — после длительного (недели, месяцы) воздержания от алкоголя. Во время них влечение к алкоголю снова становится неодолимым. Толчком для развития псевдоабстиненции могут быть острые соматические или инфекционные заболевания, реже — эмоциональные стрессы. Иногда псевдоабстиненции возникают периодически без видимых причин. Эти состояния чаще всего встречаются на III стадии. Алкогольная деградация проявляется однообразными изменениями личности — прежние заостренные черты определенного типа акцентуации сглаживаются. Утрачиваются эмоциональные привязанности. Больные становятся безразличными к близким, пренебрегают самыми элементарными моральными и этическими принципами, правилами общежития. Некритически относятся к своему поведению. Эйфо-ричность сочетается с грубым цинизмом, плоским “алкогольным” юмором, чередуется с дисфориями и агрессивно-

203

стью. Развиваются психоорганические нарушения: ухудшается память, затрудняется переключение внимания, снижается интеллект (алкогольная деменция). Нарастает пассивность, вялость. Больные ко всему, кроме выпивки, становятся совершенно безразличными.

Социальная дезадаптация обычно бывает полной: больные оказываются нетрудоспособными, семейные связи порываются, они ведут паразитический образ жизни. Соматические последствия на III стадии бывают тяжелыми. Нередки циррозы печени и выраженные кардиоми-опатии.

Алкогольные полиневропатии (“алкогольные полиневриты”) проявляются жалобами на боли и неприятные ощущения в конечностях — онемение, парестезии, судорожные сведения. У больных нарушается походка. Могут быть парезы, атрофируются мышцы. Деструктивные изменения периферических нервных волокон связывают не только с прямым токсическим действием алкоголя, но и с дефицитом витаминов группы В, а также с интоксикацией в связи с поражением печени.

Алкогольные психозы на III стадии значительно учащаются. Делирии бывают повторными. Встречаются острый и хронический слуховой галлюцинозы, энцефалопатические психозы.

* + 1. Течение

Алкоголизм, как правило, развивается медленно. У подавляющего большинства больных I стадия становится очевидной после 5—10 лет пьянства, а у 10% — через 15 лет и более.

На скорость развития влияет интенсивность пьянства. При систематическом приеме алкоголя в дозах, превышающих 0,5 л водки, 1—2 раза в неделю первые признаки алкоголизма могут обнаруживаться уже через год, а при дозах до 200 г почти ежедневно эти же признаки появляются через 5 лет и более.

Продолжительность I стадии в среднем составляет 3—5 лет, длительность II стадии весьма различна — у большинства от 5 до 15 лет.

Злокачественный алкоголизм отличается резким сокращением всех упомянутых сроков. За 1—2 года пьянства появляются признаки I стадии, еще через год-другой наступает II стадия. Нередки разнообразные осложнения, в особенности алкогольные психозы.

204

Злокачественное течение встречается у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции и нейроин-токсикации (например, после злоупотребления ингаляциями паров бензина), при эпилептоидных психопатиях и при конституциональной интолерантности к алкоголю. Злокачественный алкоголизм составляет 5—10%.

* + 1. Возрастные и половые особенности

Ранний (подростковый, юношеский) алкоголизм включает формирование признаков хотя бы I стадии в возрасте до 18 лет. Существует мнение, что этот алкоголизм протекает всегда злокачественно. Однако в большинстве случаев признаки зависимости появляются только после 3—5 лет пьянства. В подростковом возрасте чаще приходится сталкиваться с I стадией алкоголизма, II стадия встречается редко, а III стадия вообще не успевает развиться. Поэтому алкогольные психозы в этом возрасте также нечасты, если только выпивки не сочетаются с приемом других психоактивных средств. Социальная дезадаптация наступает быстро, иногда еще до первых признаков алкоголизма.

Алкоголизм в пожилом возрасте, если пьянство в этом же возрасте началось, развертывается относительно медленно. Однако соматические осложнения выступают рано и само старение ускоряется.

Женский алкоголизм протекает, как правило, более тяжело, чем у мужчин: быстрее формируется, одна стадия скорее сменяет другую, чаще встречается злокачественный тип. Весьма выраженной бывает социальная дезадаптация.

* + 1. Симптоматический алкоголизм

Этим термином обычно обозначают присоединение алкоголизма к другим психическим расстройствам.

При шизофрении само алкогольное опьянение, особенно в подростковом и молодом возрасте, может оказаться провокатором приступа или начала непрерывно-прогреди- ентного течения. Больным шизофренией свойственны атипичные опьянения — с импульсивными нелепыми поступками, с гебефреническим дурашливым возбуждением, депрессивное или дисфорическое. Может возникнуть патологическое параноидное опьянение.

Течение самого алкоголизма различно. Нередко случаи, 205

когда продолжительное тяжелое пьянство неожиданно легко обрывается без заметных явлений абстиненции и даже само влечение к алкоголю исчезает. Однако возможны и случаи злокачественного развития алкоголизма. При вялотекущей шизофрении и во время ремиссий алкоголизм встречается чаще.

Алкоголизму присуще патопластическое действие — изменение картины самой шизофрении. При параноидной форме усиливается слуховой вербальный галлюциноз и могут появиться мучительные сенестопатии. При вялотекущей форме и во время ремиссий становятся более выраженными психопатоподобные расстройства (жестокость, сексуальная расторможенность, грубая циничность).

При маниакально-депрессивном психозе алкоголизм присоединяется относительно редко. Опьянение может провоцировать маниакальную фазу. Попытки больных в начале депрессии прервать ее с помощью алкоголя лишь ухудшают настроение. Иногда алкоголизм может развиваться на фоне затяжных депрессий. Периодический тип течения алкоголизма в виде истинных запоев предположительно связывается с циклотимией.

При эпилепсии присоединяющийся алкоголизм значительно отягощает течение. Характерны дисфорические опьянения и раннее появление блекаутов (палимпсестов). Пьянство довольно быстро переходит в алкоголизм и чаще протекает по периодическому типу — с истинными и ложными запоями. После запоев резко учащаются припадки, могут возникнуть сумеречные состояния, развиться эпилептический статус.

При посттравматической энцефалопатии развитие алкоголизма нередко бывает злокачественным. Опьянение протекает по дисфорическому типу или эйфория чередуется с эксшюзивностью — взрывами раздражения и агрессии. Возможны патологические сумеречные опьянения. На II стадии нередки алкогольные делирии. Блекауты могут появиться с первого опьянения и распространиться почти на весь его период. В ходе развития алкоголизма резко усиливаются психопатологические изменения личности.

* + 1. Этиология и патогенез

Длительное и интенсивное злоупотребление спиртными напитками — обязательное, но не единственное условие развития алкоголизма как болезни. Некоторые люди пьян-

206

ствуют по 15 лет и более и ни физической, ни психической зависимости от алкоголя у них не обнаруживается. Факторы, участвующие в формировании алкоголизма, принято разделять на социальные (“алкогольный климат” в обществе, питейные традиции, алкогольная политика правительства), психологические и биологические. Среди психологических факторов особое внимание привлекает мотивация употребления спиртных напитков.

Мотивы, т. е. побуждения к выпивкам, принято разделять на гедонистические (желание испытать удовольствие, вызвать эйфорию," почувствовать себя “на высоте” и т. д.) и атарактические (стремление к релаксации — успокоению, уходу"от неприятностей и трудностей, устранению беспокойства и тревоги). Кроме того, выделяются мотивы

социально-психологические: традиционные (питейные обычаи субкультуры) и субмиссивные (подчинение влиянию других людей и групп).

С появлением психической зависимости ведущим становится аддиктивный мотив (пристрастие, патологическое влечение к аЛютгопо), а с развитием физической зависимости — страх абстиненции, желание ее предотвратить или прервать.

От истинной мотивации следует отличать мотивировку — объяснение, которое дает сам пьющий. Мотивировка может маскировать или искажать истинную мотивацию.

Патогенез в качестве основных звеньев имеет формирование психической и физической зависимости — первичного и вторичного влечения к алкоголю. Хроническая интоксикация алкоголем вызывает разнообразные биохимические и нейрофизиологические изменения в организме в целом и в мозге в частности. Однако, какие из них являются следствием интоксикации, а какие лежат в основе зависимости, пока определенно выявить не удается. Предполагается, что в основе психической зависимости лежат нейрофизиологические сдвиги — патологическая активация определенных гипоталамических систем, получивших название “центр наслаждения”.

Согласно гипотезе И. П. Анохиной, эта активация вызвана действием алкоголя на катехоламиновую систему гипоталамуса: избыточное высвобождение норадреналина ведет к его дефициту, на фоне которого для активации нужны новые поступления алкоголя. Основу физической зависимости составляет усиленный распад и синтез катехоламинов. Когда очередная доза алкоголя не поступает, то распад снижается, а синтез остается усиленным — в мозге накапливается предшест-

207

венник норадреналина дофамин. Важная роль в патогенезе другими авторами приписывается нарушениям обмена се-ротонина, кину ренинов, гамма-аминомасляной кислоты и других биологически активных веществ. Ведется поиск связи с дисфункцией опиатной системы организма — изменением активности опиатных рецепторов и эндогенных морфино-подобных веществ (эндорфины, энкефалины) в надежде найти единый механизм зависимости и от алкоголя, и от наркотиков, и от других токсичных веществ. Возможно также, что в развитии физической зависимости участвует изменение ферментных систем печени и других тканей — повышение активности алкогольдегидрогеназы и каталазы, снижение активности фермента, расщепляющего ацеталь-дегид (промежуточный продукт окисления алкоголя).

Роль наследственности становится очевидной из ряда факторов. Риск алкоголизма остается высоким у детей алкоголиков, которые с младенчества воспитывались непьющими приемными родителями. Совпадение алкоголизма у монозиготных близнецов значительно чаще, чем у дизи-готных. Существуют целые народности с крайне низкой толерантностью к алкоголю. Наследуется не сам алкоголизм, а предрасположение к нему, высокий риск его развития, если начинается злоупотребление. Например, наследоваться могут некоторые черты характера, способствующие самому злоупотреблению — “гедонистические стремления” при неустойчивом типе психопатии и акцентуации характера. Наследственной может быть недостаточность некоторых ферментных систем, отчего толерантность к алкоголю оказывается низкой.

Алкогольная эмбриопатия — заболевание новорожденного, возникающее в том случае, если мать во время беременности регулярно злоупотребляла спиртными напитками.

Алкоголь легко проникает через плацентарный барьер (так же как и в молоко кормящей матери). Новорожденные обнаруживают признаки зависимости от алкоголя, проявляющиеся непрерывным беспокойством и нарушением физиологических функций. В дальнейшем выявляется отставание в физическом и интеллектуальном развитии.

* + 1. Дифференциальный диагноз

Диагностические трудности может представить дифференцирование I стадии алкоголизма и пьянства без зависимости от алкоголя. Диагноз основывается на сведениях,

208

L

получаемых от самого пациента и его окружения. Обследуемые часто бывают склонны сознательно или бессознательно диссимулировать признаки влечения и зависимости и преуменьшать пьянство. Сведения от близких или с места работы также не всегда достоверны: иногда алкоголизация преуменьшается, иногда преувеличивается.

Картина абстинентного синдрома служит убедительным признаком II стадии. Высказывалось суждение (С. Г. Жис-лин, Η. Η. Иванец, И. П. Анохина), что алкоголизм следует считать болезнью только с появления физической зависимости, а начальную стадию рассматривать как “донозоло-гический алкоголизм”, не отделяя от пьянства.

Диагностика III стадии строится на очевидных признаках алкогольной деградации и снижении толерантности к алкоголю.

Лабораторные методы диагностики алкоголизма пока не разработаны. Предлагаемые приемы (повышение активности в крови ферментов — гамма-глутамилтранспептидазы, ас-партат- и аланинаминотрансферазы, каталазы и др., увеличение объема эритроцитов) оказались неспецифичными и нередко дают положительный результат только на II стадии алкоголизма. Разработан метод радиоизотопной гепа-тографии, констатирующий повреждение печени вследствие хронической алкогольной интоксикации.

* + 1. Распространенность

Алкоголизм относится к весьма распространенным заболеваниям: в развитых странах им страдает 3—5% населения, а в винодельческих (Франция, Италия) странах — даже 8— 10%. В последние два-три десятилетия отмечался повсеместный рост алкоголизма, особенно среди молодежи и женщин. Если в 1950—1960-х годах соотношение больных алкоголизмом мужчин и женщин было 10:1, то в 80-х оно приблизилось к 5:1.

О распространенности пьянства судят по потреблению алкоголя на душу населения (обычно в литрах 100% алкоголя в год). Если оно составляет менее 5 л в год, то его можно считать умеренным, если более 10 л в год — очень высоким. В Европе в 80-х годах потребление было минимальным в Норвегии и Исландии (4 л в год) и очень высоким во Франции (13 л в год).

В СССР в 1984 г. было продано 7,6 л на душу населения. Величина потребления в разных регионах страны весьма

209

различна. Во многих из них официальные данные ниже реальных, так как не учитывался алкоголь, потребляемый при самогоноварении.

* + 1. Прогноз

При сформировавшемся алкоголизме с физической зависимостью прогноз малоблагоприятен. После лечения ремиссии длительностью более одного года составляют 50— 60%. Эффект значительно выше лишь у тех, кто активно хочет излечиться. Именно поэтому некоторые модные целители, широко пропагандируемые средствами массовой информации или распускаемой о них молвой, сообщают о поразительных результатах — о 90—100% вылеченных. К ним тянутся и они сами отбирают тех, кто стремится к излечению. Эффект лечения на I стадии выше, чем на II стадии. Но своевременному лечению на I стадии препятствует алкогольная анозогнозия — больные не считают себя таковыми и уверены, что если они захотят, то сами в любой момент бросят пить.

Продолжительность жизни у больных алкоголизмом в среднем на 15 лет короче, чем в общей популяции. Они умирают от тяжелых травм, полученных в нетрезвом состоянии, высок уровень суицидов. Среди соматических заболеваний смертность наиболее велика от сердечной недостаточности, гипертонической болезни, инсультов и цирроза печени.

Частота правонарушений среди больных алкоголизмом также значительно выше, чем в общей популяции. Это относится как к агрессивным, так и к имущественным правонарушениям, особенно при паразитическом образе жизни.

* + 1. Лечение и реабилитация

Главной задачей лечения алкоголизма является устранение психической и физической зависимости от алкоголя. Дезинтоксикация и терапия при соматических осложнениях являются хотя и важными, но дополнительными мерами и сами по себе алкоголизма не излечивают. Устранение физической зависимости осуществляется довольно эффективно в процессе купирования абстинентного синдрома. Подавление патологического влечения к алкоголю, лежащего в основе психической зависимости, представляет гораздо более

210

трудную задачу. При существующих методах лечения рецидивы алкоголизма в течение первого года бывают приблизительно в половине случаев.

* + - 1. Подавление патологического влечения к алкоголю (устранение психической зависимости)

Подавление влечения основывается на аверсионной (от англ, aversion — отвращение) терапии — выработке условного рвотного рефлекса на вид, вкус и запах алкоголя или страха перед его употреблением вследствие необычно тягостного действия.

Условнорефлекторная терапия впервые была испробована Н. В. Канторовичем в 1929 г.: вид спиртных напитков, их запах, надписи, с ними связанные, сочетались с ударом электрического тока в руку. Эффект оказался очень нестойким. Более совершенный метод разработали И. Ф. Случевский и А. А. Фрикен в 1934 г. Небольшие дозы алкоголя дают на фоне действия рвотных средств (инъекции апоморфина или эметина, прием ипекакуаны, отвара ба-ранца, чабреца и др.). После нескольких сочетаний образуется условный рвотный рефлекс на вид, запах и вкус алкоголя. Однако, как и все постоянно не подкрепляемые условные рефлексы, в дальнейшем он угасает, и поэтому эффект лечения оказывается нестойким.

Сенсибилизирующая терапия была осуществлена О. Мартенсен-Ларсеном в 1948 г. в виде регулярного приема антабуса (тетурам, дисульфирам). Под его действием в организме угнетается фермент ацетальдегидрооксидаза. При поступлении в организм алкоголя его окисление задерживается на стадии ацетальдегида, накопление которого в крови дает преходящий токсический эффект в виде чувства нехватки воздуха, страха смерти, резкого сердцебиения, тошноты, покраснения лица. Но в редких случаях могут возникнуть тяжелые осложнения: гипертонические кризы, приступы стенокардии, коллапсы, судорожные припадки. Для усиления и упрочения действия под наблюдением врача в процедурном кабинете намеренно вызывают у больного одну-две тетурам-алкогольные реакции (после приема очередной дозы тетурама ему дают небольшую дозу алкоголя).

Когда возникают тягостные нарушения и появляется страх смерти, применяют обычные симптоматические средства (например, вливание глюкозы с кофеином), тем самым

211

укрепляя у пациента представление об опасности для него приема алкоголя. Длительное применение тетурама может осложниться выраженной астенией, гастритом, реже гепатитом и полиневритами. Однако больные могут самовольно прекращать прием тетурама и вновь начать злоупотреблять алкоголем. Во избежание подобного соблазна был предложен препарат пролонгированного действия — эспераль (радотер). Больному производят внутримышечнукГимплантацию стерильных таблеток тетурама. При этом от него берут расписку, что он предупрежден, что прием алкоголя чреват тяжкими осложнениями, не исключающими смертельного исхода.

В качестве других сенсибилизирующих средств используют метронидазол (трихопол, т. е. противотрихомонадное средство), фуразолидон, циамид, никотиновую кислоту и др. На

фоне их действия прием спиртных напитков вызывает реакцию, сходную с тетурам- алкогольной, но более слабо выраженную.

Другие методы подавления патодогиче-ского влечения к алкоголю включают применение малых (субрвотных) доз апоморфина и психотропных средств, но после прекращения их приема патологическое влечение обычно возобновляется.

Психотерапия многими считается одним из самых действенных методов, способных дать наиболее стойкий результат. Возможно, это связано с тем, что полный курс лечения удается провести тому, кто сам стремится излечиться или у кого удается пробудить это желание. Суггестивные приемы (внушение в гипнозе или в бодрствующем состоянии, наркогипноз, эмоционально-стрессовая терапия) основываются главным образом на выработке отвращения к алкоголю. Этим методам более поддаются люди с истерическими или эмоционально-лабильньши чертами характера. По мере развития алкоголизма внушаемость нередко возрастает. Опытные психотерапевты умело отбирают для лечения легковнушаемых больных, поэтому эффект терапии у них бывает поразительно высоким. Рациональная психотерапия (разъяснение, убеждение) может проводиться как индивидуально с каждым пациентом, так и с группой. Групповая психотерапия подразумевает активное участие членов группы в дискуссиях, взаимную эмоциональную поддержку друг друга, выработку установки на трезвость. Чаще групповая психотерапия используется в процессе поддерживающего (противорецидивного) лечения.

212

L

Поддерживающая (противорецидивная) терапия обусловлена тем, что патологическое влечение к алкоголю обычно не устраняется полностью, а лишь подавляется. При неблагоприятных обстоятельствах, например при семейных и служебных конфликтах, возникает желание забыться, уйти от неприятностей. В обстановке вынужденного безделья и скуки (безработица, выход на пенсию и т. д.) под действием психических травм патологическое влечение может вспыхнуть с новой силой.

Противорецидивное лечение проводится в виде курсов, сочетающих условнорефлекторную или сенсибилизирующую терапию с применением методов психотерапии, особенно групповой и семейной. В нашей стране поддерживающая терапия регламентирована инструкциями: на первом году ремиссии курсы должны повторяться каждые 4 мес, на втором — раз в полгода, затем в конце третьего года, а на 4-м и 5-м годах — по мере надобности. Подобная формализация не учитывает стадии алкоголизма, провоцирующих обстоятельств, степени социальной адаптации и других привходящих факторов. Наиболее показанной можно считать продолжительную постоянную групповую психотерапию в клубах бывших пациентов, в обществах анонимных алкоголиков, которые весьма популярны в США и начинают возникать в нашей стране. Повторные курсы условнореф-лекторной или сенсибилизирующей терапии показаны при реальной угрозе рецидива, при появлении первых признаков возобновления патологического влечения (“алкогольные” сновидения, эмоциональное оживление при разговоре о спиртных напитках, интерес к прежним знакомствам и т. п.).

При склонности к циклоидным субдепрессиям, во время которых также может обостряться влечение к алкоголю, показано длительное лечение солями лития или карбама-зепином (финлепсином).

* + - 1. Купирование абстинентного синдрома (устранение физической зависимости)

С прерывания абстиненции начинается лечение II стадии алкоголизма. Используются весьма действенные средства, направленные на дезинтоксикацию и устранение тягостных симптомов.

Дезинтоксикация осуществляется с помощью ка- 213

пельных внутривенных вливаний гемодеза, реополиглюки-на, 5% глюкозы. Используются также инъекции тиоловых препаратов (унитиол, тиосульфат натрия), а также большие дозы витаминов — тиамина, пиридоксина, аскорбиновой кислоты.

Предлагается также применение осмотических диуретиков (мочевина, маннитол, уроглюк). Все это предназначено для ускорения окисления и выведения из организма продуктов нарушенного обмена, в частности накопившегося ацетальдегида.

Устранение тягостных симптомов абстиненции достигается с помощью различных психотропных и других лекарств. При тревоге и беспокойстве применяется

^H^ajojfMcgayjcceHj, делавиум), тиоридазин (сонапакс, мел-лерил), хлорпротиксен (труксаЛ), а если тревога™еочетается с депрессией — амитриптилин или пиразидол. При бессоннице хорошее действие оказывает реладорм или сочетание эуноктина (радедорма) с феназепамбм.~П"рй~ выраженных вегетативных расстройствах (пот, ознобы, сердцебиения) более показаны грандаксин или пирроксан. При ярких красочных сновидениях и особенно при гипнагогических (в момент засыпания или пробуждения) галлюцинаций (угроза развития алкогольного делирия) необходимо использовать

^•шуущин (левомепромазин). Если абстиненция проявляется дисфорией с гневливостью, то наиболее эффективен неу-лептил (перициазин).

Купирование явлений абстиненции не избавляет от патологического влечения к алкоголю, которое еще долго способно оставаться сильным и устойчивым, а в определенный период даже резко усиливаться. Поэтому после купирования абстиненции приступают к лечению, направленному на устранение психической зависимости.

* + - 1. Лечение при алкогольной деградации

Кроме лечения абстиненции, нередко тяжелой и грозящей развитием алкогольного делирия, и терапевтических мер, направленных на подавление сильного патологического влечения, необходимой бывает также терапия соматических осложнений алкоголизма.

Заболевания печени и сердца становятся противопоказаниями для тетурам-алкогольных проб и условнорефлекторной терапии. Нередко возникающие

214

псевдоабстиненции рекомендуется лечить психотропными средствами (седуксен, амитриптилин, феназепам, сонапакс). Необходимо длительное общеукрепляющее лечение, особенно большие дозы витаминов группы В и аскорбиновой кислоты.

При нарушениях памяти и заметном интеллектуальном снижении проводят курсы лечения ноотропилом (пираце-там). Однако высказываются суждения, что ноотропные средства могут усиливать патологическое влечение к алкоголю.

* + - 1. Организация лечения и реабилитация

Лечение проводится в наркологических стационарах, полустационарах, диспансерах и кабинетах.

Разрешается анонимное добровольное лечение в платных медицинских учреждениях. При II и III стадии алкоголизма лечение лучше начинать в стационаре, а затем продолжать в полустационаре или в диспансере. При I стадии алкоголизма при желании лечение сразу можно начинать амбулаторно. В настоящее время утверждено обязательное лечение алкоголизма, которое регламентируется различными приказами, инструкциями, указаниями. Обширная документация предназначена строго контролировать их выполнение. Подобная тактика направлена на то, чтобы выявить максимальное число больных алкоголизмом, держать их под наблюдением и периодическими лечебными курсами стараться предотвратить рецидивы. Недостаток такого подхода заключается в легкости формализации всего лечения, а следовательно, в снижении его фактической эффективности.

Особый профилактический учет как группы высокого риска ведут наркологические диспансеры в отношении лиц, злоупотребляющих алкоголем, без признаков зависимости от него.

Реабилитация осуществляется методами психотерапии и социотерапии (трудотерапия, культтерапия и др.). Цель ее — трудовая и семейная адаптация (содействие в трудоустройстве, семейная психотерапия). Используются клубы бывших пациентов, общества анонимных алкоголиков и сходные с ними организации.

215

* + 1. Профилактика

Профилактика алкоголизма может быть разделена на государственно-общественную и медицинскую (гигиеническую).

Административными и законодательными мерами государство стремится регулировать потребление алкоголя с тем, чтобы ограничить пьянство и снизить распространенность алкоголизма, которые наносят обществу и материальный, и моральный ущерб. На протяжении истории человечества неоднократно предпринимались крайние меры — полное запрещение продажи и даже употребления спиртных напитков. Еще в VII в. н. э. основатель ислама Мухаммед (Магомет) запретил мусульманам употребление алкоголя, что было отражено в коране. Это повело к тому, что на многие века мусульманские страны стали очагом наркоманий (опий, гашиш). Полный запрет продажи алкоголя (“сухой закон”) вводился в России в начале первой мировой войны, в США — в 20-е годы, он приводил только к расцвету черного рынка, распространению наркоманий и росту связанной с ними преступности, самогоноварению, отравлению суррогатами. К тому же государственная казна лишалась существенного источника дохода.

Необходимы рациональные административные и юридические меры, регулирующие потребление спиртных напитков. Должно строго преследоваться появление в нетрезвом виде в общественных местах, на работе, прогулы в связи с пьянством, сурово наказываться зачинщики пьяных скандалов и драк. Особенно строго должно наказываться вождение транспорта или выполнение любой работы в нетрезвом состоянии, создающее опасность для жизни и здоровья других людей. При совершении правонарушений алкогольное опьянение рассматривается судом как отягчающее обстоятельство.

Официально существующий до сих пор у нас запрет на продажу всех спиртных напитков лицам в возрасте до 21 года практически трудно выполним и лишь вызывает у молодежи протест. В ряде европейских стран крепкие спиртные напитки разрешается продавать лицам с 18 лет, а слабые (пиво) — с 16 лет.

Медицинская профилактика главным образом основывается на санитарном просвещении

* разъяснении вреда и опасности злоупотребления алкоголем для здоровья и благополучия людей. Наиболее эффективно использование средств массовой информации (в особенности телевидения),

216

если передачи готовятся совместно опытным режиссером и врачом-наркологом. Чем эмоциональнее, чем более связана с событиями текущей жизни и художественнее информация, тем она действеннее. Антиалкогольное просвещение рассчитано в основном на непьющих или умеренно потребляющих алкоголь. Эффективность лекций всегда наименьшая. Групповые дискуссии более действенны, но в них охотнее участвуют непьющие и страдающие от пьянства близкие.

Существуют две принципиальные установки антиалкогольного просвещения — на полную трезвенность и на “культурное”, ограниченное употребление алкоголя. Полное воздержание от алкоголя достижимо лишь среди определенных контингентов (члены общества трезвости, бывшие алкоголики, страшащиеся рецидива, спортсмены и культуристы). Для широкой популяции более приемлемо ограниченное потребление

алкоголя, допускающее в определенных условиях легкую степень опьянения. Медицинская информация должна дать сведения о соматических болезнях или ситуациях, где даже такое употребление должно быть полностью исключено (например, беременность, кормление грудью ребенка).

Группы высокого риска развития алкоголизма могут выявляться по разным признакам — социальным (члены семьи или непосредственное окружение больных алкоголизмом, представители некоторых профессий, постоянно имеющие контакт со спиртом или алкогольными напитками), психологическим (разработаны специальные тесты для массовых обследований), биологическим (например, потомство больных алкоголизмом). К группе высокого риска относятся все злоупотребляющие алкоголем (пьянство без зависимости).

Эти группы требуют специального внимания. Наиболее эффективным считается привлечение их в общества, сочетающие групповые дискуссии под руководством нарколога и психолога с организацией привлекательного для них проведения досуга.

* 1. Алкогольные (металкогольные) психозы

Эти психозы возникают не как прямое следствие хронического отравления алкоголем, а как результат ^эндоген-ной интоксикации вследствие поражения внутренних орга-

же алкого- 217

лем. Считается, что психозами заболевают около 10% больных алкоголизмом. Психозы чаще всего развиваются на III стадии, но^всхречаются и на II стадии. \*

* + 1. Алкогольный делирий (белая горячка, delirium tremens)

В большинстве случаев делирий начинается не на высоте запоя, а через 2—4 сут после того, как пьянство было прервано — на фоне развѐртывающейся абстиненции. Поэтому в зарубежной психиатрии распространено название “делирий воздержания” или “абстиненция с делирием”. Однако этот психоз может возникнуть и на высоте запоя.

Нередко делирию предшествует острое инфекционное заболевание или обострение хронической инфекции.

Предвестники делирия (предделириозное состояние) длятся несколько часов. Обычно к вечеру тревожно-тоскливое настроение, свойственное абстиненции, сменяется аффективной лабильностью: угнетение чередуется с эйфорией, тревога — с апатией.

Взбудораженность, непоседливость, говорливость сочетаются с наплывом ярко представляемых красочных воспоминаний. Появляются иллюзии: висящая одежда принимается за человека, в узорах и пятнах видятся чьи-то лица. Заставляя больного на что-либо пристально смотреть или надавливая на веки закрытых глаз (симптом Липманна), можно словесным внушением вызвать у него видения."

Затем наступает полная бессонница. Нарастают беспокойство, тревога и страх. Появляется главный симптом делирия — яркие зрительные галлюцинации. Обычно видят то, что когда-то вызывало отвращение или страх: полчища насекомых, крыс, мышей, змей, отвратительных чудовищ, а также бандитов, террористов, грозящих оружием расправы. В старину верующие во время делирия, как правило, видели чертей (“напился до чертиков”). Слуховые галлюцинации тематически связаны со зрительными: слышатся крики, угрозы, шипение змей. Среди тактильных галлюцинаций характерно ощущение инородного тела во рту — его стараются выплюнуть или вытащить пальцами. Больной все видимое принимает за реальность и ведет себя соответственно: к чему-то присматривается, прислушивается, заглядывает под стол, что-то ловит. Может броситься бежать, спасаясь от кого-то, при этом выброситься из окна, попасть под транспорт, может на кого-то внезапно напасть сам,

218

защищаясь от кажущихся врагов. Речь обычно состоит из отрывочных эмоциональных высказываний, связанных с галлюцинациями. В окружающем (месте и времени) дезориентированы, но самосознание сохранено.

Делирий сопровождается мышечным тремором, чередованием озноба и пота, тахикардией, резкими колебаниями артериального давления, одышкой, часто желтушностью склер. От тела исходит специфический неприятных запах (“потеющих ног”Х. "Температура тела~1ювышѐ"на — ~от~суб-фебрйльной до 38—39 °С. Постепенно нарастают обезвоживание, " ациддадщщяяКяГ Отмечается лейкоцитоз и увеличение СОЭ. В тяжелых случаях температура тела достигает 40 °С и выше. Двигательное возбуждение ограничивается постелью. Усиливается тремор, появляются стереотипные движения рук: ощупывание, стряхивание•, разглаживание чего-то на теле. Речь состоит из маловнятного бормотания (мусситирующий делирий). Появляются патологические рефлексы, ригидность затылка. Нарастает обезвоживание. Смерть наступает от коллапса или от присоединившейся пневмонии.

Неблагоприятным считается также “профессиональный делирий”, когда рольной имитирует свокгтгосгоянйую рабочую деятельность. Этот делирий нередко сменяется кор-саковским психозом.

Длительность делирия составляет от 2 до 8 сут. Нередко днем бывает облегчение, а ночью

* ухудшение. Выздоровление часто наступает после глубокого продолжительного сна. Амнезия периода психоза отличается избирательностью: больные лучше помнят галлюцинаторные переживания, хуже — реальные события и свое поведение.

Дифференциальный диагноз проводится с де-лириями при других интоксикационных психозах. Трудности могут возникнуть, когда некоторые галлюциногенные вещества употребляют вместе с алкоголем. На алкогольную природу делирия указывают наличие II или III стадии алкоголизма и абстинентного синдрома перед делирием. На I стадии алкоголизма делирии, как правило, вызваны другими токсическими веществами.

Патогенез усматривается в аутоинтоксикации вследствие я лк^гпльнпгп\_пор^жйния п\_ечени. От токсических продуктов- тЛ5м^на~страдают

высшие центры вегетативной регуляции диэнцефальной области. До поры до времени вредоносное действие аутоинтоксикации компенсируется, но

219

под влиянием абстиненции или острого соматического заболевания может наступить срыв.

Патологическая анатомия характеризует тяжелые смертельные случаи. Обнаруживают набухание мозга, иногда точечные кровоизлияния в нем, жировое перерождение печени и признаки кардиопатии.

Прогноз неблагоприятен при делирии мусситирую-щем (высокая смертность) и профессиональном (корсаков-ский психоз впоследствии). Однако и при типичном делирии смертность достигает 15%. При продолжении злоупотребления алкоголем делирии склонны повторяться.

Лечение осуществляется средствами психотропными, дезинтоксикационными и нормализующими метаболизм, водно-солевое равновесие, устраняющими нарушения сердечной деятельности, дыхания и высокую гипертермию.

Из психотропных средств наиболее употребительны вливания сибазона (седуксен, реланиум), которые на время устраняют возбуждение и галлюцинации. Аминазин (хлор- промазин) и тизерцин (левомепромазин) опасны коллапсами. С целью дезинтоксикации используют гемосорбцию, внутривенные капельные вливания гемодеза,. реополиглю- кина. Прибегают к вливанию тиоловых препаратов (уни-тиол, тиосульфат натрия), изотонического раствора. Сердечная деятельность поддерживается кордиамином и корг- ликоном. Рекомендуются большие дозы витаминов^ группы В. Лечение обычно осуществляется в специальных палатах интенсивной терапии.

* + 1. Алкогольный слуховой галлюциноз

Алкогольный слуховой галлюциноз проявляется наплывом слуховых вербальных галлюцинаций. Слышатся диалоги двух людей или голоса множества лиц. Они говорят между собой^лд^обращаются к Зольному. Одни его бранят, осуждают за пьянство й~ другие пороки, грозят, издеваются, насмехаются,^другие же могут его защищать, оправдывать, давать полезные советы. Вначале больной живо реагирует на то, что слышит, вступает с голосами в пререкания. Если галлюциноз становитсятсрбническим, то больной привыкает к голосам и даже старается их диссимулировать.

Сознание остается ясным^ — ориентировка во времени и месте полностькГ~сохраняется. Поведение внешне может быть ненарушенным, сохраняются не только бытовые, но и профессиональные навыки. Иногда со временем к галю-

220

цинациям появляется критика: больные тяготятся ими, хотят от них избавиться. Галлюциноз может сопровождаться появлением бреда или протекать без него. Галлюциногенный бред содержит идеи отношения и преследования. Всюду видятся враги, злые козни, отсюда возникают постоянная настороженность и недоверие. Бред целиком основан на содержании галлюцинаций.

Течение бывает различным. Острый слуховой галлюциноз длится от нескольких часов~до 2—2[ нед, обычно сопровождается тревогой и растерянностью. Часто слышатся неразборчивая речь, гул толпы, гудение, жужжание или звон (акоазмы — элементарные слуховые галлюцинации). Протрангированным (затяжным) галлюцинозом называют случаи продолжительностью в несколько месяцев. Хроническим считается галлюциноз, если он длится более полугода.

Слуховые галлюцинозы встречаются значительно реже делириев.

Патогенез неясен. Предполагается, что перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции и нейроинтоксикации могут играть роль предрасполагающего фактора.

Лечение, помимо собственно антиалкогольной терапии, включает психотропные средства с антигаллюцинаторным действием (галоперидол, триперидол).

* + 1. Алкогольная паранойя (бред ревности)

Это относительно редкое психическое расстройство, встречающееся у мужчин с паранойяльной или эпилепто-идной акцентуацией характера в преморбидном состоянии. Бред развивается постепенно. Сперва в опьянении или во время абстиненции больные начинают обвинять жену или сожительницу в неверности. Первоначально эти обвинения могут казаться 'окружающим правдоподобными. Затем упреки становятся все более нелепыми. Больные начинают постепенно следить за женой, подвергают ее постыдным проверкам, понуждать к признаниям, предъявлять надуманные доказательства “измен”. От посторонних идеи ревности они могут~умело скрывать. Обычно не проявляют никакой агрессии в отношении мнимых соперников — во всем винят жену.

В патогенезе бреда определенную роль играют снижение 221

сексуальной потенции, обычное при алкоголизме II—III стадии, а также конфликтные отношения и отчуждение между супругами из-за пьянства больного.

Лечение, кроме антиалкогольного, направлено на дез-актуализацию бреда посредством антипсихотических нейролептиков (трифтазин, мажептил).

* + 1. Алкогольный параноид (бред преследования)

Бред преследования описан И. В. Стрельчуком в 1949 г. На фоне бессонницы, тревоги и страха больному начинает казаться, что его собираются убить — застрелить, зарезать в подъезде дома, задавить на улице. Они страшатся всех незнакомых и малознакомых, а

также тех, с кем у них раньше были конфликтные отношения. С бредом связаны иллюзии: в оттопыренном кармане встречного угадывается очертание пистолета, в блеснувшем в чьих-то руках каком-то металлическом предмете — нож. Слова других, сказанные между собой, относят к себе и превратно перетолковывают. Иногда им слышатся угрозы.

Поведение определяется бредом. Дома они запираются, ищут спасения в уходе в неизвестные места (“бредовой дрейф”), прячутся или обращаются за защитой в милицию. Но агрессию в отношении мнимых преследователей проявляют редко.

Психоз длится от нескольких дней до 2—3 нед. Если бред затягивается на месяцы, то бредовые подозрения становятся избирательными: они сосредоточиваются на лицах, с которыми ранее были в плохих отношениях и в злых намерениях которых находят определенные причины.

Алкогольный параноид отличают от спровоцированного алкоголем параноидного приступа шизофрении тем, что бред преследования не сопровождается другими видами бреда (воздействия, инсценировки и т.д.).

Лечение то же, что при алкогольной паранойе. При страхе и тревоге показаны инъекции сибазона (седуксен, реланиум).

* + 1. Алкогольные энцефалопатические психозы

Эти психозы сопровождаются выраженными неврологическими и соматическими расстройствами. Встречаются во II—III стадии алкоголизма. Нередко им непосредственно 222

предшествует делирий. Иногда делирии переносились ранее, притом неоднократно. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе — Вернике. Эта энцефалопатия обычно следует за мусситирующим делирием. Состояние больного становится крайне тяжелым.

Температура тела в течение суток колеблется от субфеб-Рильмой до 40 °С и выше, нарастают обезвоживание, тахикардия, одышка, падает артериальное давление, возможны коллапсы. Оглушение, проявляющееся в том, что больной с трудом понимает обращенную к нему речь, вяло и с задержкой реагирует на окружающее, постепенно переходит в бессознательное состояние. Характерны разнообразные неврологические нарушения: симптомы орального автоматизма (сосательный и хоботковый рефлексы), хватательные рефлексы, спонтанный нистагм, гиперкинезы. В последующие дни появляются пролежни. В одних случаях через 10—15 дней наступает смерть, в других соматическое состояние улучшается, но оглушение сменяется корсаковским психозом.

Корсаковский психоз. Этот психоз назван по имени выдающегося московского психиатра С. С. Корсакова, описавшего это психическое расстройство. Данному психозу обычно предшествует алкогольный делирий или энцефалопатия Гайе — Вернике. Характерна триада симптомов: фиксационная амнезия, конфабуляции и амнестическая дезориентировка. Фиксационная амнезия проявляется невозможностью запомнить текущие события при сохранности памяти на прошлое, особенно далекое. Можно множество раз повторять больному свое имя, но через несколько фраз он его забывает.

Человека, с которым не раз встречался в последние дни, воспринимает как впервые увиденного. Конфабуляции (выдумки, прикрывающие описанные нарушения памяти) особенно выступают при расспросах больного о том, где он только что или вчера был, с кем встречался и т. д. (“Вчера ездила на дачу и собирала цветы”, — заявляет посредине зимы больная, уже несколько месяцев не покидавшая больницу). Из-за фиксационной амнезии больные дезориентированы в месте и времени: не могут понять, где они находятся (“В какой-то больнице”, — отвечает больная, оглядев окружающую обстановку и видя персонал в белых халатах), неспособны назвать сегодняшнее число, месяц, день недели, сказать, обедали они сегодня или нет, и т. д. Но прежние навыки хорошо сохраняются, давних знакомых узнают сразу.

223

Психоз протекает хронически — многие месяцы и даже годы. Под влиянием лечения и времени постепенно наступает улучшение.

Диагностируя корсаковский алкогольный психоз, следует иметь в виду, что подобный же синдром может развиться вследствие отравления угарным газом, после повешения, у перенесших клиническую смерть и реанимированных.

Патогенез энцефалопатических психозов считается сходным с патогенезом тяжелого делирия. Особое значение придается дефициту витаминов группы В. Для энцефалопатии Гайе — Вернике характерно множество точечных кровоизлияний в стволе мозга, особенно в сосцевидных телах.

Лечение при острой энцефалопатии сводится к дезинтоксикации, мерам по поддержанию гомеостаза, сердечной деятельности, дыхания. Рекомендуется внутримышечное введение больших доз витаминов группы В. Те же витамины, а также ноотропные средства показаны при кор-саковском психозе.

* + 1. Экспертиза

При корсаковском психозе, хроническом алкогольном галлюцинозе и хроническом параноиде трудоспособность утрачивается и возникает необходимость в определении инвалидности.

При всех психозах в момент совершения общественно опасных действий больные признаются невменяемыми и нуждающимися в принудительном лечении. При экспертизе лиц, в прошлом перенесших делирий, следует учитывать возможность намеренного воспроизведения бывших ранее симптомов (метасимуляция).

Глава 16

НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ

* 1. Основные термины

Понятия “наркомания”, “наркотик” или “наркотическое средство или вещество” стали не столько медицинскими, сколько юридическими.

Наркотик — наркотическое средство и наркотическое вещество — включен в официальный государственный спи-

224

сок вследствие социальной опасности из-за способности при однократном употреблении вызывать привлекательное психическое состояние,, а при\_ систематическом,— психическую или'физическую зависимость^ от него. Если вещество или средство обладает подобными "свойствами, но с государственной точки зрения не представляет большой социальной опасности, то наркотиком оно не признается примером может служить алкоголь). Одно и то же лекарственное средство"в~разные годы может то не считаться наркотиком, то включаться в их число. Например, снотворное барбамил отнесено к наркотикам лишь с середины 80-х годов, хотя способно вызывать и психическую и физическую зависимость. Подобное юридическое понимание обусловлено тем, что, согласно Уголовному кодексу, как преступление квалифицируется и наказуется незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка и пересылка наркотиков.

Наркоманией называют болезнь, вызванную систематическим употреблением средств, включенных в государственный список наркотиков, и проявляющуюся психической, а иногда и физической зависимостью от них. Сильную психическую зависимость способны вызывать все наркотики, но физическая зависимость к одним бывает выражена (препараты опия), к другим — остается неясной, сомнительной (марихуана), в отношении третьих вообще отсутствует (кокаин).

Психоактивные токсические вещества обладают теми же свойствами, что и наркотик (вызывают привлекательное психическое состояние и зависимость), но в официальный список они не включены. Примером служат некоторые транквилизаторы (сибазон) или используемые в виде ингаляций бензин, ацетон и др.

Токсикомания — заболевание, проявляющееся психической (а иногда и физической) зависимостью от вещества, не включенного в официальный список наркотиков.

Злоупотребление наркотиками или другими токсичными веществами без зависимости от них не считается наркоманией или токсикоманией. Для этих случаев предлагалось множество различных названий: наркотизм, токсикомани-ческое поведение, эпизодическое злоупотребление и др. В последние годы все большее распространение получает термин “аддиктивное поведение” (от англ, addiction — пагубная привычка, порочная склонность), который указывает, что это — нарушение поведения и меры требуются скорее воспитательные, чем медицинские.

8—1039 225

Психическая зависимость проявляется все более овладевающим желанием продолжить употребление данного вещества, добывая его любыми путями и пренебрегая неприятными и даже опасными последствиями. Перерыв в употреблении вызывает напряжение и беспокойство и резкое усиление влечения к данному веществу. Это влечение иногда неточно называют обсессивным (навязчивым), хотя в отличие от невротических навязчивостей таким влечением нисколько не тяготятся и болезненным его не считают.

Внешним проявлением психической зависимости служат постоянное стремление к контакту с другими лицами, злоупотребляющими этим веществом, начало употребления наркотика или другого вещества в одиночку и поиск заменителей в его отсутствие. От истинной, индивидуальной психической зависимости следует отличать групповую психическую зависимость, особенно выраженную при аддиктивном поведении у подростков и молодежи. Влечение в этих "случаях\* возникает только тогда, когда собирается “своя компания”, постоянно вместе злоупотребляющая каким-либо веществом. За ее пределами влечение не проявляется, при отрыве от нее — исчезает.

Физическая зависимость развивается, когда вещество, которым злоупотребляли, становится постоянно необходимым для поддержания нормального функционирования организма. Перерыв в его регулярном поступлении в организм вызывает болезненное состояние (абстинентный синдром), проявляющееся не только психическими, но и выраженными соматическими и неврологическими нарушениями, которые исчезают после введения очередной дозы привычного вещества.

Абстинентный синдром (от лат. abstincntia — воздержание) служит главным проявлением физической зависимости. Он развивается обычно через несколько часов после того, как в организм не поступила очередная доза наркотика или иного токсического вещества.

Возникающие симптомы в значительной мере являются как бы антиподами тех признаков, которые характерны для опьянения данным веществом. Вместо эйфории наступает депрессия, вместо ленивого довольства — беспокойство и тревога, вместо усиления активности — апатия, вместо миоза — мидриаз и т. д. Соматические и неврологические нарушения могут даже преобладать над психическими.

Компульсивное влечение (от англ, compulsion — принуждение) отличается от упомянутого ранее так

226

называемого обсессивного неодолимостью, невозможностью его подавить. Больной не способен скрывать или как-то маскировать это влечение.

Толерантность (устойчивость) к наркотику или иному токсическому веществу определяется минимальной дозой, способной вызвать обычный эффект или устранить явления абстиненции. По мере развития одних видов наркоманий толеоантостъ^а^^^ысг^н\_^н^чительно (опиаты), при других — появляется только при длительном злоупотреблении (гашиш), при третьих не возрастает вовсе (кокаин).

Анозогнозия — нежелание и неспособность признать наличие болезни, в частности в зависимости от психоактивного вещества, характерны для наркоманий и токсикомании.

Исключение составляет развитие выраженной физической зависимости с тяжелым абстинентным синдромом.

Полинаркомании и политоксикомании как термины иногда необоснованно используются для обозначения всех случаев, когда больной испробовал на себе действие двух и более наркотиков и других токсичных веществ. Диагноз полинаркомании правомерен только тогда, когда одновременно имеется зависимость от двух и более наркотиков, диагноз политоксикомании — от двух и более ненаркотических веществ. Если установлена одновременная зависимость от одного наркотического и другого ненаркотического вещества, то эти случаи предложено называть “осложненной наркоманией”.

Злоупотребление двумя и более наркотиками или иными психоактивными веществами без зависимости от них ни полинаркоманией, ни поли-гоксикоманией не является, так же как последовательный переход от одного средства к другому.

* 1. Классификация наркотиков и других токсичных веществ

Медицинские классификации основываются на особенностях действия веществ (эйфоризаторы, транквилизаторы, психостимуляторы, галлюциногены и т. д.). Однако одно и то же вещество в зависимости от дозы и способа введения может оказывать различное действие. Наиболее распространены систематики, отражающие практические потребности.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр) среди наркотиков и психоактивных веществ выде-

8\* 227

ляет: 1) препараты опия, 2) снотворные и седативные, 3) кокаин, 4) препараты индийской

конопли (каннабинои-ды), 5) психостимуляторы, 6) галлюциногены.

* 1. Клинические проявления 16.3.1. Наркомании
     + 1. Опийная наркомания

Используемые препараты. Среди аптечных препаратов употребляют морфин, омнопон, промедол, дионин, кодеин и др. В подпольных лабораториях в нашей стране приготовляют героин и метадон. Кустарным образом делают различные вытяжки из мака. Сырьем служат млечный сок из головок еще незрелого растения или высушенные и измельченные головки и стебли (“маковая соломка”). Наиболее богат опием снотворный мак Papaver somniferum, но его содержат также мак масляничный и даже декоративный садовый.

Картина опьянения. Чаще всего аптечные ампулирован-ные препараты или самодельно приготовленные жидкости вводят внутривенно. Сразу за вливанием краснеет лицо, ощущается горячая волна, проходящая по телу, чувство покалывания иголками, зуд кожи лица. Нередко возникает короткое чувство дурноты. Могут случаться обмороки.

Через 10—15 мин все неприятные ощущения исчезают. Развивается эйфория — повышенное настроение с чувством необыкновенного душевного и телесного комфорта. Однако эта эйфория обычно не сочетается ни с повышенной активностью, ни с потребностью в общении. Приятным состоянием (“кайфом”) стремятся насладиться наедине или в стороне от других. Молча сидят, предаваясь заманчивым мечтам, воспоминаниям или желанным мыслям, но ярких зрительных фантазий не бывает.

Сознание остается ясным. Только при передозировке развиваются оглушение, сопор, кома. Зрачки бывают, как точки, и не .расширяются в темноте. Опытные наркоманы при желании могут диссимулировать опийное опьянение, только узкие зрачки выдают его, поэтому для маскировки они носят темные очки даже вечером в помещении или закапывают в глаза атропин. Опьянение длится несколько часов и сменяется вялостью и сонливостью.

При передозировке быстро наступает сонливость и может 228

возникнуть опасное для жизни больного коматозное состояние: сознание полностью утрачивается, он имеет вид глубоко спящего человека, которого невозможно разбудить. Узкие зрачки не реагируют на свет. Нарастает нарушение дыхания, которое становится периодическим (два-три глубоких вдоха чередуются с задержками), затрудненным, храпящим. Смерть наступает от паралича дыхания.

Гораздо реже больные вводят препараты опия подкожно или едят кашицу из маковой соломки. Тогда первоначальная вегетативная реакция отсутствует, а эйфория наступает через 20—30 мин.

Злоупотребление без зависимости. Первые вливания обычно делают в компании наркоманов и с их помощью. Около 60% эти вливания сразу же бросают, а 40% становятся наркоманами. Мотивация начала злоупотребления сходная с той же, что при алкоголизме. У молодежи частой мотивировкой служат “скука”, неумение занять себя, пресыщенность развлечениями. Главную роль в приобщении молодежи к наркотикам играют делинквентные и криминальные группы, компании наркоманов. Среди “неформальных” движений существуют как “наркофильные”, где наркотики легко распространяются (хиппи, панки, некоторые фанаты), так и “наркофобные”, активно отвергающие наркотики (брейкеры, культуристы и др.). В настоящее время редко встречаются наркомании, развившиеся вследствие устранения наркотиками хронических сильных болей.

Наркомания. Первая стадия наркомании развивается довольно быстро: достаточно бывает 5—10 раз повторить вливания, чтобы возникла психическая зависимость от наркотика.

Влечение к нему становится главным в жизни. Наркоманы сами научаются делать себе внутривенные вливания и приготовлять самодельные препараты. Стараются не оторваться от компании наркоманов как источника получения наркотика. Соматические изменения еще выражены умеренно: снижен аппетит, появляются запоры, начинается похудание. Из- за постоянного миоза ухудшается зрение.

При вынужденном перерыве в приеме наркотика явления абстиненции бывают стертыми. Резко усиливается влечение к наркотику. Настроение становится депрессивно-дисфори- ческим: угнетение сочетается с раздражением, истериками с рыданиями, требованием денег от близких для приобретения наркотика.

Вегетативные симптомы абстиненции можно спровоцировать инъекцией антагониста наркотика (налоксон, налор-

229

I фин). После их вливания резко расширяются зрачки, чего V не бывает у здоровых людей. Стертая абстиненция сохраняется несколько дней, но сильное влечение к наркотику удерживается по нескольку месяцев. Однако и в дальнейшем в стрессовых ситуациях или при встрече с наркоманами влечение может возобновиться.

На первой стадии начинает расти толерантность: чтобы вызвать эйфорию, дозу приходится увеличивать в 2—3 раза. От частых инъекций вены предплечий и локтевых сгибов склерозируются, на месте проколов иглой образуются узелки.

Вторая стадия наркомании характеризуется выраженной физической зависимостью от наркотика, которая обычно наступает через несколько недель или даже месяцев регулярных злоупотреблений. Абстиненция начинается через 12—24 ч после перерыва и протекает тяжело. Появляются сильные мышечные боли, судорожные сведения мышц, спазмы в животе, часто — рвота и понос, боли в области сердца. Зрачки становятся широкими, пульс - - учащенным. Нередко начинаются слезотечение и слюнотечение, непрекращающееся чиханье. Озноб чередуется с проливным потом. Обостряются хронические соматические заболевания. Описаны случаи смерти от инфаркта миокарда во время абстиненции.

Тяжелое состояние длится несколько суток, а вегетативные нарушения — 1—2 нед. Однако психическая зависимость и сильное влечение к наркотику могут удерживаться

несколько месяцев. Под влиянием психогенных стрессов или острых соматических заболеваний (например, гриппа) могут развиваться преходящие состояния “псевдоабстиненции” — повторение описанных вегетативных нарушений в ослабленном виде.

Рост толерантности на второй стадии резко выражен. Описаны случаи, когда толерантность достигала несколько десятков смертельных доз в сутки для интактного организма. После перенесенной абстиненции толерантность резко падает, и прежняя, ставшая привычной доза может привести к смерти.

Изменяется картина опьянения. Прежний “кайф” исчезает. Наркотик становится необходимым допингом для восстановления работоспособности, общительности, бодрости, аппетита. Его действие сохраняется лишь несколько часов, что заставляет повторять вливания в течение дня.

230

Соматические нарушения резко выражены и постоянны. Кожа шелушится, волосы секутся, ногти ломаются, зубы крошатся. Характерны необычная бледность, запоры, анемия. Аппетит утрачен. Узкие (“точечные”) зрачки нарушают аккомодацию. Угасает половое влечение, у мужчин наступает импотенция, у женщин — аменорея. Сексуальная активность может проявляться в пассивной форме, включая гомосексуальную, в виде проституции с целью добычи денег на наркотик.

Осложнениями являются вирусные гепатиты, СПИД, тромбофлебиты и тромбоэмболии как следствие постоянных внутренних вливаний без соблюдения правил асептики.

Смертность среди наркоманов в 20 раз выше, чем в общей популяции. Причинами служат передозировка наркотика, суициды, упомянутые соматические осложнения.

Третья стадия наркомании встречается нечасто, так как не все наркоманы до нее доживают. Крайнее истощение, астения и апатия делают больного нетрудоспособным. Интерес сохранен только к наркотику. Толерантность к нему снижается. Прежние высокие дозы могут вызывать тягостные состояния. Однако все время требуется несколько меньшая доза для предотвращения абстиненции. Активизация под действием наркотика сводится лишь к тому, чтобы самостоятельно поесть и элементарно себя обслужить. Время в основном наркоманы проводят в постели. Нередко отмечаются коллапсы. Смерть наступает от интеркуррентных заболеваний.

Лечение. При передозировке с развитием сопорозного и коматозного состояний и нарушениями дыхания применяются внутривенные вливания налорфина (налли-на) — антагониста опийных препаратов. При его отсутствии можно воспользоваться вливанием бемегрида — антагониста барбитуратов и стимулятора дыхания. Дезинтоксикация осуществляется общепринятыми способами. К средствам, вводимым капельно в вену, добавляют кофеин (до 10 мл 10 % раствора в сутки).

Купирование абстинентного синдрома оказывается необходимым при одномоментном отнятии наркотика, принятом в нашей стране. За рубежом нередко используют метадон (Methadone) — синтетический препарат, сходный с морфином, устраняющий тягостные проявления абстиненции. В процессе лечения его дозу постепенно уменьшают. Однако в больших дозах метадон способен вызвать эйфорию, а при длительном применении — при- 231

выкание и пристрастие. В нашей стране такое лечение считается неприемлемым, так как оно способно более тяжелую опийную наркоманию сменить более легкой мета-доновой. Постепенное снижение дозы наркотика, предотвращающее тяжелую абстиненцию, допускается только в том случае, если наркомания сочетается с органическими заболеваниями сердца, тяжелой гипертонической болезнью и перенесенным инфарктом. Для устранения вегетативных нарушений показаны пир-роксан (альфа-адреноблокатор), атропин, баралгин. Мышечные боли уменьшаются под действием анальгина, а также

иглоукалывания. При депрессии и беспокойстве используют амитриптилин. Необходима индивидуальная психотерапия: сопереживание облегчает неформальный контакт, позволяет выяснить искренность намерения лечиться или подтолкнуть к такому решению. Подавление влечения к наркотику представляет трудную задачу в связи с отсутствием эффективных средств. Нейролептики (неулептил, сонапакс) ослабляют влечение только до тех пор, пока применяются. Налтрек-сон — антагонист морфина, блокирующий его действие и делающий опийные препараты неспособными вызвать эйфорию, в организме быстро инактивируется, и влечение возобновляется. При желании пациента излечиться от наркомании прибегают к интенсивной и продолжительной психотерапии, включая групповую и семейную. Предпринимаются попытки разработать аверсионную терапию (выработать отвращение к наркотическому опьянению путем условного отрицательного рефлекса). Для этого во время наркотического опьянения вводят внутривенно коразол, вызывающий острый страх, или дитилин, от которого наступает кратковременная остановка дыхания.

* + - 1. Каннабиноидная наркомания (гашишизм)

Используемые препараты. В нашей стране чаще всего курят гашиш (анаша, “план”) — высушенное и спрессованное смолистое вещество, выступающее на поверхности цветущих верхушек женских особей конопли. Действующим началом служит тетрагидроканнабиол. Больше всего его в индийской конопле, но он содержится и в других ее видах и не только в цветущих верхушках, но и в стеблях, и листьях. В Америки и Европе больше распространена ма-

232

рихуана — высушенные и измельченные листья и верхние части стеблей конопли (“травка”). Действие марихуаны слабее гашиша приблизительно в 10 раз. На черном рынке появились синтетический тетрагидроканнабиол, который в 20 раз активнее гашиша. Марихуану и особенно гашиш курят чаще в смеси с табаком, обычно в компаниях.

Гораздо реже добавляют к сладостям или спиртным напиткам.

Картина опьянения. Первое в жизни курение гашиша обычно никаких ощущений не вызывает. Чтобы испытать “кайф” надо покурить 2—3 раза. Большая доза с пищей или алкоголем может вызвать тошноту, головную боль, стеснение в груди, затруднение дыхания.

Картина опьянения зависит от поступившей дозы и от чувствительности организма. Легкое субпсихотическое опьянение развивается через 5—15 мин от начала курения. Проявляется эмоциональными перепадами — от безудержного веселья (приступы хохота) до мгновений страха и ужаса. Злоба нехарактерна, но эмоции заразительны: в компании участники, индуцируя друг друга, могут крушить и ломать все вокруг; возникает потребность двигаться и общаться. Они энергично жестикулируют, гримасничают, приплясывают, отбивают ритм руками и ногами. Безудержно говорливы, хотят со всеми поделиться своими мыслями, с жаром говорят о пустяках.

Появляются психосенсорные расстройст-в а: краски становятся необычно яркими, звуки

* насыщенными. Появляется ощущение обострения слуха — кажется, что улавливается каждый шелест и шорох. На самом деле слуховой порог не снижается. Искажается оценка расстояния — предметы отдаляются. Если в таком состоянии опьяневшие берутся за руль, то из-за неправильной оценки дистанций попадают в аварии и катастрофы. Ощущается необычная легкость тела и движений (“н е в е с о м о с т ь”). В компании обнаруживается своеобразное сужение сознания (симптом И. Н. Пятницкой): ее участники воспринимают лишь то, что происходит в их кругу, а постороннего не замечают. Иногда появляется впечатление, что они сами себя видят со стороны.

Вегетативные нарушения сводятся к расширению зрачков, блеску глаз, сухости во рту.

Опьянение длится до нескольких часов. При протрезвлении появляется сильный голод. Диагностическим признаком может служить своеобразный сладковатый запах от одежды курившего гашиш, который долго сохраняется.

233

Тяжелое психотическое опьянение встречается редко и бывает следствием передозировки или повышенной чувствительности. Обычно развивается онейроид: отрешенные от окружающего погружаются в мир грезоподобных фантазий или заново переживают прежние эмоционально насыщенные события (“сцены любви и ненависти”). При этом в контакт вступить не удается, а выражение лица меняется от блаженства до ужаса и гнева. При делирии галлюцинации бывают устрашающего характера. От них могут спасаться бегством или проявляют агрессию к тем, кто случайно попадается на глаза. При состоянии спутанности растерянно оглядываются вокруг, не узнают окружающих и обстановку, в контакт удается вступить с большим трудом. Длительность острых интоксикационных психозов, вызванных гашишом, от нескольких часов до нескольких дней.

Злоупотребление без зависимости. Обычно бывает эпизодическим, когда собирается “своя компания”. Такое злоупотребление даже на протяжении 2—3 лет может не приводить к наркомании. Но при почти ежедневном курении ее признаки появляются через 1—2 мес. При курении марихуаны (“травки”) зависимость развивается значительно медленнее, чем при употреблении гашиша.

Наркомания. Первая стадия характеризуется психической зависимостью и проявляется возникновением потребности курить по 2—3 раза в день. Курят уже в одиночку и постоянно и настойчиво ищут, где бы раздобыть гашиш. При вынужденном перерыве картина абстиненции бывает стертой: астения, сонливость, угнетенное или раздраженное настроение, головная боль, неприятные ошуще-ния в области сердца — все это немедленно исчезает после курения гашиша.

Вторая стадия развивается при регулярном курении гашиша в течение 2—3 лет и характеризуется изменением картины опьянения, психопатизацией, а иногда и признаками физической зависимости. При курении более слабой марихуаны физическая зависимость обычно не проявляется. Гашиш становится постоянно необходимым допингом. Без него утрачивается всякая работоспособность. После же курения становятся активными, живыми, собранными, общительными. Но курить приходится по нескольку раз в день.

При физической зависимости перерыв в курении на сутки вызывает выраженный абстинентный синдром, для-

234

ι

щийся около недели. Тяжелая астения и депрессия сочетаются с крайне неприятными ощущениями в разных частях тела (сенестопатии), сжимающими болями в области головы и сердца, тошнотой, спазмами в животе. Могут быть ознобы, проливные поты, мышечный тремор, гипертонические кризы. Позднее астения сменяется дисфорией — злобно- тоскливым настроением.

Психопатизация у одних проявляется нарастающей апатией ко всему, кроме гашиша, у других — эксплозивностью (вспышки раздражения, злобы и агрессии). Нарастает общее истощение, у мужчин наступает импотенция, у женщин — анеморея. Имеются данные об угнетении иммунных реакций.

Хронические психозы при гашишной наркомании. Хронические психозы встречаются приблизительно у 15 % многолетних курильщиков гашиша. Картина обычно сходна с параноидной шизофренией: бред преследования и воздействия сочетается с апатией, безволием, бездеятельностью, реже — со слуховыми галлюцинациями. Предполагается, что эти психозы возникают лишь у тех, кто предрасположен к шизофрении, а гашиш

является провокатором. Иногда у таких лиц гашишные опьянения с самого начала протекают атипично — с тревогой, подозрительным отношением к другим, в злом умысле обвиняют своих же приятелей, действие гашиша принимают за умышленное отравление. Лечение. Легкое субпсихотическое опьянение лечения не требует. Вытрезвление ускоряет обильная еда, особенно сладкого. Можно использовать внутривенное вливание глюкозы. При тяжелом психотическом опьянении внутримышечно вводят реланиум (сибазон, седуксен) или аминазин. При явлениях абстиненции проводят дезинтоксикацию, при астении используют сиднокарб, при депрессии — амитрип-тилин, при дисфориях — карбамазепин (финлепсин).

Злоупотребление без зависимости лекарственного лечения не требует. Необходимо объяснить пациенту вред и опасность гашиша. При наркомании влечение пытаются подавить длительным применением психотропных средств (сонапакс, неулептил). Наиболее эффективна аверсионная терапия по В. С. Битенскому: в начале гашишного опьянения внутривенно вводят коразол (метразол), вызывающий сильный страх. За несколько сочетаний вырабатывается довольно стойкий отрицательный условный рефлекс

* гашиш вызывает отвращение. 235
  + - 1. Эфедроновая и первитиновая наркомании

Используемые препараты. Эфедрой изготовляется в подпольных лабораториях из лекарств, содержащих эфедрин (глазные капли, мази от насморка, содержание эфедрин средства для лечения бронхиальной астмы). Производное первитина (гидрохлорид йодпервитин) входит в состав самодельного препарата, на сленге наркоманов называемого “ширкой”.

Эфедроновое и первитиновое опьянение. Самодельные препараты вводят внутривенно. Сперва появляются озноб, ощущение покалывания в руках и ногах, шевеления волос на голове, сердцебиение. Затем развивается состояние, напоминающее гипоманиакальное. Настроение повышено, ощущается душевный подъем, появляется уверенность в своих необычных способностях и талантах, в исполнении заманчивых, но нереальных планов. В отличие от опийной эйфории возрастает активность, тянет к общению и приключениям.

Говорят без умолку, быстро, перескакивая с одной темы на другую, оживленно жестикулируя. Отмечают легкость в теле (“н е в е с о м о с т ь”). Обстановка вокруг становится необычно интересной. Появляется чувство безграничной любви ко всем людям. Резко усиливается половое влечение, возникает длительное половое возбуждение. Агрессивность нехарактерна, но может быть спровоцирована попытками ограничить активность или недоброжелательным видом и тоном. Вегетативные нарушения сводятся к повышению артериального давления, тахикардии, экстрасисто-лии. Глаза блестят, губы сохнут.

Опьянение длится несколько часов и сменяется вялостью, быстрой утомляемостью, дурным самочувствием. В этом постинтоксикационном периоде возникает сильное влечение к наркотику.

Формирование наркоманий. Более половины среди тех, кто попробовал однажды ввести себе в вену эфедрой или первитин, начинают повторять вливания. Иногда бывает достаточно 2—3 вливаний, чтобы возникла зависимость — неудержимое желание еще раз испытать подобное опьянение.

Тяжелая физическая зависимость может появиться в течение нескольких недель. Абстиненция проявляется дисфорией — мрачным и злобным по отношению к окружающим настроением. Сонливость сочетается с невозможностью уснуть, уснувшие пробуждаются от кошмарных

236

сновидений. Вегетативные нарушения во время абстиненции резко выражены: мышечный тремор, чередование озноба и проливного пота, сжимающие боли в области сердца, мучительные задержки мочи, гиперакузия и светобоязнь удерживаются несколько суток и сменяются тяжелой астенией.

Циклический характер наркотизации характерен для данных видов наркоманий и обусловлен тем, что явления абстиненции начинаются еще в постинтоксикационном периоде — уже через 2—4 ч после вливания наркотика появляется желание его повторить. В результате вливания делают по нескольку раз в день. Возникают состояния, напоминающие алкогольные запои. Суточная доза возрастает в 20—30 раз по сравнению с первоначальной. Разовая доза возрастает не более чем в 2—3 раза из-за сильных сердцебиений при передозировке. Принявшие наркотик подобную интоксикацию выдерживают 2—5 сут: они не спят, почти не едят, доводят себя до полного истощения сил. Тогда влечение к наркотику временно ослабевает. Больные принимают снотворные или транквилизаторы (обычно в больших дозах), отсыпаются, отъедаются и через несколько дней влечение к наркотику вспыхивает с новой силой. По мере развития наркомании интервалы между циклами уменьшаются.

Социальная деградация наступает быстро: больные ведут паразитический образ жизни, обирая близких, попрошайничая и воруя. Прежние интересы и привязанности утрачиваются. Они становятся неряшливыми и нечистоплотными.

Со временем нарастает истощение, развиваются миокар-диодистрофия, хронический гастрит и спастический энтероколит, у мужчин — импотенция, у женщин — аменорея. При кустарном изготовлении эфедрона используется калий перманганат, в результате при длительном злоупотреблении присоединяются симптомы хронического отравления марганцем: хореиформные гиперкинезы, парез мягкого неба, языка, лицевых мышц.

Лечение. При эфедроновом и первитиновом опьянении возбуждение лучше всего устранять инъекциями сибазона (седуксен, реланиум) и дезинтоксикационными средствами. Выраженную экстрасистолию купируют новокаинамидрм. Мучительную бессонницу лучше устранять эуноктином (ра-дедорм), но не барбитуратами из-за опасности полинаркомании. Галоперидол способен провоцировать приступы ака-тизии, аминазин и тизерцин — коллапсы.

При абстиненции используют те же средства, добавляя 237

при дисфории неулептил (перициазин) или сонапакс (мел-лерил) или карбамазепин (финлепсин), при тревоге — хлор-протиксен (труксал), при выраженных вегетативных нарушениях — грандаксин (тофизопам), при бессоннице — феназепам. С самого начала необходима интенсивная дезинтоксикация с использованием капельных внутривенных вливаний гемодеза, глюкозы и др.

Подавление влечения по миновании абстиненции пытаются осуществить с помощью сонапакса (меллирил) и фе-назепама. Предложен метод аверсионной терапии по В. С. Битенскому: во время наркотического опьянения внутривенно вводят дитилин, вызывающий кратковременную остановку дыхания, удушье и страх. От нескольких сочетаний вырабатывается довольно стойкий условный рефлекс — отвращение к наркотику. Успех лечения подкрепляется психотерапией.

16.3.1.4, Кокаиновая наркомания

Используемые препараты. Препараты приготовляются из листьев кустарника кока, растущего в Южной и Центральной Америке. Туземные племена индейцев жевали его листья, из которых еще в XIX в. был выделен алкалоид — кокаин. Его гидрохлорид стал использоваться для местной анестезии. Кокаиномания распространилась в Европе и США во время первой мировой войны. Кокаин курить было нельзя. Порошок кокаина закладывали в нос (через слизистую он быстро всасывался), он быстро разлагался при нагревании. В 70-х годах в США появился “крэк” — устойчивый к высокой температуре

препарат кокаина, его стали курить, и кокаиновая наркомания распространилась среди молодежи.

Распространение в нашей стране было довольно значительным с 1915 г. до конца 20-х годов. Затем кокаиновая наркомания исчезла, но с 1986 г. появились сообщения о новых единичных случаях.

Картина опьянения. Характеризуется как маниакально-подобное опьянение с выраженной эйфорией, повышенной активностью, самоуверенностью, ощущением раскрытия своих творческих возможностей. Собственные мысли кажутся необыкновенно глубокими и проникновенными. Возникает половое возбуждение. Вегетативные нарушения умеренны, проявляются сердцебиением, расширением зрачков, повышением артериального давления.

238

При передозировке наступает психотическое опьянение с тревогой, страхом, растерянностью. Кажется, что окружающие что-то замышляют, хотят расправиться, убить. Особенно характерны тактильные галлюцинации: ощущение ползания насекомых по телу (симптом Маньяна), которых ищут, ловят, а кожу расчесывают до крови. Реже слышатся оклики по имени и звон в ушах. Сердечные аритмии сочетаются с приступами стенокардии, случаются обмороки, коллапсы, судорожные припадки. Смерть может наступить от внезапной остановки сердца.

Относительно редко вслед за интоксикацией или во время нее появляются страх, тревога и растерянность или возникают кокаиновый делирий (наплыв ярких зрительных, слуховых и тактильных галлюцинаций, обычно устрашающих, которые больной принимает за реальность), кокаиновый онейроид (пассивное созерцание сценоподобных картин), кокаиновый параноид (внезапно, “как озарение”, вспыхивает бред преследования или ревности при сохраняющемся упорядоченном поведении, отчего поначалу окружающие могут верить высказываниям больного).

Опьянение длится несколько часов и сменяется тяжелой астенией. Кокаиновые психозы могут продолжаться по нескольку дней, а параноид даже затягиваться на недели и месяцы. В последних случаях кокаин может выступать в качестве провокатора параноидной шизофрении.

Эпизодическое злоупотребление кокаином. Оно может длиться довольно долго, не приводя к формированию зависимости. Перерывы переносятся легко, без явлений абстиненции. Однако эпизодическое злоупотребление может стать злокачественным, напоминая алкогольные запои — в течение одних-двух суток потребляется в виде курения и внутривенных вливаний до 1 г кокаина. Лица, доведшие себя до изнеможения, прибегают к алкоголю, снотворным, транквилизаторам.

Хроническое злоупотребление. Даже почти ежедневное употребление кокаина приводит к развитию наркомании с разной скоростью в зависимости от способа введения кокаина.

При внутривенном введении или курении крэка требуется несколько недель, при закладывании порошка в нос — многие месяцы, при жевании листьев кока — даже годы. Признаки наркомании. Ими являются выраженная психическая зависимость (постоянное влечение к кокаину), а при вынужденном перерыве — тяжелые дисфории со вспыш-

239

ками гнева, направленными на других и на себя, когда больные могут совершать суицидальные поступки. Изменяется картина кокаинового опьянения: эйфории уже не бывает, кокаин служит для того, чтобы предотвратить тяжелую дисфорию. Отчетливых признаков физической зависимое! и не появляется. Постепенно нарастают истощение, апатия, бездеятельность, ослабевает память.

Лечение. Во время опьянения лечение сводится к дезинтоксикации и транквилизаторам, при передозировке — к назначению симптоматических средств, при психозах — к

применению различных нейролептиков в зависимости от синдрома. Абстиненцию и напоминающее запой периодическое злоупотребление прерывают капельными вливаниями амитриптилина•и сибазона (седуксена). Психическая зависимость исчезает при длительном перерыве наркотизации. Кокаиновая наркомания в прошлом, за исключением далеко зашедших случаев, считалась наиболее поддающейся излечению.

16.3.1.5. Барбитуромания

Используемые препараты. Применяются аптечные снотворные — производные барбитуровой кислоты. Барбамил (амитал-натрий) использовался чаще всего. Сходную картину развития наркомании вызывало также снотворное — производное пиперидина — ноксирон, в настоящее время в нашей стране изъятый из употребления.

Злоупотребление снотворными. Встречается нередко, но наркомания развивается далеко не у всех. Некоторые люди, страдающие бессонницей (чаще всего как одним из проявлений невроза), без снотворных не могут заснуть и принимают их годами. У них также развивается зависимость, но не наркоманическая, а истинная обсессивная. Нередко со временем они вынуждены увеличивать дозу снотворного в 2—3 раза. В этих случаях может обнаружиться эйфори-зирующий эффект некоторых барбитуратов и создаться угроза для развития наркомании. Другую группу барбитуро-манов составляют те, кто нарочно прибегал к большим дозам барбамила не для того чтобы уснуть, а чтобы испытывать его эйфоризирующее и опьяняющее действие. С этой целью раствор барбамила мог вводиться внутривенно.

Картина опьянения. Барбитуровое опьянение напоминает алкогольное. Беспричинное веселье, беспорядочная активность, бесцеремонность, развязность легко сменяются 240

гневом и драчливостью. Раньше и сильнее, чем при алкогольном опьянении, нарушаются двигательные координации (шаткая походка, неустойчивость позы, несоразмерность движений). Характерны брадикардия, понижение артериального давления и температуры тела, расширение зрачков. Через 1—3 ч наступает глубокий сон, затем слабость и вялость. При передозировке легко развивается сопор и кома, опасные для жизни из-за возможности паралича дыхательного центра.

Формирование наркомании. Развитие наркомании начинается с психической зависимости. Сроки ее появления различны. У тех, кто употреблял снотворное для борьбы с бессонницей, она может сформироваться через несколько лет, тем, кто старался достичь эйфории, достаточно бывает нескольких недель. Проявлением психической зависимости служит дневной прием барбитурата не для засыпания, а чтобы “успокоиться” или повеселиться. Возрастает толерантность: дозу увеличивают в 2—4 раза. Прием снотворного часто чередуют с алкоголем (одно способно заменить другое). Длительность первой стадии — от нескольких недель до нескольких месяцев.

При присоединении физической зависимости доза бар-бамила достигает 1 г и более в сутки. Изменяется картина опьянения: оно становится дисфорическим со злобной агрессией, стремлением к дракам, нанесению тяжких повреждений, разрушительным действиям. На этой стадии двигательные координации во время опьянения страдают мало. Барбитуроманы в состоянии опьянения становятся опасными для окружающих.

Абстинентный синдром при вынужденном перерыве в приеме барбамила бывает тяжелым. Озноб чередуется с проливным потом. Бессонница сочетается с беспокойством. Наблюдаются судорожное сведение мышц, мелкий тремор, подъем артериального давления, тахикардия. Далее присоединяются боли в желудке, рвота, а также боли в крупных суставах (симптом И. Н. Пятницкой). На 3—5-е сутки нередко возникают эпилептические припадки, а к концу недели — делирий. Далее в течение 1—2 нед удерживается депрессия с дисфорией и тревогой. При появлении судорожных припадков и при развитии делирия абстиненция становится опасным для жизни состоянием.

Течение наркомании отличается довольно быстрым (на протяжении месяцев) развитием энцефалопатии и психоорганического синдрома. Резко снижается сообразитель-

241

ность, грубо нарушается память, особенно на недавние события. Речь делается смазанной (дизартрия), движения — плохо координированными (атаксия), рефлексы снижаются.

Лицо становится маскообразным, бледным, с землистым оттенком. Кожа покрывается гнойничковыми сыпями, раны долго не заживают. Настроение постоянно угнетенное и злобное. Нередко суицидальные мысли.

Прогноз весьма неблагоприятный из-за суицидов, смертельных передозировок барбитуратов, несчастных случаев, тяжелых абстиненции.

Лечение. Терапия барбитуромании существенно отличается от лечения других наркоманий тем, что дозу барбитуратов необходимо уменьшать постепенно на протяжении 1—2 нед из-за опасности эпилептических припадков и де-лириев при внезапной отмене. Интенсивная дезинтоксикация показана после полной отмены наркотика. Рецидивы после лечения возникают очень часто.

* + 1. Токсикомании
       1. Ингалянтные токсикомании

Используемые средства. Эти средства относятся в основном к технической и бытовой химии. Еще в конце XIX в. появились случаи эфиромании, так как для ингаляций применялся эфир, предназначенный для наркоза. В настоящее время наиболее распространены бензин, ацетон, некоторые сорта клея, пятновыводители, реже толуол, растворители нитрокрасок и др. Действующими началами этих средств являются ароматические и алифатические углеводороды: бензол, ксилолы, кетоны, этиловый и метиловый эфиры, метиловый и изопропиловый спирты, а также галогенизи-рованные (например, трихлорэтилен) и фторированные (ди-и трифторметан) углеводороды.

Опьянение парами бензина. Наступает в течение 5— 10 мин ингаляции. Краснеет лицо, раздражаются верхние дыхательные пути. Затем возникает эйфория (лицо расплывается в блаженной улыбке) без стремления к двигательной активности. Если ингаляция прекращается, то опьянение проходит за 15—20 мин и сменяется вялостью и головной болью. Если же вдыхание бензина продолжается, то развивается делирий. Яркие зрительные галлюцинации носят обычно устрашающий характер (дикие и чудовищные звери, бандиты и террористы и т. д.), реже — сексуальный. Слу-

242

ховые галлюцинации бывают не всегда, они элементарны (акоазмы — шумы, гудки, звон, неразборчивая речь) или тематически связаны со зрительными (слышатся угрозы, рычение зверей). Токсикоманы как бы отключаются от окружающего, галлюцинации принимают за реальность, но отношение к ним может быть двойственным: страх сочетается с любопытством. При прекращении ингаляции галлюцинации быстро проходят и к ним появляется критическое отношение. Делирий редко длится более получаса и сменяется астенией, апатией, головной болью. Запах бензина в выдыхаемом воздухе может сохраняться до нескольких часов.

Опьянение парами пятновыводителей. Встречается обычно у подростков, которые ингалируют группой. Быстро наступает эйфория: смех одного заражает других.

Появляется визуализация представлений (“о чем подумаю, то и увижу”). Подростки обычно фантазируют на приключенческие или сексуальные темы. При продолжительных ингаляциях (по нескольку часов с перерывами) развивается онейроид. Видения уже не возникают по желанию. Перед взором развертываются сцены, напоминающие увлекательный фильм. От окружающего отключены, но сохраняется сознание того, что видения вызваны, а не реальны. При прекращении ингаляции протрезвление наступает быстро. Даже запах в выдыхаемом воздухе скоро исчезает.

Опьянение ацетоном, толуолом, парами растворителей нитрокрасок. Опьянение этими веществами сходно с оней-роидрм, вызванным продолжительным вдыханием пятновыводителей. Онейроид протекает тяжелее — с оглушением. Участники сидят оцепеневшие, с опущенной головой, на лице застывшая улыбка, при обращении отмахиваются, что-то бормочут. При передозировке наступают сопор и кома. Сильный запах ацетона изо рта позволяет распознать природу этих состояний.

Опьянение парами некоторых сортов клея. Это опьянение также проявляется эйфорией и онейроидом. Видения часто напоминают мультипликационные фильмы развлекающего содержания (“мультики”). Подобные “лилипутские галлюцинации” в виде ярко окрашенных маленьких человечков и зверюшек, быстро двигающихся, с утрированной мимикой и жестами, иногда говорящих писклявыми голосами, были описаны французским психиатром Лероем еще в начале XX века (до появления мультипликационных фильмов) при инфекционных и интоксикационных психозах. При передозировке могут наступить сопор и кома. Описаны

243

случаи смерти от асфиксии при вдыхании паров клея из целофанового мешка, натянутого на голову, так как, потеряв сознание, дышавшие не в силах были его снять.

Злоупотребление ингалянтами распространено среди подростков. “Мода” на разные вещества постоянно сменялась, иногда охватывая лишь отдельные регионы, сообщества, группировки. Ингалируются чаще всего в компании сверстников, связанных между собой местом жительства или учебой. Начинают злоупотреблять ингаляциями в возрасте 9—14 лет. Большинство подростков вскоре бросают ингаляции. Лишь у 5—10 % развивается токсикомания. Взрослые чаще используют ацетон, и тогда токсикомания формируется чаще.

Диагностика. Диагноз токсимании устанавливается на основании выявления психической зависимости от ингалян-та. Ее косвенными признаками служат переход от ингаляций, начатых в компании, ко вдыханию паров в одиночку, увеличение дозы вдыхаемого вещества, повторные ингаляции в течение дня и даже ежедневные длительные по нескольку часов подряд с перерывами. Перестают скрывать злоупотребление от посторонних и близких. Злобно отталкивают тех, кто пытается прервать ингаляцию. При вынужденном перерыве появляется депрессия и дисфория. Развитие физической зависимости ставится под сомнение. Наблюдаемые при перерыве ингаляций вегетативные расстройства (головная боль, сердечные аритмии), а также бессонница, мышечный тремор, шаткость походки могут быть следствием токсической энцефалопатии, вызванной хронической интоксикацией.

Последствия хронической интоксикации в виде психоорганического синдрома и токсической энцефалопатии наступают через несколько недель после частых и продолжительных ингаляций или через многие месяцы при редких (1—2 раза в неделю) ингаляциях. Психоорганический синдром проявляется ослаблением памяти, трудностью сосредоточения, плохой сообразительностью, замедленной ориентировкой в меняющейся обстановке. У подростков резко падает способность усваивать новый учебный материал. Пассивность и склонность к безделью могут чередоваться со злобностью и агрессивностью. Токсическая энцефалопатия сопровождается вегетативными и неврологическими нарушениями. Жалуются на постоянные головные боли, плохой сон, головокружения, во время езды на транспорте укачивает. При неврологическом осмотре можно

244

видеть спонтанный нистагм, легкий мышечный тремор, пошатывание в позе Ромберга, повышение сухожильных рефлексов. На ЭЭГ регистрируют умеренные диффузные изменения, а иногда выявляется судорожная активность.

Для хронической интоксикации бензином характерны поражения печени и почек, пятновыводителями — хронические бронхиты. Если злоупотреблявшие ингалянтами начинают пьянствовать, то алкоголизм обычно развивается злокачественно.

Лечение. При сформировавшейся токсикомании лечение необходимо проводить в стационарных условиях прежде всего для того, чтобы строго контролировать поведение, исключить возможность тайных ингаляций. Проводится дезинтоксикация (лучше всего в виде капельных внутривенных вливаний глюкозы, тиосульфата натрия, мочегонных и др.). Депрессию и дисфорию устраняют амитриптилином, пира-зидолом и карбамазепином (финлепсином). Для подавления влечения к ингалянтам пытаются использовать некоторые нейролептики — неулептил (перициазин), сонапакс (тио-ридазин, меллерил). Аверсионная терапия в виде выработки условного отрицательного рефлекса на сочетание запаха ингалянта с действием рвотных средств (апоморфин, эметин) оказалась малоэффективной. При психоорганическом синдроме используют длительное лечение ноотропами (пи-рацетам, ноотропил) и общеукрепляющие средства. Целью психотерапии является раскрытие пациенту вреда для здоровья, особенно психического, злоупотребления ингалянтами.

* + - 1. Злоупотребление галлюциногенами и холинолитическая токсикомания Используемые средства. Употребление галлюциногенов известно с древних времен. Индейские племена в Америке во время религиозных ритуалов использовали высушенные верхушки одного из видов кактуса — пейота, действующим началом которого является мескалин — вещество, химически сходное с адреналином, но отличное по действию. У ацтеков тем же целям служил “божественный гриб” — пси-лоцибе. Его действующее вещество было названо псилоци-бином. В 1943 г. в лаборатории швейцарской фармацевтической фирмы “Сандоо А. Гоффманн и А. Штол синтезировали вещество, галлюциногенная активность которого в сотни раз превышала силу действия мескалина и псилоци-бина. Это вещество не обладает ни вкусом, ни цветом, ни

245

запахом. Его назвали диэтиламидом лизергиновой кислоты (ЛСД). Его ничтожное количество способно вызвать яркие зрительные галлюцинации на протяжении нескольких часов. В' 60—70-х годах злоупотребление ЛСД распространилось среди молодежи и подростков в США.

В нашей стране использование ЛСД запрещено законом. С целью вызвать у себя галлюцинации применялись в основном холинолитические средства: астматол (содержащий белладонну, белену, дурман), циклодол, а также обладающий холинолитическим действием димедрол.

Циклодоловый делирий. Циклодол (артан, паркопан) — средство для лечения паркинсонизма и экстрапирамидных нарушений моторики при лечении психотропными препаратами. После приема большой дозы (до нескольких десятков таблеток по 0,002 г) сперва наступает эйфория, иногда перемежающаяся с чувством страха. Затем, часто после сна, возникает делирий. Содержание зрительных галлюцинаций зависит от предшествующей ситуации. Если циклодол был принят во время беззаботного веселья с приятелями, то больному видятся развлекательные сцены, смешные происшествия. Если интоксикации предшествовали ссоры, столкновения, драки, устрашающие события, то в галлюцинациях фигурируют бандиты, преследователи, сцены нападений. Характерна калейдоскопичность галлюцинаций — быстрая смена картин и вместе с тем повторение одних и тех же видений по нескольку раз. Слуховые галлюцинации всегда тематически связаны со зрительными.

Характерен симптом исчезающей сигареты: когда больной не видит своей руки, то чувствует зажатую между пальцами сигарету, но когда пытается поднести ее ко рту — сигарета “исчезает”.

Циклодоловый делирий протекает со светлыми промежутками — от нескольких минут до нескольких часов, во время которых сознание больных проясняется, они хорошо помнят и критически оценивают галлюцинации. Длительность всего делирия около суток.

Вегетативные расстройства выражены нерезко: зрачки широкие, лицо гиперемировано, умеренная тахикардия.

Делирии при других галлюциногенах. Астматоловый делирий, вызванный питьем настоя, приготовленного из астматола (часто в смеси с вином), протекает тяжелее циклодолового, отличается глубоким помрачением сознания, дезориентировкой в окружающем, беспомощностью одурманенных и последующей амнезией (о галлюцинациях

246

сохраняются лишь отрывочные смутные воспоминания, а происходившее в действительности выпадает из памяти).

Димедроловый делирий (несколько таблеток димедрола обычно принимают со спиртным) более сходен с циклодо-ловым, но на высоте делирия критическое отношение к галлюцинациям может утрачиваться и больной может оказаться опасным для других.

Галлюциноз, вызванный ЛСД, отличается наличием синестезий: звуки вызывают цветовые ощущения (“цветомузыка”). Видения яркие и сочетаются с деперсонализацией и дереализацией. Поведение бывает различным — от пассивного созерцания с критическим отношением к переживаниям до агрессивных и аутоагрессивных действий с полной утратой критики.

Злоупотребление и формирование токсикомании. Обычно галлюциногены употребляются эпизодически. Реже подбираются дозы циклодола, которые вызывают только эйфорию — тогда может наступить психическая зависимость. Еще реже появляется устойчивое влечение к повторным галлюцинаторным переживаниям. Этим отличается ЛСД, способное вызвать сильное влечение к его повторным приемам: переживание галлюциноза становится основным смыслом жизни, т. е. развивается явная психическая зависимость. В США распространился галлюциноген с коротким действием (около получаса) — диэтилтриптамин. К нему, например, прибегают тайком во время обеденного перерыва.

Лечение. Вызванные галлюциногенами делирии прерываются .внутримышечной инъекцией аминазина (хлорпро-мазин) или сибазона (седуксен). В дальнейшем проводится дезинтоксикация.

* + - 1. Другие виды злоупотреблений и токсикомании

Злоупотребление траквилизаторами. Транквилизаторы могут служить для усиления алкогольного опьянения или к ним регулярно прибегают, чтобы “успокоиться”, “отвлечься от неприятностей”. К ним обращаются, чтобы заменить наркотики, когда невозможно их достать и нужно облегчить абстиненцию. Наиболее привлекателен в этих целях сибазон (седуксен), в меньшей степени — эуноктин (радедорм, нит-разепам) и мепробамат. Большие дозы транквилизаторов, в несколько раз превышающие терапевтические, способны вызывать своеобразное опьянение. Вначале наступает чувство 247

необычного приятного покоя, затем нарастает оглушение (отвечают с задержкой, переспрашивая, речь делается смазанной, походка — неустойчивой), которое переходит в глубокий продолжительный сон, а иногда и в сопор. Но впоследствии пробуждаются обычно даже без специальной помощи.

Токсикомания может развиться при длительном регулярном приеме. Постепенно возрастает доза, требуемая для “успокоения” и нормального сна. Вынужденный перерыв после длительного злоупотребления приводит к бессоннице, кошмарным сновидениям, постоянному чувству тревоги и беспокойства. Описаны редкие случаи физической зависимости после продолжительного злоупотребления транквилизаторами в больших

дозах. В абстиненции появляются судорожные подергивания мышц, случаются эпилептические припадки и острые психозы со спутанностью.

Кофеинизм. Несмотря на широкое распространение кофе как повседневного напитка во многих регионах, кофеинизм как токсикомания встречается редко. В этих случаях в течение дня выпивают много чашек крепкого кофе или даже поедают “кофейный кисель”. В других случаях злоупотребляют чифиром — отваром очень крепкого чая (50 г на один стакан воды). Очередной допинг повышает работоспособность, дает ощущение бодрости, прилива сил, повышения творческих способностей. На ночь обычно принимают снотворное. Лишение привычного стимулятора ведет к тяжелой астении и перепадам настроения.

Физическая зависимость нехарактерна. Длительное злоупотребление сопровождается истощением, сердечными аритмиями, тяжелым хроническим гастритом, а также выраженной эмоциональной неустойчивостью.

Никотинизм. Злоупотребление курением табака можно рассматривать как токсикоманию всегда, когда курение табака становится постоянной насущной потребностью, что свидетельствует об очевидной психической зависимости. Прекращение курения в этих случаях вызывает дискомфорт, беспокойство, резкое усиление влечения. Тяготение усиливается после еды, выпивки, при пробуждении от ночного сна, во время напряженной умственной работы и при волнении, а также при виде других курильщиков и при запахе табачного дыма. Следствием длительного курения бывают хронические бронхиты, гиперацидные гастриты. Среди курильщиков значительно выше заболеваемость ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, раком легких, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки,

248

гипертонической болезнью и облитерирующим эндрартери-итом.

Лечение транквилизаторной токсикомании, кофеинизма и никотинизма сводится к назначению симптоматических средств, облегчающих проявления психической зависимости, и различным видам психотерапии. При привыкании к большим дозам транквилизаторов во избежание судорожных приступов их отмену лучше осуществлять постепенно в течение 2—3 нед.

* 1. Этиология и патогенез

Причинами аддиктивного поведения являются социально-психологические факторы. Основные мотивы начала злоупотребления разделяют на гедонистические (желание испытать необычно приятное состояние)., атарактические (стремление “забыться”, “отключиться от неприятностей”, ослабить действие эмоциональных стрессов) и субмиссивные (подчинение влиянию других людей, конформность в компаниях) .

Природа психической зависимости остается невыясненной. Согласно гипотезе И. П. Анохиной, она связана с дефицитом дофамина и норадреналина в гипоталамической области мозга. Гипотеза предполагает существование единого патогенетического механизма зависимости от всех известных веществ — от алкоголя до опиатов. Однако далеко не все средства, используемые злоупотребляющими, способны -заменять друг друга. В патогенезе опийных наркоманий нельзя не учитывать существование “эндогенных опиоидов” — эндорфинов и энкефалинов и специальных опиатных рецепторов в мозге, способных их связывать. Стимуляторы типа эфедрина и первитина химически сходны с эндогенными катехоламинами.

* 1. Диагностика наркоманий и токсикомании

Диагноз наркомании особенно ответствен, так как по существующим законам он подразумевает обязательное лечение без согласия больного. Наркомании и токсикомании диагностируются на основании признаков психической или физической зависимости, перечисленных ниже. Лабораторные методы диагностики не разработаны. Если в крови,

моче, слюне обнаруживают какой-либо наркотик или иное токсичное вещество, то это свидетельствует только об его

249

употреблении, но не о наличии зависимости. Для диагностики предложены биологические пробы — провокации абстиненции, например введением антагониста морфина (налоксон, налорфин) при подозрении зависимости от опиатов.

* 1. Распространенность

Наркоманы и токсикоманы обращаются за врачебной помощью нечасто. Предполагается, что число учтенных наркоманов в 5—10 раз меньше их действительного количества.

Распространение многих наркотиков и иных токсичных веществ характеризуется склонностью к эндемичности и эпохальности. Например, в нашей стране эндемии опиизма наблюдаются там, где растет дикий мак, гашишизма — где произрастает конопля. В США и других западных странах в 50—60-е годы прошла эпидемия злоупотребления стимуляторами типа фенамина, в 60—70-е годы их сменили марихуана и героин, а в 80-е

* кокаин.
  1. Прогноз

В области нарко- и токсикомании существуют две прогностические задачи: оценка вероятности развития зависимости у тех, кто начал злоупотребление, и прогноз при сформировавшихся наркоманиях и токсикоманиях.

Вероятность развития зависимости зависит от личности, от социального окружения и вещества, которым начали злоупотреблять. Наиболее высок риск при неустойчивой и эпилептоидной акцентуации характера, при резидуальном органическом поражении головного мозга, при наличии наркоманов и токсикоманов в непосредственном окружении (считается, что один наркоман приобщает к злоупотреблению наркотиками в среднем 5 человек), а также при гедонистических установках (постоянное желание наслаждаться жизнью и развлекаться) в семье и привычных компаниях. Зависимость возникает приблизительно у 5—10 % лиц, которые еще подростками стали злоупотреблять инга-лянтами, у 10—20 % начавших с транквилизаторов, у 40 % лиц, попробовавших внутривенное введение опиатов, и у 60—80 % — эфедрона или первитина.

Прогноз при сформировавшихся наркоманиях и токсикоманиях зависит от их вида и стадии. При опийной, эфед-роновой и первитиновой наркоманиях прогноз малоблагоп- 250

риятен. Рецидивы в большинстве случаев наступают вскоре после окончания лечения. Часть наркоманов возобновляет злоупотребление наркотиками сразу же после выхода из больницы. Ремиссии длительностью более 1 года при II стадии не превышают 20 %.

Рецидивы наступают от любых эмоциональных стрессов или при возобновлении контактов с наркоманами. Среди наркоманов и токсикоманов значительно выше, чем среди остального населения, уровень суицидов и смерти от несчастных случаев. Высока также смертность от передозировки наркотиков и от соматических осложнений.

Социальный прогноз также неблагоприятен: высокая преступность, паразитический образ жизни, личностная деградация.

* 1. Лечение и реабилитация

Неотложная помощь при передозировке наркотиков и других токсичных веществ и способы купирования абстиненции изложены при описании отдельных видов наркоманий и токсикомании.

Подавление влечения осуществляется с помощью психотропных средств (неулептил, сонапакс и др.), аверсионной терапии (сочетание наркотического и токсического опьянения с отрицательными стимулами — рвотой, страхом и т. д.), а также различных

методов психотерапии, направленных на убеждение больного прекратить злоупотребление. Все эти методы недостаточно эффективны.

При длительном злоупотреблении принято проводить дезинтоксикацию (тиосульфат натрия, унитиол, сульфат магния, глюкоза и др.) и общеукрепляющее лечение.

При наличии зависимости лечение необходимо проводить в стационаре с режимом, исключающим тайное продолжение злоупотребления. Лечение наркоманий в нашей стране является обязательным. При отказе от него на основании решения суда наркоман может быть подвергнут принудительному лечению. На токсикомании этот закон не распространяется.

Реабилитация страдающих наркоманией после лечения их в стационаре строится на длительном (в течение 5 лет) активном наблюдении в наркологических диспансерах, которые содействуют их трудоустройству, проводят повторные амбулаторные курсы общеукрепляющего лечения и психотерапии, а при угрозе рецидива используют психотропные средства.

251

* 1. Профилактика

Профилактика основывается на двух методах — системе запретов и санитарном просвещении. Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка и пересылка наркотических средств наказуется как уголовное преступление, притом особенно строго (до' 10 лет лишения свободы), если это делается с целью сбыта. Интенсивная борьба с подпольными торговцами наркотиками является самой действенной мерой профилактики наркоманий. Необходимы строгий контроль и учет медицинского использования наркотиков в онкологической, хирургической и другой практике, где они незаменимы.

В отношении ненаркотических токсичных веществ таких законов нет. Вряд ли осуществим специальный контроль за их употреблением не по назначению (например, бензина, пятновыводителей и т. д.). За рубежом высказывается точка зрения, что запреты вообще малодейственны, а молодежь из чувства протеста еще более склонна к злоупотреблению. Поэтому предлагается торговать очищенными и дозированными препаратами опия, конопли и т. д., как это делается в отношении алкоголя и табака.

Подобная мера подорвала бы подпольный бизнес.

Санитарное просвещение в области наркоманий и токсикомании представляет непростую задачу. С одной стороны, необходима популяризация знаний об опасности употребления наркотиков и других дурманящих веществ, о высоком риске быстро к ним пристраститься, вреде для физического и психического здоровья. С другой стороны, высказывается опасение, что широкое распространение сведений о наркотиках может пробудить среди молодежи и особенно среди подростков нездоровый интерес к ним и способствовать распространению злоупотребления. Однако, хотя до 1986 г. в нашей стране всякие сведения о наркотиках в средствах массовой информации были практически запрещены, это не остановило роста наркоманий и токсикомании.

Молодежь в компаниях могла получить обширные сведения о “привлекательной стороне” действия наркотиков и других токсичных средств и весьма скудные — об их опасности.

252

* 1. Экспертиза

Заключение о наличии наркотического опьянения на основании его клинических проявлений может быть только предварительным. Оно должно быть подтверждено химическим анализом крови, мочи, слюны на содержание в них наркотика.

Больные наркоманиями признаются невменяемыми только в том случае, когда инкриминируемые им действия совершаются в состоянии психоза, когда они оказываются лишенными способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Чаще преступления связаны с приобретением наркотиков (кражи, мошенничество с

поддельными рецептами, кустарное изготовление и т. д.). Все эти преступления совершаются без утраты вменяемости. Однако судебно-психиатрическая экспертиза должна вынести заключение о необходимости принудительного лечения.

При далеко зашедших наркоманиях, сопровождаемых инвалидизирующими хроническими соматическими заболеваниями, оценка трудоспособности должна строиться на основании тяжести этих заболеваний. Наличие наркоманий не служит препятствием для определения инвалидности. Лиц, злоупотребляющих наркотиками, не следует допускать к вождению транспорта.

Глава 17

ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Острые и хронические отравления различными токсическими веществами могут вызывать как психозы, так и непсихотические расстройства (неврозоподобные, психоорганические). Однако некоторые из этих веществ способны играть роль провокатора эндогенных психических заболеваний — шизофрении, маниакально-депрессивного психоза. Острые интоксикационные психозы после завершения действия яда или его токсических последствий заканчиваются выздоровлением (обычно после периода астении) либо, если действие на мозг оказалось непоправимым, приводят к психотическим и непсихотическим расстройствам органического генеза (синдромы психоорганический, корсаковский и др.). Ряд интоксикационных психозов был описан в главе о наркоманиях и токсикоманиях (психозы гашишные, эфед-

253

роновые и первитиновые, циклодоловые и вызванные иными галлюциногенами и др.). Некоторые из них могут возникнуть не только при злоупотреблении дурманящими веществами, но и при использовании некоторых из них в суицидальных целях или при случайных отравлениях. Другие вещества (бензин, ацетон и т. д.) могут стать следствием профессиональных отравлений.

Алкогольные психозы иногда также относят к интоксикационным, но генез их более сложен. Патологическое психотическое опьянение возникает от малых доз алкоголя, действующих на мозг, ранее пораженный другими факторами. Алкогольный делирий, галлюциноз, параноид, кор-саковский психоз называют металкогольными, так как в их генезе важнейшее участие принимает аутоинтоксикация, вызванная нарушением метаболизма, свойственным алкоголизму.

Интоксикационные психические расстройства развиваются также при передозировке некоторых лекарств или особой чувствительности к ним (лекарственные психозы), а также при острых и хронических отравлениях разными ядами в быту и на производстве (в промышленности и сельском хозяйстве).

* 1. Клинические проявления

Отличительная черта клинической картины интоксикационных психозов заключается в том, что один и тот же токсический фактор в зависимости от дозы, скорости воздействия и индивидуальных особенностей организма способен вызывать разные синдромы. Однако один и тот же синдром может встречаться при отравлении многими веществами. Но все же существуют “предпочтительные синдромы”, наиболее часто наблюдаемые при определенном виде отравлений.

* + 1. Острые интоксикационные психозы

Клиническая картина острых психозов, вызванных различными ядами, имеет большее сходство. Отличия больше всего касаются неврологических и соматических симптомов. Чаще всего встречаются синдромы делириозный, онейроид-ный, синдромы выключения сознания — последовательно сменяющие друг друга оглушение, сопор, кома. Реже можно наблюдать галлюцинозы с ясным сознанием — с критиче-

254

ским отношением к своим болезненным переживаниям, параноидные, маниакальноподобные, депрессивные (скорее субдепрессивные) синдромы, состояние спутанности (амен-тивный синдром).

Интоксикационный делирий, как и все делириозные состояния, проявляется яркими зрительными галлюцинациями, к которым могут присоединяться тематически с ними связанные слуховые, обонятельные и вкусовые. Галлюцинации принимаются за реальность, критического отношения к ним нет, ими определяется поведение.

Ориентировка в окружающем нарушена.

Предделириозные состояния проявляются яркими ночными сновидениями, эпизодическими зрительными иллюзиями и галлюцинациями, иногда беспричинной тревогой или эйфорией.

Делирии развиваются в качестве осложнения действия некоторых психотропных средств

* лепонекса (клозапина), тизерцина (левомепромазина), мелипрамина, при отравлениях атропином, астматолом, циклодолом, димедролом. Среди бытовых и производственных отравлений следует упомянуть угарный газ — окись углерода (для этого делирия особенно характерны обонятельные галлюцинации), тетра-этилсвинец (в этом случае нередки парестезии в полости рта — ощущение попавших в рот волос), анилин (описан мусситирующий делирий), бензин, сероводород, метан и другие углеводороды (газ, используемый в быту). Делирий наблюдается также при тяжелых пищевых отравлениях (ботулизм, отравление грибами).

Интоксикационный онейроид отличается от делирия двигательной пассивностью даже при полном отключении от окружающего и погружением в созерцание фантастических видений. Чаще всего встречается при отравлении ацетоном и другими кетонами и эфиром. Интоксикационное оглушение, сопор и кома развиваются при отравлении барбитуратами, большими дозами транквилизаторов, окисью углерода, фосфорорганическими соединениями (инсектициды, пестициды), мышьяком, тет-раэтилсвинцом, антифризом (в последнем случае оглушение сочетается с эйфорией).

Интоксикационная спутанность (аментивный синдром) с полным непониманием происходящего вокруг, неузнаванием близких, потерей ориентировки, растерянным видом, малосвязной речью, состоящей из эмоциональных выкриков или стереотипно повторяемых фраз, развивается при от-

255

равлении спорыньей (ее препараты — эрготоксин, эргота-мин) и фосфорорганическими соединениями.

Интоксикационные параноиды описаны при отравлении некоторыми стимуляторами (амфетамин, эфедрой, перви-тин, кокаин). Возникают бред преследования и отношения, иногда отравления и слуховые галлюцинации. Реже развиваются другие виды бреда. Если появляются бред воздействия и псевдогаллюцинации, то обоснованы бывают подозрения на провокацию приступа шизофрении.

Интоксикационные маниакальноподобные состояния встречались при лечении малярии большими дозами акрихина (атебрина), а также при отравлении сероуглеродом. Эйфория и болтливость обычно не сопровождались маниакальным стремлением к деятельности.

Другие синдромы встречаются относительно редко. При передозировке кортикоидов или АКТГ или при длительном лечении ими, особенно у детей, могут возникнуть катато- ноподобные возбуждения. При острых отравлениях пестицидами описан своеобразный синдром крайней аффективной лабильности — непрерывно меняющихся неуправляемых эмоций (страх и эйфория, злоба и растерянность чередуются друг с другом).

Эпилептиформный синдром считается характерным для острого отравления свинцом.

* + 1. Психические расстройства при хронических интоксикациях

При хронической интоксикации многими ядами можно выделить две стадии — неврозоподобную и психоорганическую.

Неврозоподобная стадия проявляется астеническим, астено-ипохондрическим, астено- депрессивным синдромами. Реже наблюдаются синдромы истероидный (например, при хроническом отравлении бензином) или асте-но-обсессивный (обычно на фоне преморбидной акцентуации характера психастенического или сенситивного типа). При отравлении ртутью астения сочетается с аффективной лабильностью, при отравлении марганцем — с депрессией.

Психоорганическая стадия либо постепенно формируется на фоне неврозоподобных расстройств (например, при отравлении марганцем, свинцом, бензином), либо ее симптомы проявляются с самого начала хронической интоксикации и постепенно нарастают (например, при отравлении мышьяком, барбитуратами, ацетоном). Наруша- 256

ется память, особенно кратковременная, способность запоминать новое, появляются рассеянность, трудность сосредоточения, инертность переключения внимания.

Ухудшается сообразительность, утрачивается быстрота ориентировки в событиях и окружении. В более тяжелых случаях может развиться псевдопаралитический или корсаковский синдром. Отравление свинцом может стать причиной эпилепсии.

Хронические параноидные психозы описаны при длительной интоксикации фенамином (амфетамином), эфедрином, кокаином, гашишем, а также фосфорорганическими соединениями (инсектициды, пестициды) и сероуглеродом. Возможно, что часть этих случаев является провокацией шизофрении.

Затяжные депрессии встречаются при лечении гипертонической болезни препаратами, содержащими резерпин и сходные с ним вещества (раунатин, раувазан, рауседил, адельфан и др.), а также допегитом. Депрессии могут развиться при длительном лечении аминазином и галоперидо-лом, кортикостероидами и АКТГ, но они описаны даже при употреблении больших доз антибиотиков. Обычно эти депрессии непсихотического уровня. При отмене указанных лекарств депрессии прекращаются.

* 1. Течение и прогноз

Тяжелые острые отравления, приводящие к сопору и коме или эпилептическому статусу (особенно барбитураты, фосфорорганические соединения, окись углерода, тетра- этилсвинец), а также пищевые отравления (спорыньей, грибами, при ботулизме) могут создать реальную угрозу летального исхода.

Острые интоксикационные делирии и онейроиды нередко завершаются полным выздоровлением (после периода астении). Однако тяжелые делирии могут предшествовать развитию корсаковского синдрома, тогда улучшение наступает очень медленно — на протяжении нескольких месяцев и даже лет. Иногда вслед за острым психозом может выявиться психоорганический синдром.

При хронических интоксикациях неврозоподобные нарушения после прекращения действия токсичных агентов обычно постепенно на протяжении недель и месяцев сглаживаются. Интенсивное дезинтоксикационное и общеукрепляющее лечение ускоряет выздоровление. Психоорганические расстройства отличаются стойкостью. Если они дости-

9—1039 257

гают степени органического слабоумия, то становятся необратимыми. Когда картина ограничивается нетяжелыми нарушениями памяти и внимания, то они обычно поддаются длительному лечению.

Интоксикационные параноиды, мании и депрессии завершаются, если прекращается интоксикация. Если же они после этого продолжаются многие недели и месяцы, то речь идет скорее о спровоцированных эндогенных психозах.

* 1. Дифференциальный диагноз

При острых интоксикационных психозах в случае делирия дифференциальный диагноз проводится прежде всего с алкогольными психозами. Надо при этом иметь в виду, что при хроническом алкоголизме делирии могут быть вызваны другими токсичными веществами. Инфекционные делирии исключаются на основании соматической картины заболевания. При онейроиде окончательное заключение лучше делать после дезинтоксикации, чтобы исключить провокацию токсичным агентом онейроидной кататонии или оней-роидных состояний при шизоаффективных психозах. Токсическую природу оглушения, сопора, комы удается установить по имеющимся сведениям об отравлении или на основании исследования крови и мочи с целью обнаружения токсичных веществ. Спутанность чаще встречается при острых инфекционных психозах, но тогда она сопровождается повышением температуры тела, лихорадочным видом, лейкоцитозом, увеличением СОЭ. Острый паранойя всегда должен настораживать в отношении провокации шизофрении. О последнем свидетельствует появление признаков синдрома Кандинского — Клерамбо или затягивание параноида на несколько недель после дезинтоксикации. При маниакаль- ноподобных состояниях отличие от шизоаффективных и маниакально-депрессивного психозов возможно только на основании продолжительного наблюдения, так как и акрихин, и сероуглерод способны оказаться провокаторами этих психозов.

При хронических интоксикациях неврозоподобные расстройства, в отличие от неврозов, могут развиваться без психических травм и внутриличностных конфликтов. Однако хронические интоксикации делают личность менее устойчивой к психической травматизации и фрустрации, поэтому они в свою очередь могут играть роль провокаторов интоксикационных неврозоподобных расстройств, основной

258

причиной которых все же следует считать хроническое отравление. Психоорганический синдром можно признать вызванным интоксикацией, исключив другие причины (черепно- мозговые травмы, мозговые инфекции, опухоли и сосудистые заболевания мозга).

* 1. Лечение, профилактика, экспертиза

Лечение. Дезинтоксикация при острых психозах проводится с помощью средств и методов, описанных в пособиях по неотложной помощи при отравлениях и по токсикологии. Используются гемосорбция, гемодиализ, вливания глюкозы, мочегонные средства и др. При возбуждении и делирии лучше избегать применения нейролептиков (особенно аминазина, галоперидрла и тизерцина). При отравлении окисью углерода и барбитуратами они вообще противопоказаны.

Делирий, онейроид, психомоторное возбуждение лучше попытаться устранить транквилизаторами, например вливаниями сибазона (реланиум, седуксен). Также с транквилизаторов лучше начинать лечение интоксикационных па-раноидов и маний и лишь после интенсивной дезинтоксикации при надобности переходить к нейролептикам. При неврозоподобных и психоорганических расстройствах рекомендуется сочетать транквилизаторы, ноотропы и легкие стимуляторы (сиднокарб, настойки лимонника, женьшеня, заманихи, аралии, стрекулии, экстракты левзеи, родиолы, элеутерококка и др.). Используются повторные курсы дезинтоксикации и общеукрепляющие средства.

Хронические параноидные психозы лечат так же, как параноидную шизофрению. Затяжные лекарственные депрессии требуют использования антидепрессантов лишь в том случае, если вызвавшее их лекарство нельзя заменить другим (например, резерпи-новые препараты — клофелином). Тогда к аминазину или галоперидрлу добавляют мелипрамин, амитриптилин или пиразидол.

Профилактика интоксикаций на производстве составляет предмет гигиены труда и разработки предельно допустимых норм воздействия токсичных агентов. Ядовитые вещества, употребляемые в быту (например, инсектициды), должны храниться и использоваться в строгом соответствии с прилагаемыми инструкциями. Значительную

часть интоксикационных психозов составляют те, которые возникают при аддиктивном поведении — употреблении наркотиков,

9\*

259

галлюциногенов и других дурманящих средств. Профилактические меры здесь те же, что и при предупреждении наркоманий и токсикомании.

При назначении лекарств, способных вызвать интоксикационные психические расстройства, необходимо соблюдать осторожность. Лицам, склонным к депрессиям, эмоционально-лабильным, лучше не назначать препараты резерпина, допегит, аминазин, галоперидол. При лечении лепонексом, тизерцином, мелипрамином необходимо следить за появлением предделириозных предвестников.

Психиатрическая экспертиза в основном является трудовой. При выраженных психоорганических расстройствах бывает необходимым определение инвалидности. Связь этих расстройств с профессиональной вредностью устанавливается на основе их возникновения после острой интоксикации либо при хроническом воздействии токсических веществ, при исключении других факторов, способных вызвать эти расстройства (черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции, сосудистые заболевания мозга и др.).

Глава 18

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Ожог (combustio, ambustio) — повреждение тканей, вызванное действием высокой температуры, электротока, химических веществ или химических активных излучений. В связи с этим различают ожоги термические, электрические, химические и лучевые.

Наиболее часто встречаются термические ожоги.

Термические ожоги возникают при воздействии пламени, лучевой теплоты, раскаленных металлов и газов, горючих жидкостей.

“Ожог — травма, которая начинается с секунд ужаса, за которыми часто следуют годы страданий”. Эти слова D. Jackson (1965) очень точно характеризуют ожоговую болезнь. Ожоговая болезнь возникает в результате ожоговой травмы — такой обширной и глубокой раны, которая приводит к нарушению всех функций и систем организма, из-за чего самопроизвольное выздоровление невозможно.

Ожоговая болезнь нарушает все системы и функции организма, не только связанные с ожоговой раной, но и интактные органы.

260

Для одних систем и функций эти нарушения преходящи, для других длительны и часто необратимы (кожные покровы, нервная система).

Нарушения регуляторных механизмов и функций жизнеобеспечения, более отчетливо проявляющиеся при ожоговом шоке, свидетельствуют о том, что нервные механизмы и их нарушения являются ведущими.

Нервные механизмы, являясь пусковыми, не единственные, так как к ним сразу же присоединяются крово- и плазмопотери, токсические влияния как эндогенного, так и экзогенного характера (иммунологические, инфекционные), расстройства деятельности регуляторных и исполнительных органов и систем.

Воздействия ожога и ожоговой раны на центральную нервную систему массивны и полиморфны.

Нервно-психические расстройства в одних случаях преходящи и связаны только с определенным периодом ожоговой болезни, в других — обнаруживаются на всех этапах болезни, в третьих — сопровождают пострадавшего всю жизнь.

В развитии ожоговой болезни выделяют несколько периодов или этапов: шок, этап токсемии — септикотоксемии, реконвалесценции и отдаленных последствий ожоговой болезни.

* 1. Клинические проявления
     1. Психические нарушения в остром периоде
        1. Шок

Получение тяжелых ожогов приводит к развитию шока. Причиной шока являются процессы, происходящие в ожоговой ране: афферентная импульсация, образование токсичных веществ, перемещение белков, электролитов, воды. Эти процессы приводят к гипоксии, нарушениям обмена, интоксикации и инфекции, которые одновременно являются и механизмами церебральных нарушений и проявляются нервно-психическими расстройствами.

Нервно-психические расстройства в период шока однообразны и обусловлены не личностью пострадавшего, а выраженностью и периодом шока. Поэтому у детей, стариков и соматически ослабленных людей шок развивается быстрее и протекает тяжелее.

261

Для начального периода шока — эректильной фазы характерны обнубиляции сознания и речедвигатель-ное возбуждение, сопровождающееся в ряде случаев эйфорией и нарастанием рассеянной неврологической симптоматики. Наблюдаются глазодвигательные симптомы в виде пареза конвергенции, мидриаза или миоза, нистагма. У больных в этой фазе шока отмечаются повышение сухожильных рефлексов, легкие менингеальные симптомы, преимущественно белый дермографизм и тахикардия. При ухудшении физического состояния нарастает т о ρ π и д-н а я фаза шока. Усиливается заторможенность, адинамия, обнубиляции сменяются состоянием оглушенности, а в дальнейшем — сопором и комой. Более 70% больных в этой стадии шока погибают.

18,1.1.2. Токсемия — септикотоксемия

Следующий период токсемии — септикотоксемии начинается условно с 3—4-го дня после получения ожога. Условность границ связана с тем, что нарушения и изменения, возникшие в период шока, еще остаются.

Неврологические расстройства проявляются в нарастании менингеальных симптомов, головных болей, головокружений, тошноты и частой рвоты. Наблюдаются рассеянная неврологическая симптоматика и мышечная гипотония. Сухожильные и периостальные рефлексы повышены, часто асимметричны. Имеют место судорожные расстройства, чаще локальные и реже генерализованные.

Из психопатологических синдромов раньше всего появляется и наиболее стойко сохраняется астенический симптомокомплекс. Тяжесть астенических расстройств коррелирует с интоксикацией, особенно с такими признаками, как гипертермия, усиление тахикардии, тахипноэ, колебания артериального давления, чаще в сторону снижения.

Соматовегетативные проявления астенического синдрома в этот период ожоговой болезни разнообразны и массивны, но не подвергаются психической переработке.

В зависимости от выраженности интоксикации в периоде токсемии — септикотоксемии выделяют психические расстройства, протекающие на невротическом, субпсихотическом и психотическом уровне. Невротические расстройства исчерпываются различными вариантами астенических состояний. Субпсихотические изменения проявляются асте- 262

нической спутанностью, гипнагогическими галлюцинациями, оглушением.

Для психотического уровня расстройств характерны состояния с помрачением сознания: делириозные, делириоз-но-онейроидные и аментивные синдромы.

Субпсихотические и психотические состояния развиваются обычно на фоне выраженной астенической симптоматики, поэтому протекают стерто и атипично.

При улучшении физического состояния и уменьшении интоксикации субпсихотические и психотические расстройства редуцируются и больной начинает более адекватно оценивать случившееся: утрату трудоспособности, внешней привлекательности, крушение жизненных планов. Это приводит к формированию психогенных расстройств. Ведущим синдромом в это время у больных ожоговой болезнью является тревожно-депрессивный, который может проявляться на невротическом, субпсихотическом и психотическом уровне. Отмечено, что чем выраженнее астенический синдром, обусловленный интоксикацией, тем рудиментарнее психогенные расстройства.

Если больной выживает, то к концу второй и началу третьей недели общемозговые расстройства претерпевают обратную динамику, в неврологических проявлениях начинают доминировать локальные симптомы поражения центральной и периферической нервной системы: нарушения со стороны двигательных черепных нервов, анизорефлексия по гемитипу, патологические рефлексы, парезы и параличи, преобладание симпатического или парасимпатического тонуса.

В психопатологической картине начинает формироваться психоорганический синдром, включающий интеллектуаль-но-мнестические и аффективные расстройства, которые оцениваются как ожоговая энцефалопатия.

На выраженность психоорганического синдрома (триада Вальтер-Бюеля) оказывают влияние, кроме индивидуальных особенностей больного, выраженность ожоговой болезни, глубина и площадь кожных покровов, пострадавших при ожоге. В этом периоде выраженность аффективных и ин-теллектуально-мнестических расстройств колеблется, не удается отметить преобладание какой-либо симптоматики, поэтому этот этап определяется как недифференцированная ожоговая, энцефалопатия.

263

18.1.1.3. Реконвалесценция

Период реконвалесценции характеризуется полным отторжением некротических тканей, заполнением дефектов грануляциями, для него свойственны обменно-трофические нарушения и снижение реактивности организма. В этот период ожоговой болезни все, что раньше пугало больного, становится реальностью: ампутации, дефекты внешности, обезображивающие рубцы.

Психические расстройства этого периода характеризуются экзогенно-психогенной симптоматикой, которая формируется на фоне ожоговой энцефалопатии. У больных преобладают депрессивные и астенические расстройства, наряду с этим отмечаются характерологические нарушения по возбудимому, тормозному и апатическому типу. У части больных возникают сверхценные идеи отношения, которые склонны к генерализации, но отличаются нестойкостью и могут переходить в подозрительность и недоверчивость (субпсихотический уровень расстройств).

* + 1. Психические нарушения в отдаленном периоде (ожоговая энцефалопатия)

В отдаленном периоде наблюдаются характерные для других экзогенно-органических психических заболеваний состояния: астенические с неврозоподобными и невротическими симптомами, энцефалопатические с психопатоподоб-ными расстройствами и более или менее выраженными признаками психоорганического синдрома, эпилептиформ-ные припадки и другие пароксизмальные расстройства, органическое слабоумие. В этом периоде обычно сохраняется очаговая неврологическая симптоматика.

Отмечают, что у лиц, перенесших ожоги, появляется навязчивый страх перед огнем (Г. В. Николаев и В. Б. Гельфанд). Больные критически относятся к ним. Страхи сопровождаются выраженными вегетативными реакциями при необходимости выполнения действий, связанных с огнем. Навязчивые переживания имеют некоторые особенности: отсутствует переживание чуждости, нет ритуальной защиты и генерализации, характерно регре-диентное течение. Считают, что указанное своеобразие

страхов обусловлено астенической симптоматикой и энцефалопатией, которые препятствуют формированию более сложных расстройств. Вынужденное подавление страхов в

264

повседневной жизни, как правило, приводит к постепенному их исчезновению. Астенические (цереброастенические) расстройства редуцируются в течение нескольких лет после относительно нетяжелых ожогов, когда площадь поражения не превышала 12— 15% поверхности тела.

В клинической картине обычно преобладают истощае-мость, быстрая утомляемость, головные боли, головокружения, вегетативная лабильность, иногда вегетативные паро- ксизмальные состояния, чувствительность к метеофакторам, плохая переносимость как холодной, так и жаркой погоды. Компенсация состояния наступает медленно и в течение нескольких лет остается неустойчивой. При обезображивающих рубцах легко возникают сверхценные идеи отношения с субдепрессивной симптоматикой.

В отдаленном периоде происходит дальнейшее формирование клинических вариантов ожоговой энцефалопатии. Это связано с тем, что при ожоговой болезни органический процесс не завершается с исчезновением раневой поверхности, а продолжает развиваться и усложняться, о чем свидетельствуют показатели электроэнцефалографических исследований и компьютерной томографии мозга. С их помощью обнаруживаются очаги пароксизмальной активности, участки запустения, главным образом в передних отделах мозга, расширение желудочков, борозд и т. д.

По клинической картине энцефалопатии выделяют апатический: экплозивный, тормозимый и смешанный варианты ожоговой энцефалопатии.

В некоторых случаях ведущими в клинической картине бывают пароксизмальные расстройства — от развернутых генерализованных припадков до вегетативных пароксизмов и абсансов, изменения личности приобретают эпилептоид-ные черты. У других больных появляется паронойальная симптоматика, подозрительность и настороженность.

* 1. Патогенез

Ожоговая болезнь нарушает все системы (нервную, эндокринную, кровообращение и др.) и функции организма, не только непосредственно связанные с ожоговой раной, но и в интактных органах. Для одних систем нарушения преходящи, для других длительны и необратимы (кожные покровы, нервная система).

Нарушения регуляторных механизмов и функций жиз- 265

необеспечения, наиболее отчетливо проявляющиеся при ожоговом шоке, свидетельствуют, что ведущими являются нарушения нервных механизмов.

Нейрогенные механизмы при ожоге являются пусковыми, к ним присоединяются крово- и плазмопотери, экзогенные и эндогенные токрические влияния (инфекции, гетеро- и аутоантигены), расстройства деятельности регуляторных органов и систем.

Воздействия ожога на центральную нервную систему массивны и полиморфны. Кроме перевозбуждения (афферентная импульсация) ЦНС, важным патогенетическим звеном является гипоксия мозга, которая начинается раньше всего и связана с нарушениями кровообращения и водно-солевого обмена, к которым впоследствии присоединяется вторичная гипоксия (из-за нарушений внешнего дыхания).

Нарушения кровообращения вначале характеризуются спазмом сосудов, что приводит к первичной ишемии мозга, а гемоконцентрация и нарушения водного обмена — к отеку мозга, т. е. вторичной ишемии мозга.

Ожоговая рана приводит вначале к аутоинтоксикации (продукты распада белков), к которой присоединяется вторичная интоксикация — инфекционная.

Эти нарушения приводят не только к преходящим нервно-психическим расстройствам, так как гипоксия, ишемия мозга, сосудистые нарушения на начальных этапах вызывают астению, делириозные и другие психические нарушения, но и к необратимым расстройствам психической деятельности в виде ожоговой энцефалопатии (гибель нервных клеток, приводящая к расширению борозд головного мозга, системы желудочков, появлению очагов пониженной плотности (по данным компьютерной томографии, ЭЭГ).

* 1. Распространенность и прогноз

По данным ВОЗ, ожоги занимают третье, а в некоторых странах — второе место по частоте среди прочих травм. Около 60 тыс. человек ежегодно в мире погибают от ожогов. Выраженность и частота психических нарушений зависят от глубины и обширности поражения. При глубоких ожогах, занимающих свыше 15% поверхности кожи, психические нарушения встречаются у 85—90% больных.

С увеличением тяжести ожоговой болезни возрастает число больных с психическими нарушениями. В 56% случаев обычно наблюдается психотическая симптоматика и в 266

44% — расстройства на невротическом уровне (С. В. Кряжев).

В отдаленном периоде психические нарушения наблюдаются у каждого шестого пострадавшего.

Расстройства психической деятельности в отдаленном периоде ожоговой болезни оцениваются как ожоговая энцефалопатия (Г.В.Николаев, В. Б. Гельфанд).

Прогноз при ожоговой болезни зависит от площади и глубины поражения кожи. При ожогах, превышающих 15% поверхности тела, степени ΠΙΑ и более глубоких, в отдаленном периоде формируется ожоговая энцефалопатия. При ожогах площадью более 50% поверхности тела часто можно наблюдать апатический вариант ожоговой энцефалопатии, по выраженности интеллектуально-мнестических расстройств приближающейся к органическому слабоумию.

При менее обширных и глубоких поражениях прогноз обусловлен ущербом, который нанесен личности ожогом. При обезображивающих рубцах на лице снижение трудоспособности бывает обусловлено психическими расстройствами.

* 1. Лечение

Лечение психических нарушений при ожоговой болезни проводится с учетом этапа ее развития и клинических проявлений на каждом этапе. При делириозных расстройствах необходимо назначать большие дозы транквилизаторов — до 30—40 мг/сут седуксена внутримышечно. При психотической и субпсихотической бредовой симптоматике назначаются нейролептики (галоперидол в дозах 5,0—6,0 мг сут, эта-перазин — 20,0— 30,0 мг/сут и др.), при депрессиях — антидепрессанты в сравнительно небольших дозах, например амитриптилин до 100 мг/сут, пиразидол — 100—150 мг/сут.

Для профилактики тяжелых вариантов ожоговой энцефалопатии на ранних этапах болезни назначаются ноотропы до 3,4—4,0 гр/сут последовательными курсами и препараты, улучшающие Микроциркуляцию крови в головном мозге (трентал, кавентон и др.).

* 1. Экспертиза

Трудоспособность больных определяется не только физическими нарушениями (рубцы, деформации, ампутации), но и выраженностью психических расстройств. При ожого- 267

вой энцефалопатии больные, как правило, ограничено трудоспособны, при апатическом варианте чаще признаются инвалидами II группы.

Судебно-психиатрическое экспертное решение зависит от тяжести психических нарушений. При психотических и субпсихотических расстройствах больные обычно признаются невменяемыми.

Глава 19

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОБЩИХ И МОЗГОВЫХ ИНФЕКЦИЯХ И СПИДЕ

* 1. Психические нарушения при инфекциях

Инфекционные психозы — группа психических заболеваний, причиной которых являются инфекции.

Психические нарушения при инфекциях зависят от природы инфекционного заболевания, особенностей реагирования на болезнь центральной нервной системы, а также от локализации болезненного процесса. Важное значение в понимании сущности и происхождения инфекционных психозов сыграла концепция Бонгѐффера об экзогенном типе реакции.

Психические расстройства возникают как при многих общих инфекциях, так и при инфекциях центральной нервной системы. Разделение психических расстройств при инфекционных заболеваниях на так называемые симптоматические — при общих инфекциях, и органические — при интракраниальных, непосредственно поражающих головной мозг ифекциях, весьма относительно. Это обусловлено тем, что общие инфекции при неблагоприятном течении на определенном этапе могут поражать головной мозг, приобретая практически клиническую картину интракраниальных инфекций.

* + 1. Клинические проявления
       1. Психические нарушения при общих инфекциях

В основе инфекционных психозов лежат прежде всего психопатологические расстройства, относящиеся к так называемым экзогенным типам реакции (К. Бонгѐффер): делирий, аменция, сумеречное состояние сознания, эпилеп-

268

тиформное возбуждение, галлюциноз. Они протекают в следующих формах:

1. транзиторных психозов, исчерпывающихся синдрома ми помрачения сознания: делирий, аменция, оглушение, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное воз буждение), онейроид;
2. затяжных (протрагированных, пролонгированных) психозов, протекающих без нарушения сознания (переход ные, промежуточные синдромы), к которым относятся гал люциноз, галлюцинаторно-параноидное состояние, апати ческий ступор, конфабулез;
3. необратимых психических расстройств с признаками органического поражения центральной нервной системы — корсаковский, психоорганический синдромы.

Транзиторные психозы. Эти психозы скоропроходящи и не оставляют никаких последствий.

Делирий — один из синдромов нарушения сознания, самый распространенный тип реагирования центральной нервной системы на инфекцию, особенно в детском и молодом возрасте. Делирий может иметь особенности, зависящие от характера инфекции, возраста больного, состояния его центральной нервной системы.

При инфекционном делирии сознание больного нарушено, он не ориентируется я окружающем, однако иногда на короткоре время удается привлечь внимание больного. На этом фоне возникают обильные зрительные иллюзорные и галлюцинаторные переживания, страхи, идеи преследования. Делирий усиливается к вечеру. Больные видят сцены пожара^ габел^Г "Людей, "разрушения. Им кажется, что они совершают путешествия, попадают в страшные катастрофы. Поведение и речь обусловлены галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. В формировании галлюцинаторно-бредо- вых переживаний при инфекционном делирии большую роль играют болезненные ощущения в различных органах (больному кажется, что его четвертуют, ампутируют ногу, простреливают бок и т. д.). В ходе психоза может возникнуть симптом двойника.

Больному кажется, что рядом с ним находится его двойник. Довольно часто развивается профессиональный делирий — больной выполняет действия, привычные для его работы. Инфекционный делирий при различных инфекциях имеет свои особенности.

Аменция — другой довольно часто встречающийся вид реагирования на инфекцию, при котором имеет место глу-

269

бокое помрачение сознания с нарушением ориентировки в окружающем и собственной личности. Обычно развивается в связи\_с тяжелым соматическим состоянием. В картину аменцйй входят нарушение сознания, резкое психомоторное возбуждение, галлюцйнЯтОрНЫѐГ переживания. Аменции свойственна бессвязность^мышдения (инкогеренция), речи и растерянность. Возбуждение довольно однообразное, ограниченное пределами постели. Больной беспорядочно мечется из стороны в сторону (яктация), вздрагивает, вытягивается, но иногда стремится куда-то бежать, испытывает страх. Такие больные нуждаются в строгом надзоре и уходе.

Онейроидные состояния характеризуются отрешенностью больных от окружающего, драматичностью возникающих в воображении фантастических событий. Больные находятся либо в ступоре, либо двигательно бе^локойны, возбуждены, суѐтливы7Тревожны, испытывают страх. Аффективное состояние крайне неустойчиво. Иногда при сохранении правильной ориентировки у больных возникает непроизвольное фантазирование. Подобное состояние с отрешенностью, заторможенностью, аспонтанностью определяется как онейроидноподобное. Делириозно-онирические (сновидные) состояния содержат сновидные расстройства, нередко со сказочно- фантастической тематикой. Больные при этом являются активными участниками событий, испытывают тревогу, страх, ужас.

Значительно реже к транзиторным психозам относятся амнестические расстройства в виде кратковременной ретроградной или антероградной амнезии: на какое-то время из памяти исчезают события, которые предшествовали заболеванию или имели место после острого периода болезни. Инфекционный, психоз сменяется астенией, которая определяется как эмоционально-гиперестетическая слабость. Этот вариант астении характеризуется раздражительностью, плаксивостью, резкой слабостью, непереносимостью звуков, света и т. д.

Затяжные (протрагированные, пролонгированные) психозы. Ряд общих инфекционных заболеваний при неблагоприятных обстоятельствах может приобретать затяжное и даже хроническое течение. Психические расстройства нередко с самого начала протекают без помрачения сознания в виде так.называемых переходных симптомов. Заканчиваются протрагированные психозы обычно длительной астенией, а в ряде случаев — корсаковским или психоорганическим синдромом.

270

Клиническая картина протрагированных инфекционных психозов довольно изменчива. Депрессивно-бредовое состояние может смениться маниакально^эйфорическим с повышенным настроением, говорливостью. В дальнейшем могут появиться идеи преследования, ипохондрический бред, галлюцинаторные переживания. Конфабуляции при переходных психозах встречаются реже. Психопатологические расстройства сопровождаются выраженным астеническим синдромом с явлениями раздражительной слабости, а также нередко депрессивно-ипохондрическими расстройствами.

Необратимые психические расстройства. В основе этой патологии лежит органическое поражение головного мозга, клиническими проявлениями которого могут быть психоорганический и корсаковский синдромы. Они носят необратимый характер, наиболее часто~возникают при интракра-ниальных инфекциях или при общих инфекциях, сопровождающихся церебральным поражением.

В последние десятилетия наряду с инфекционными заболеваниями существенный патоморфоз претерпели и психические нарушения. Психотические формы уступили место симптоматике пограничного круга нарушений психики. Являясь стержневым, астенический синдром сопровождается выраженными вегетативными расстройствами, сенестопати-чески-ипохондрическими, навязчивыми явлениями, нарушениями сенсорного синтеза. Аффективная патология проявляется в виде преобладания депрессивных расстройств, нередко с дисфорическим оттенком — с тоскливостью, злобностью, раздражительностью. При затяжном течении болезни формируются личностные сдвиги, меняется характер, появляются возбудимость либо черты неуверенности в себе, тревожности, мнительности. Эта симптоматика может быть достаточно стойкой.

При ряде инфекций психические нарушения имеют некоторые особенности, которые в свою очередь могут являться диагностическими.

Характер психических расстройств при скарлати-н е зависит от формы болезни и ее течения. При легкой форме болезни уже на второй день вслед за кратковременным возбуждением развивается астеническая симптоматика. При среднетяжелой и тяжелой формах скарлатины астения у детей первые 3—4 дня сочетается с легкой оглушенностью. При тяжелых" формах скарлатины возможно развитие психозов преимущественно в виде делирия и онейроида с периодически усиливающимися галлюцинациями с фантасти-

271

ческим содержанием. При этом психоз имеет волнообразное течение, с быстрой сменой настроения. У ослабленных, часто болеющих детей при стертых атипичных формах скарлатины психоз может развиться на 4—5-й неделе.

Астенические расстройства после скарлатины являются почвой для формирования у детей невротических реакций. Токсическая и септическая форма скарлатины могут осложняться органическим поражением головного мозга в виде энцефалитов, менингитов. В этих случаях в отдаленном периоде возможно развитие эпилептиформного синдрома, снижение памяти, интеллекта, изменений личности с нарастанием эксплозивности. При токсической форме скарлатины, сопровождающейся отеком мозга, возможна кома.

Септическая форма скарлатины на 3—5-й неделе болезни может осложниться эмболией мозговых сосудов с явлениями гемиплегии.

Рожистое воспаление сравнительно редко сопровождается развитием психических расстройств. При остром течении болезни на высоте лихорадки на фоне астенической симптоматики может развиваться транзиторный психоз в виде абортивного, обычно гипнагогического, делирия. При вялом или затяжном течении рожистого воспаления может развиваться аментивное состояние. Этот синдром возникает, как правило, вслед за кратковременным гипо-маниакальным состоянием с эйфорией. При затяжном течении болезни могут возникать психозы без нарушения сознания.

Среди промежуточных или переходных синдромов при роже чаще встречаются астенодепрессивный, астеноипохон-дрический, гипоманиакальный.

При тяжелом течении инфекции, развитии флегмоны возможно кататоноформное состояние.

Прогноз транзиторных и пролонгированных психозов при роже благоприятный. При кишечных инфекциях психические нарушения включают в себя астенические расстройства с плаксивостью, тоской, тревогой.

Брюшной тиф сопровождается астенией, адинамией, бессонницей, устрашающими гипнагогическими галлюцинациями, нередко тревогой, страхом.

Наиболее тяжелой формой малярии является тропическая малярия. Инфекция, вызываемая Plasmodium falciparum, сопровождается симптомами, указывающими на поражение мозга. Такие случаи заболевания относятся к

272

церебральной форме малярии. При появлении даже слабовыраженных психических расстройств без каких-либо неврологических симптомов принято говорить о церебральной форме. Опасны злокачественные коматозная и апоплексическая разновидности церебральной малярии.

Расстройство сознания развивается постепенно или очень быстро: внешне совершенно здоровый человек внезапно теряет сознание, иногда при нормальной температуре. Смерть может наступить через несколько часов. Нередко коматозному состоянию предшествуют различные симптомы инфекционного заболевания или же только усиление головной боли. Кома может возникнуть после делирия или сумеречного помрачения сознания, реже — после эпилептиформных припадков.

Судорожный синдром представляет собой существенное проявление церебральной малярии. Важным для диагностики этой формы болезни признаком является ригидность мышц затылка, иногда паралич глазных мышц, другие формы поражения черепных нервов, моноплегия, гемиплегия, нарушения координации движений и гиперкинезы.

Прогноз при коматозной форме очень серьезный. Кроме оглушения и делирия, при церебральной форме малярии могут возникать сумеречное помрачение сознания и амен- ция. Малярийные психозы продолжаются несколько дней и даже недель.

При гриппе психические расстройства наблюдаются во время эпидемий.

Психозы развиваются на высоте инфекции через 2—7 дней, реже — 2 нед после падения температуры тела. При развитии психоза в остром периоде отмечается нарушение сознания со зрительными галлюцинациями. При постгриппозном психозе равиваются аффективные расстройства, страхи. У детей появляются головные боли, анорексия, бра- дикардия, глубокая астения с расстройствами сна, психосенсорными нарушениями, страхами, болью в сердце, угнетенностью. Иногда имеют место тоскливое возбуждение, бред самообвинения. Астения может сопровождаться выраженными вегетативными расстройствами.

При кори нередко развивается ночное делириозное возбуждение (лихорадочный бред). Иногда делирий развивается и днем, появляется двигательное беспокойство с внезапным плачем, криком. При кори, так же как и при скарлатине, делирий часто развивается у взрослых. При осложнении кори энцефалитом появляются судороги, пара-

273

личи, нередко развиваются оглушение, спячка. Формирующийся психоорганический синдром сопровождается развитием психопатоподобных изменений.

Клиника психических нарушений при свинке мало отличается от психической патологии при скарлатине и кори. Осложнением свинки может быть менингоэнцефалит, сопровождающийся тяжелым оглушением, сопором и даже комой. При этом возможны также припадки, гиперкинезы, параличи.

При пневмонии возможны делириозные эпизоды в вечернее и ночное время, сонливость днем может сопровождаться йарэйдолическими иллюзиями.

У больных хроническим алкоголизмом пневмония может способствовать развитию белой горячки.

Психические нарушения при ревматизме более 100 лет привлекают к себе внимание. В. Гризингер описал меланхолию и ступор при этом заболевании.

Ведущим в клинической картине психических нарушений при ревматизме является астенический синдром, который правильнее называть церебрастенией (Г. А. Сухарева). К особенностям ревматической церебрастении относится триада двигательных, сенсорных и эмоциональных расстройств.

Наряду с замедленностью движений появляется наклонность к гиперкинезам — насильственным движениям.

Среди сенсорных расстройств чаще наблюдаются нарушения оптических восприятий: раздвоение предметов, изменение их размеров и формы, появление тумана, разноцветных

шариков и полос. Предметы кажутся очень далекими или, наоборот, очень близкими, большими или маленькими. Имеют место вестибулярные расстройства. Иногда нарушается восприятие собственного тела.

К эмоциональным расстройствам относятся подавленность, колебания настроения, тревога, страхи. Часто возникают расстройства сна. У ряда больных появляются нарушения поведения в виде расторможенности, двигательного беспокойства. Нередко при ревматизме развиваются стойкие фобии, истерические реакции.

При затяжном течении болезни возникают сумеречные расстройства сознания, эпилептиформные синдромы. К тяжелым нервно-психическим расстройствам при ревматизме относится ревматическая церебропатия с более грубым нарушением интеллектуальной работоспособности. Ревматические психозы характеризуются онейроидными расстройствами, депрессией с приступами тоски, тревоги, страха. 274

Хронические психозы характеризуются делириозными состояниями. На более ранних этапах болезни отмечаются аффективная неустойчивость, повышенная истощаемость, вялость, адинамия. Реже развиваются тревожно-депрессивное и маниакальное состояния.

* + - 1. Психические нарушения при мозговых инфекциях

Психические расстройства при острых инфекциях центральной нервной системы наблюдаются как в острой стадии заболевания, так и в отдаленном периоде в виде более или менее стойких последствий.

Клинические варианты нейроинфекции разнообразны. Это разнообразие зависит не только от особенностей нозологической природы инфекций, но и от места действия патологических факторов — в мозговых оболочках либо в веществе мозга (менингиты, энцефалиты, менингаэнцефа-литы), способа проникновения в мозг (первичные и вторичные формы), характера патологического процесса (менингиты — гнойные и серозные, энцефалиты — альтерйа-тивные и пролиферативные).

Энцефалиты. К энцефалитам относятся воспалительные заболевания головного мозга различной этиологии.

Различают .первичные энцефалиты, являющиеся самостоятельными заболеваниями (клещевой, комариный, лошадиный энцефалиты, летаргический энцефалит Экономо), и вторичные, развивающиеся на фоне какой-либо общей инфекции энцефалиты.

Энцефалиты подразделяют на энцефалиты с преимущественным поражением белого вещества головного мозга — лейкоэнцефалиты, с преимущественным поражением серого вещества — полиэнцефалиты, энцефалиты, при которых поражается как белое, так и серое вещество головного мозга, — панэнцефалиты.

Картина психических расстройств при энцефалитах складывается из острых психозов с помрачением сознания, протекающих по типу “экзогенного типа реакций”, так называемых переходных синдромов с аффективными, галлюцинаторными, бредовыми и кататоноподобными проявлениями, а также психоорганического и корсаковского синдромов.

Эпидемический энцефалит. Эпидемический энцефалит (летаргический энцефалит, энцефалит Экономо) относится к вирусным инфекциям.

275

Различают острую и хроническую стадии эпидемического энцефалита. Встречаются случаи, при которых острая стадия протекает бессимптомно, а заболевание проявляется только симптомами хронической стадии.

Острая стадия заболевания характеризуется внезапным появлением или развивается после непродолжительных продромальных явлений с нерегулярной лихорадкой. Для этого периода характерным является нарушение сна, причем чаще наблюдается сонливость, поэтому эпидемический энцефалит называется иногда иначе — сонным, или

летаргическим. В значительной части случаев сонливость преобладает с самого начала, но чаще следует за делириозными или гиперкинетическими расстройствами. Сонливость следует отличать от оглушения в результате повышения внутричерепного давления.

В некоторых случаях, наоборот, имеет место стойкая бессонница. Острая стадия болезни продолжается от 3—5 нед до нескольких месяцев и может сопровождаться психотическими расстройствами, выраженными в делириозной, аментивно-делириозной и маниакальной формах.

При делириозной форме нарушение сознания может предшествовать неврологическим нарушениям. К неврологическим расстройствам на этой стадии болезни относятся парезы глазодвигательного и особенно отводящего нервов, диплопия, птоз. К особенностям делирия относятся галлюцинации то грезоподобного или устрашающего характера, то элементарные (молния, свет); развиваются также элементарные слуховые галлюцинации (музыка, звон), реже — вербальные и тактильные обманы (жжение).

Галлюцинации отражают события прошлого. Нередко развивается профессиональный делирий. Возможно развитие бредовых идей. Характерно, что делириозная форма часто наблюдается на фоне выраженных других токсических проявлений (повышенная температура тела, резкие гиперки-незы, вегетативные симптомы), а при тяжелом течении заболевания возможен мусситирующий делирий. В некоторых случаях делириозная форма принимает злокачественный характер с проявлением синдрома “острого бреда”.

Возбуждение при этом достигает максимальной выраженности, речь становится совершенно спутанной, и больные погибают в состоянии наступающей комы.

Аментивно-делириозная форма вначале характеризуется появлением картины делирия, которая через несколько дней сменяется аментивным синдромом. Эта форма длится 276

до з—4 нед и, так же как и делириозная форма, кончается исчезновением психопатологических симптомов с последующей более или менее продолжительной астенией. Реже у больных развивается онейроидное состояние.

Маниакальная форма характеризуется проявлением признаков маниакального синдрома. Исход острой стадии бывает различным. В периоды эпидемий около трети больных умирают на этом этапе болезни. Возможно и полное выздоровление, но чаще оно бывает кажущимся, так как через несколько месяцев или лет выявляются симптомы хронической стадии.

Между острой и хронической стадиями чаще всего наблюдаются резидуальные расстройства.

Наиболее характерными для хронической стадии являются различные проявления паркинсонизма. Появляется ригидность мышц, которая выражается в своеобразной позе больного с приведенными к туловищу руками и несколько подогнутыми коленями. Очень характерно также появление постоянного дрожания, особенно рук. Все движения замедленны, что особенно проявляется при выполнении произвольных актов. При попытке двигаться больной падает назад или вперед и в стороны — ретропульсия, антеропульсия и латеропульсия. В этой стадии все более выраженными становятся и изменения личности, проявления которых описаны в литературе под названием “брадифрения”. Этим термином обозначают синдром, включающий в разных сочетаниях значительную слабость побуждений, снижение инициативы и спонтанности, безразличие и безучастность. Паркинсоническая акинезия может внезапно прерываться кратковременными очень быстрыми движениями. Наблюдаются и пароксизмальные расстройства (судороги взора, насильственные приступы крика — клазомания, эпизоды сно-видного помрачения сознания с онейроидными переживаниями). Описаны и относительно редкие случаи галлюцинаторно-параноидных психозов, изредка даже с синдромом Кандинского — Клерамбо, а также затяжные ка-татонические формы.

В основе острой стадии лежат сосудисто-воспалительный и инфильтративный процессы в сером веществе головного мозга. Хроническая стадия сопровождается дегенеративными изменениями в нервных клетках и вторичным разрастанием глии.

Клещевой (весенне-летний) энцефалит, вызывающийся нейротропным фильтрующимся вирусом и пе-

277

реносящийся иксодовыми клещами, и комариный (летне-осений) энцефалит, вызывающийся также ней-ротропным фильтрующимся вирусом, но переносящийся комарами, как и эпидемический энцефалит, протекают с острой и хронической стадиями. Клинические проявления немногим отличаются от таковых при эпидемическом энцефалите. Так, в острой стадии наблюдаются проявления синдромов помраченного сознания.

В хронической стадии для клещевого энцефалита наиболее характерным является синдром кожевниковской эпилепсии, а также другие пароксизмальные расстройства (психосенсорные нарушения, сумеречные расстройства сознания, случаи, напоминающие “хореическую падучую” В. М. Бехтерева).

Бешенство — наиболее тяжелый энцефалит, относящийся также к первичным, всегда протекающий с психическими расстройствами. Клиническая картина бешенства типична. Различают три стадии. Первая (продромальная) стадия выражается в чувстве общего недомогания, подавленности. Нередко уже в этой стадии повышена чувствительность к разным раздражениям, главным образом к малейшему дуновению воздуха (аэрофобия).

Вторая стадия начинается с повышения температуры тела и головных болей. Нарастают двигательное беспокойство и ажитация. Больные становятся депрессивными, испытывают страх смерти, уверены в неминуемой кончине. Характерна водобоязнь (гидрофобия).

Даже представление о воде вызывает у больного судорожные спазмы в гортани, развивается состояние удушья, сопровождающееся иногда двигательным возбуждением. В этой стадии у больных часто наблюдают делириозные и аментивные состояния. У них нередко встречаются судороги, расстройства речи, повышенная саливация, тремор.

В третьей стадии (паралитической) наступают парезы и параличи конечностей. Усиливаются нарушения речи. Нарастает состояние оглушенности, переходящее в сопор. Смерть наступает при явлениях паралича сердца и дыхания. Течение болезни у детей более быстрое и катастрофическое, продромальная стадия более короткая.

Лейкоэнцефалит (описанный Шильдером в 1912 г.) — “диффузный периаксиальный склероз”. Болезнь начинается постепенно с астенической симптоматики, ухудшения памяти, нарушения речи (афазия, дизартрия), моторной неловкости.

278

В дальнейшем пропадают навыки самообслуживания, опрятности, нарастает деменция. В отдаленном этапе появляются гиперкинезы, децеребрационная ригидность, развивается кахексия.

Вторичные энцефалиты, развивающиеся на почве общих инфекций, протекают примерно по тем же законам, что и первичные, но каждая из инфекции имеет свою характерную клинику доэнцефалитического периода.

Что касается психических расстройств при вторичных энцефалитах, то они мало чем отличаются от таковых при первичных энцефалитах.

Менингит — это воспаление оболочек головного и спинного мозга. Чаще встречается лептоменингит — воспаление мягкой и паутинной мозговых оболочек. Менингит наиболее часто отмечается у детей раннего возраста.

Возбудителями менингита могут быть разнообразные патогенные микроорганизмы, различные вирусы, бактерии и простейшие.

В продромальном периоде менингита отмечается астеническая симптоматика. На высоте болезни в основном наблюдаются состояния помрачения сознания.

Психические нарушения при менингитах могут быть неодинаковыми в зависимости от того, о каком менингите идет речь — о гнойном или серозном. Так, при эпидемическом цереброспинальном менингококковом гнойном менингите в остром периоде преобладаем оглушение с эпизодами делириозного и аментивного помрачения сознания, в наиболее тяжелых случаях возможно развитие сопорозного и коматозного состояний.

В группе серозных менингитов (менингоэнцефалитов) наиболее четко выраженные психические расстройства могут наблюдаться при туберкулезном менингите. В остром периоде оглушение может чередоваться с кратковременными делириозно-онейроидными эпизодами, образными фантастическими переживаниями, зрительными и слуховыми галлюцинациями, деперсонализационно-де-реализационными расстройствами, ложным узнаванием близких.

В катамнезе (после комплексного лечения) сохраняются астения, эмоциональная возбудимость, лабильность, обидчивость, колебания настроения, реже имеют место психомоторная расторможенность, бестактность, грубость, патология влечений, снижение критики при формальной сохранности интеллекта, реже интеллектуальный дефект,

279

грубые нарушения эмоционально-волевой сферы (утрата привязанности к близким, отсутствие чувства стыда).

У некоторых больных через несколько лет в пубертатном возрасте появляются депрессивно-дистимические и маниакальные эпизоды. Обращает на себя внимание приступообразное течение психозов.

Серозный менингит при эпидемическом паротите нередко сопровождается выраженной сонливостью, вялостью, психосенсорными расстройствами без выраженных явлений помрачения сознания.

При стихании острого периода менингита могут развиваться переходные синдромы, длящиеся от 1 нед до 3 мес.

* + - 1. Особенности течения общих и мозговых инфекционных психозов у детей У детей при грубых воздействиях инфекционной патологии нередко развивается

состояние оглушения, затем сопор и кома. К особенностям детского возраста относится также частота предделириозных состояний: раздражительность, капризность, тревога, беспокойство, повышенная чувствительность, слабость, поверхностность восприятия, внимания, запоминания, нередко возникают гипнагогические иллюзии и галлюцинации. Важнейшая роль принадлежит возрастной реактивности. Дети до 5 лет более чувствительны к токсическим воздействиям. У них чаще развиваются судорожные состояния, гиперкинезы. Продуктивная симптоматика в этой возрастной группе очень редка и проявляется в двигательном возбуждении, заторможенности, рудиментальных делириозных состояниях, иллюзиях.

У детей в постинфекционном состоянии наряду с астенией могут возникать страхи, психопатоподобные расстройства, пуэрильные формы поведения, снижение памяти на текущие события. У детей преддошкольного возраста под влиянием тяжелой интоксикации может произойти задержка физического и психического развития.

Астенические расстройства являются почвой для формирования невротических реакций. При эпидемическом энцефалите у детей и подростков формируются психопатоподобные расстройства, импульсивное двигательное беспокойство, расстройства влечений, дурашливость, асоциальное поведение, неспособность к систематической умственной деятельности при отсутствии де-

280

менции. Перенесенный в детстве энцефалит влечет за собой развитие психопатоподобной симптоматики с назойливостью, адинамическими расстройствами, иногда повышение влечений к пище, гиперсексуальность. Наступает задержка умственного развития, хотя выраженной деменции не бывает. Подобные расстройства имеются при других энцефалитах. При менингитах у детей младшего возраста преобладают вялость, адинамия, сонливость, оглушение с периодами двигательного беспокойства. Возможны судорожные пароксизмы.

* + 1. Этиология и патогенез

Психозы в течении общих инфекционных заболеваний и внутримозговых инфекций возникают не всегда. В развитии психозов принимает участие большое количество факторов, удельный вес которых не всегда ясен. Развитие психоза в значительной степени зависит от особенностей инфекции. При таких заболеваниях, как сыпной тиф, бешенство, психозы развиваются всегда. Другие инфекционные заболевания (дифтерия, столбняк) значительно реже сопровождаются психическими расстройствами. Существует точка зрения, что острые психозы с помрачением сознания развиваются при воздействии интенсивных и непродолжительных вредных факторов, протрагированные же психозы, близкие по клинической картине к эндоформным, возникают при длительном воздействии этих факторов (Э. Кре-пелин). Важную роль в развитии психоза играет возраст больного. У пожилых людей инфекционные психозы протекают абортивно, в то время как у детей они отличаются большой остротой. Женщины чаще подвержены инфекционным психозам. Стойкие необратимые психические нарушения при инфекционных заболеваниях определяются морфологическими изменениями в головном мозге.

Клиническая картина психических расстройств отражает степень интенсивности > и прогредиентности поражения головного мозга. В основе эпидемического энцефалита лежат сосудисто-воспалительный и инфильтративный процессы в сером веществе головного мозга. Хроническая стадия сопровождается дегенеративными изменениями в нервных клетках и вторичным разрастанием глии. В основе лейкоэнцефалита лежит атрофия белого вещества больших полушарий мозга.

Возбудителями энцефалитов являются различные вирусы, бактерии, риккетсии, грибы, простейшие, гельминты.

281

* + 1. Диагностика

Диагноз инфекционного психоза может быть установлен лишь при наличии инфекционного заболевания, а клиническая картина психоза соответствует эндогенному типу реакций — острых и пролонгированных.

Острые психозы с синдромами нарушенного сознания развиваются на фоне острых инфекционных заболеваний. Протрагированные психозы характерны для подострого течения.

Дифференциальный диагноз. Инфекционные психические нарушения необходимо отличать от других психических заболеваний. Прежде всего инфекционные болезни могут стать условием развития или обострения эндогенных психозов (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз). Кроме того, ряд психопатологических расстройств при инфекционных заболеваниях может вызвать большие диагностические трудности.

Наибольшего внимания в этом отношении заслуживает аментивное состояние при тяжелом инфекционном заболевании, которое необходимо дифференцировать с кататони- ческим синдромом при шизофрении. Кататонию характеризуют подвижность, резкая импульсивность, негативистич-ность, высокопарность содержания высказываний больных, причудливость речи, аллегоричность. При успокоении в случае кататонии появляются негативистическая недоступность и усиление импульсивности при утяжелении болезненных проявлений.

Возбуждение при аменции ограничивается пределами постели. Облик и поведение больных свидетельствуют о беспомощности. Речь при аменции бессвязная. Больные говорят то оживленно, то тон их речи становится плачущим. Временное успокоение аменции сменяется так называемой адинамической депрессией (Странский).

Не меньшую сложность представляет дифференциация переходных, промежуточных синдромов, весьма близких к эндогенным психозам.

Сквозной астенический синдром, на фоне которого возникает психоз, развитие последнего после одного из синдромов нарушенного сознания, а также смена психоза к вечеру делирием дают основание диагностировать переходный синдром инфекционного происхождения. В пользу правильности диагноза говорит корреляция соматического и психического состояния.

282

Утяжеление психического расстройства при улучшении соматического состояния, а также развитие психической патологии после окончания соматического заболевания или сохранение психических нарушений на длительный период после окончания инфекционного заболевания дают основание усомниться в наличии инфекционного психоза.

Патоморфоз как самих инфекционных заболеваний, так и развивающихся при них психических нарущений требует дифференциации неврозо- и психопатоподобных расстройств при инфекциях от психогений и психопатий. От неврозов пограничную психическую симптоматику при инфекциях можно дифференцировать на основании отсутствия непосредственной психической травмы и наличия клинических проявлений инфекционного заболевания. Для диагноза психопатии должны быть данные о наличии психопатии до начала инфекционного заболевания.

* + 1. Распространенность инфекционных психозов

Данные о частоте инфекционных психозов за последние 40—60 лет колеблются в зависимости от периодов, в которые проводились статистические исследования, и от взглядов на диагностику этой патологии. В довоенный период больные инфекционными психозами составляли в различных районах бывшего СССР 2—3% от числа всех поступавших в психиатрические больницы, хотя в некоторых больницах этот процент превышал 12. В годы Великой Отечественной войны процент инфекционных психозов увеличился до 5—6. Его снижение последовало в послевоенные годы — до 2,8%. В 60-х годах частота этой патологии снизилась до 1,2%. В последние десятилетия в результате значительного снижения частоты инфекционных заболеваний отмечается дальнейшее уменьшение в психиатрических больницах больных с инфекционными психозами.

* + 1. Прогноз

Острые инфекционные психозы обычно проходят бесследно. Однако после инфекционных заболеваний, сопровождающихся острыми симптоматическими психозами, наблюдается состояние эмоционально-гиперестетической слабости с выраженной астенией, лабильностью аффекта, непереносимостью громких звуков, яркого света. В неблагоприятных случаях инфекционный делирий протекает с глубоким по-

283

мрачением сознания, резко выраженным возбуждением, принимающим характер беспорядочного метания (мусситирую-щий делирий), и заканчивается летально. Прогностически неблагоприятным является сохранение подобного состояния при падении температуры тела. Протрагированные психозы могут приводить к изменениям личности по органическому типу. Так, токсическая и септическая формы скарлатины могут осложняться энцефалитом или менингитом. Особенности течения психоза и его исход зависят от возраста заболевшего и состояния реактивности организма.

Прогноз энцефалитов чаще неблагоприятный. Снижается трудоспособность, появляется психопатизация с асоциальными формами поведения. Иногда отмечается шизофрено- подобная симптоматика.

При менингитах нередко наряду с развитием психопа-топодобных расстройств с расторможенностью, патологией влечений имеют место интеллектуально-мнестические нарушения, судорожные пароксизмы.

* + 1. Лечение и реабилитация больных с инфекционными психозами

Реабилитация больных с инфекционными психическими нарушениями включает в себя своевременную диагностику и адекватное лечение.

Лечение острых и протрагированных инфекционных психозов должно осуществляться в психиатрических больницах или инфекционных стационарах под постоянным наблюдением психиатра и надзором персонала. Наряду с активным лечением основного заболевания больным должна назначаться массивная дезинтоксикационная терапия.

Лечение психоза определяется психопатологической картиной болезни.

Острые инфекционные психозы с помрачением сознания, острым галлюцинозом лечат аминазином, возможно также применение седуксена или реланиума внутримышечно. Лечение протрагированных психозов осуществляется нейролептиками с учетом психопатологической симптоматики. Наряду с аминазином применяются другие нейролептики с седативным действием: френолон, хлорпротиксен и др. При этом ряд авторов рекомендуют избегать использования таких препаратов, как галоперидол, трифтазин (сте-лазин), мажептил, тизерцин (нозинам) в связи с их гипертермическим свойством.

При депрессивных состояниях наиболее широко исполь- 284

зуются триптизол (амитриптилин), азафен. При ажитации их следует сочетать с аминазином или френолоном. При нарушении функции печени дозы френолона и седуксена значительно снижаются.

При необратимых психических расстройствах в виде кор-саковского и психоорганического синдромов широко используются препараты ноотропного ряда.

К реабилитационным мероприятиям у больных с длительно текущими протрагированными психозами, а также необратимыми психическими расстройствами относится адекватное решение социально-трудовых вопросов.

* + 1. Экспертиза

С у д е б н о-п сихиатрическая экспертиза. Больные острыми и протрагированными психозами признаются невменяемыми. При наличии резидуальных расстройств экспертная оценка определяется тяжестью изменений психической деятельности. Трудовая экспертиза. Больные с выраженными необратимыми психическими расстройствами признаются нетрудоспособными. Степень нетрудоспособности определяется тяжестью психического состояния. После заболевания энцефалитом и, нередко, менингитом трудоспособность снижается.

* 1. Психические нарушения при СПИДе

Психические нарушения при СПИДе настолько разнообразны, что практически включают в себя все разновидности психопатологии, начиная от невротических реакций и кончая тяжелыми органическими поражениями головного мозга. Именно за это разнообразие психических расстройств СПИД иногда называют психиатрической энциклопедией или психиатрической одиссеей.

Психические расстройства возникают как у заболевших СПИДом, так и у серопозитивных носителей вируса, что является фактором риска, но не всегда свидетельствует о наличии у человека этого заболевания.

В эпидемиологических исследованиях СПИДа лица, имеющие серопозитивную реакцию на СПИД, но без признаков этого заболевания, составляют так называемую с е'р у ю зону, являющуюся первой группой риска. Лица без при-

285

знаков заболевания и без наличия серопозитивной реакции на СПИД, но с особым жизненным стилем (гомосексуалисты, бисексуалисты, наркоманы, лица, занимающиеся проституцией) относятся к так называемой группе беспокойства (Морен и соавт.). Это вторая группа риска.

У лиц этих двух групп риска также выявляется целый ряд психических нарушений, требующих своевременной диагностики.

* + 1. Клинические проявления
       1. Психические нарушения у инфицированных СПИДом

Вирус СПИДа, обладающий не только лимфотропным, но и нейротропным свойством, т. е. поражающий непосредственно клетки центральной нервной системы, может вызывать психические расстройства задолго до признаков снижения у больного иммунитета.

У многих больных СПИДом за несколько месяцев, а иногда даже и лет до манифестации заболевания отмечаются апатия, нарушения сна, ухудшение работоспособности, снижение настроения, уменьшение круга общения. Однако на этом этапе психические нарушения чаще всего выявляются на так называемом субклиническом (инфраклиниче-ском) уровне. С возникновением выраженных клинических проявлений болезни в виде лихорадки, обильного ночного пота, диареи, пневмонии и т. д. все эти психические нарушения становятся все более клинически выраженными и заметными.

Психиатрами и психологами уделяется большое внимание тому, как будет человек реагировать на диагностику СПИДа, какова будет реакция на сообщение о заболевании, о котором известно, что это “самая страшная болезнь нашего времени”, “чума XX века”, “самая постыдная болезнь” и т. д. Факт наличия СПИДа расценивается как проявление выраженного психологического стресса с преобладанием на ранних этапах заболевания (“этап осознания болезни”) преимущественно психогенных расстройств как невротического, так и психотического уровня. Чаще всего это депрессия, нередко очень выраженная, с идеями самообвинения, вины

1 Инкубационный период между заражением вирусом и развитием болезни, по данным разных авторов, длится от 1 мес до 5 лет

286

перед близкими, с суицидальными мыслями и тенденциями. Однако, как отмечают большинство авторов, завершенные суициды встречаются нечасто. Они чаще бывают у тех лиц, которые были свидетелями смерти близких или друзей от СПИДа, или у психопатических личностей. Отмечаются случаи суицидов и у лиц, к которым общество относится как к изгоям, отторгает их, не позволяет посещать общественные места, иногда даже жить в своем городе.

В этот период характерны также обсессивно-компуль-сивные расстройства, возникающие одновременно с депрессией или изолированно. Возникают навязчивый страх смерти, навязчивые представления о самом процессе умирания, воспоминания о сексуальных партнерах, от которых могло произойти заражение.

Некоторых больных очень беспокоит мысль (также нередко приобретающая навязчивый характер) о возможности заражения родственников или близких бытовым путем, хотя они и понимают ее нелепость.

Несмотря на преимущественно психогенный характер психических нарушений в период осознания болезни, уже 1та~^том~Этапе\*отчетливо “звучит”^ррганическая

симптоматика: возникают дисфории, психопатоподобные формы поведения с эксплбзивностью, гневливостью” агрессивностью, эпилептиформные припадки. Происходит так называемая психологическая дезорганизация (П. Шодеф). Нередко тревога, возникающая у лиц при диагностировании СПИДа, сопровождается, как правило, ажитацией, паникой, анорек-сией, бессонницей, а также чувством безысходности и гнева, нередко~направленного на врачей. При этом встречается анозогнозия, когда больные отрицают наличие у них болезни, не верят врачам, обвиняют их в некомпетентности. В дальнейшем, по мере прогрессировать болезни, все более отчетливыми становятся симптомы органического поражения головного мозга. Однако еще до выявления отчетливого его поражения у многих больных обычно в течение нескольких месяцев выявляются самые различные психотические расстройства в виде состояний помрачения сознания, особенно делирия^ галлюцинозов, острых параноидных психозов, пшоманиакальных и маниакальных состояний. Нередко психопатологические симптомы СПИДа лохожи на переживания больных раком в терминальной стадии.

Основным проявлением СПИДа является поражение головного мозга с быстрым нарастанием деменции (у 60—90% всех заболевших).

287

В связи с этим даже появились такие термины, как “СПИД-дементный синдром” или “СПИД-дементный комплекс”.

В 25% наблюдений СПИД-дементный комплекс может выявляться уже в манифестном периоде болезни. Деменция развивается в связи с возникновением таких поражений мозга, как диффузный подострый энцефалит, менингит, менингеальная и церебральная лимфомы (псевдоопухолевые проявления болезни), церебральные геморрагии, церебральные артерииты. При этом у больных постепенно нарастают трудности концентрации внимания, потеря памяти на текущие события, провалы памяти, снижение либидо, симптомы летаргии. Очень быстро (в течение нескольких недель или месяцев) у больных усиливаются симптомы нарастающего слабоумия с психомоторной ретардацией, периодами помрачения сознания (вначале в основном по типу сумеречного помрачения сознания), эпилептиформными припадками, нередко переходящими в эпилептический статус, му-тизмом. Затем появляются недержание мочи и кала, нарастает оглушенность, заканчивающаяся комой.

При проведении компьютерной томографии в каждых 10 из 13 случаев определяется наличие общей церебральной атрофии, первым признаком которой обычно бывают нарушения речи.

Из числа заболевших СПИДом 80% умирают в течение двух лет. 90% умирают от СПИДа в возрасте от 20 до 49 лет, причем около 93% из них составляют мужчины. При этом существует мнение, разделяемое многими исследователями, что одной из главных причин смерти от СПИДа является именно органическое поражение мозга.

Причиной смерти может быть и то, что у 35% больных развиваются саркома или другие злокачественные заболевания — опухоли, а также различные тяжело текущие соматические заболевания. У 60% больных развивается двусторонняя пневмония, от которой также многие погибают.

* + - 1. Психические нарушения у лиц из группы риска

Группа риска (“серая зона”). Эта группа состоит из лиц, пораженных вирусом СПИДа. Серопозитивность по вирусу СПИДа хотя и является фактором риска, но не всегда свидетельствует о наличии у человека этого заболевания.

Как уже отмечалось, инкубационный период между за- 288

ражением вирусом и развитием болезни длится от 1 мес до 5 лет. Причем если наличие манифестного заболевания среди серопозитивных носителей еще в начале 80-х годов оценивалось в 9—14%, то в последние годы эти цифры достигают 25—34%.

Группа риска (“группа беспокойства”). В эту группу входят лица, наиболее подверженные опасности заражения СПИДом. Это страдающие наркоманиями, занимающиеся гомосексуализмом и проституцией. Меньшую группу составляют бисексуалисты, гетеросексуалисты с многочисленными беспорядочными связями, страдающие гемофилией или каким-то другим заболеванием, требующим частых переливаний крови. По данным большого количества публикаций, в США в 70% случаев СПИДом заболевают лица, занимающиеся гомосексуализмом и проституцией, в 20% — страдающие наркоманиями и 10% составляют рожденные от больных СПИДом женщин и лица, страдающие гемофилией .

Психические нарушения в той и в другой группах риска схожи, хотя в так называемой серой зоне они встречаются гораздо чаще. Это прежде всего психогенные расстройства с невротической и неврозоподобной симптоматикой, хотя иногда и приобретающей характер психотической. Возникают тревога, беспокойство, раздражительность, бессонница, снижение аппетита, иногда с очень выраженной потерей веса. Характерно снижение работоспособности с нарушением активного внимания, иногда полная сосредоточенность на мыслях о возможном заболевании СПИДом. Общими являются также постоянное перечитываение литературы об этом заболевании, бесконечные поиски у себя тех или иных его симптомов, ипохондрическая фиксация на своем состоянии.

Значительно снижается инициатива, возникает чувство бесперспективности, снижается либидо, хотя многие больные порывают все свои сексуальные связи не из-за этого, а из-за боязни “заболеть еще какой-нибудь дурной болезнью”. Значительно меньшее число лиц прерывает всякие сношения из альтруистических побуждений.

Часть лиц из группы риска (особенно из числа серопозитивных), напротив, проявляет откровенные антисоциальные тенденции, стремясь либо к возможно большему рас-

В последнее время число заболевших СПИДом среди страдающих гемофилией уменьшается в связи с проверкой донорской крови на наличие вируса СПИДа, а также благодаря проведению других превентивных мер.

10—1039 289

ширению своих сексуальных связей, либо к передаче вируса СПИДа иным путем. Типичны состояния в виде апатической, тревожной, тоскливой депрессии с частыми идеями самообвинения (но обычно не доходящими до степени, бреда) и суицидальными мыслями, хотя в группе риска суицидальные попытки встречаются редко.

Иногда депрессия у лиц из группы риска приобретает психотический характер с ажитацией вплоть до возникновения состояния типа raptus melancholicus.

У больных из группы риска могут возникать и реактивные психотические состояния в виде сенситивного бреда отношения, реактивного бреда преследования, ипохондрического бреда с описанным при этом “ощущением неприкасаемости”.

Возможны и истерические психозы. Вероятно, к группе истерических психозов можно отнести наблюдение, описанное в одном из~ номеров журнала “Lancet” за 1986 г. У молодого мужчины из проституировавших гомосексуалистов был выявлен вирус СПИДа. Возникло подозрение, что он заразил сына, после чего вся семья отвернулась от него. В ответ на это он порезал себе пальцы, вымазал себя и всю комнату кровью и убежал.

У лиц из группы риска нередко описывают и возникновение психосоматических заболеваний, из которых на первом месте стоит разнообразная патология желудочно- кишечного тракта.

* + 1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия

Этиопатогенез психических нарушений при СПИДе в основном связан с двумя факторами: 1)^1сихиче£кнм (психологическим) стрессом при известии о наличии неизлечимого заболевания и о связанных с этим внутрисемейных интерперсональных и социальных проблемах; 2) общей интоксикацией и нарастающими тяжелыми поражениями тканей головного мозга и в первую очередь нервных клеток.

Патологическая анатомия. Вирус СПИДа обладает выраженными нейротропными свойствами и может быть выделен непосредсгайшоГиз""моЗговой ткани. По данным патоморфологических исследований, те или иные изменения тканей головного мозга обнаруживаются в 60-90% наблюдений.

290

Собственно патоморфологические изменения включают распространенную демиелинизацию, диссеминированные периваскулярные изменения, реактивный глиоз, микроочаговые инфаркты мозга. Эти нарушения отмечаются практически во всех структурах мозга, что и обусловливает сходство клинической картины нейроСПИДа с другими нозологическими формами, в основе которых лежат близкие в патоморфологическом отношении поражения ткани мозга. Патоморфологические изменения мозга при СПИДе могут напоминать вирусные энцефалиты различной природы, ней-росифилис, токсоплазмоз, диссеминированные метастатические поражения, рассеянный склероз и др.

19.2.3. Дифференциальный диагноз

При постановке диагноза психических нарушений, связанных со СПИДом, прежде всего необходимо исключить лиц с так называемым псевдоСПИДом — страдающих спидофобией либо бредом заражения СПИДом. Таких больных, страдающих неврозом или психозом, становится все больше в связи с широким распространением средствами массовой информации материалов о СПИДе. В связи с этим в последнее время даже стали весьма распространенными такие термины, как псевдоСПИД, синдром псевдоСПИДа, СПИД-паника. Диагноз в отношении этих больных ставится на основании обычных психиатрических методов (естественно, при исключении серопози-тивности).

При дифференциальной диагностике психических нарушений при СПИДе, сходных с шизофренической, инволюционной и другой симптоматикой, большое значение имеет самый подробный семейный и личный,анамнез, так как не исключено, что СПИДом заболел человек, уже страдавший ранее, допустим, шизофренией. В таком случае на ранних стадиях СПИДа, еще до резкого доминирования органической деменции, прежняя разнообразная психотическая симптоматика может выявляться. Впрочем, этот вопрос еще требует дальнейшего изучения.

Симптоматика органического поражения головного мозга при СПИДе требует дифференцирования с целым рядом органических заболеваний мозга иной этиологии: рассеянным склерозом, опухолью мозга, нейросифилисом, токсо-плазмозом, болезнью Шильдера, менингитами и энцефалитами разнообразной этиологии и т. д. В таких случаях

10\*

291

вопрос решается путем проведения соответствующих спе циальных анализов на СПИД. То же самое необходимо проводить при психических нарушениях у лиц с серопозитивностью из группы риска (“серая зона”).

Сложнее дело обстоит с группой риска без наличия серопозитивности (“группа беспокойства”). В подобных случаях необходимо самое тщательное собирание личного и семейного анамнеза, изучение “жизненного стиля” лиц из сферы общения данного человека. Очень важно также установить временную связь между появлением той или

иной психической симптоматики с психической травмой, как-то связанной со СПИДом (заболевание или даже смерть кого-то из хорошо знакомых или близких людей), прочтением литературы, просмотром фильма с этой тематикой и т. д.

Необходимо выяснить также, не вызваны ли психические расстройства какой-то другой причиной, тематически со СПИДом не связанной, а уж затем — путем сложной психологической переработки — нашедшей у лица из груп-πι риска соответствующее “подтверждение”.

* + 1. Распространенность и прогноз

Распространенность психических расстройств при СПИДе в целом соответствует распространенности самого заболевания, так как, по данным большинства авторов, в том или ином виде они встречаются практически у всех больных.

Ввиду нарастания числа заболевших СПИДом точные данные привести невозможно.

По некоторым данным, в Центральной Африке и отдельных районах Карибского бассейна до 25% населения в возрасте от 20 до 40 лет являются серопозитивными по СПИДу.

В настоящее время прогноз в отношении психических нарушений при СПИДе, как и заболевания в целом, малоутешителен.

* + 1. Лечение, реабилитация и профилактика

При лечении психических расстройств у больных СПИДом могут быть использованы психотропные средства, транквилизаторы, антидепрессанты трициклического ряда, но в небольших дозах ввиду повышенной чувствительности больных СПИДом к любым лекарственным средствам, а

292

также к алкоголю. Из-за возможности возникновения частых побочных явлений лечение нужно проводить крайне осторожно.

Есть данные, что менее других препаратов токсичен тиоридазин.

СПИД неизлечим, но может протекать хронически с состояниями некоторых ремиссий, поэтому необходима соответствующая психотерапевтическая и психокоррекцион-ная работа не только с больными, но и с людьми, их окружающими.

Нарастание слабоумия не должно быть противопоказанием к проведению психотерапии (особенно поддерживающей) , которая будет помогать больным справляться по мере возможности с рядом проблем, обусловленных интеллектуальными нарушениями.

Следует также вовлекать в реабилитационную программу всех заболевших, независимо от стадии болезни и возможного ее исхода.

Профилактические мероприятия должны быть организованы очень широко и на высоком уровне с привлечением всех видов и средств информации. Воспитательная и пси- хокоррекционная работа должна проводиться не только медицинскими работниками, психологами, социологами, педагогами, воспитателями, но и всем обществом в целом.

Глава 20

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (СИФИЛИС МОЗГА И ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ)

Сифилитическая инфекция, поражающая все органы и ткани, может распространяться и на головной мозг. По характеру поражения тканей головного мозга, времени возникновения и особенностям психических нарушений выделяют два различных заболевания: 1) собственно сифилис мозга и 2) прогрессивный паралич .

Сифилис мозга обычно относят к ранним формам ней-ролюэса, а прогрессивный паралич

* к поздним. Это де-

1 Эти заболевания нередко объединяют под общим названием “ней-ролюэс”, включая в эту группу и сухотку спинного мозга.

293

ление на ранние и поздние формы имеет в своей основе различные морфологические изменения в тканях головного мозга и не совпадает с общепринятым делением сифилиса на периоды. При раннем нейросифилисе (собственно сифилис мозга) первично поражается ткань мезодермального происхождения (сосуды, оболочки), при позднем нейросифилисе (прогрессивный паралич) наряду с мезенхимными реакциями имеются обширные дистрофические (атрофиче-ские) изменения самой паренхимы мозга. Поэтому сифилис мозга называют еще мезодермальным, или менинговаску-лярным, сифилисом, а прогрессивный паралич (как и сухотку спинного мозга) — эктодермальным, или паренхиматозным, сифилисом.

Сифилис мозга и прогрессивный паралич являются про-гредиентными заболеваниями и возникают чаще всего на основе нелеченого или недолеченного сифилиса. Большую предрасполагающую роль в возникновении этих заболеваний (особенно прогрессивного паралича) играют травмы головного мозга, хронические инфекции и интоксикации, из которых на первом месте стоит алкоголизм.

Сифилис мозга возникает чаще всего через 5—7 лет после заражения, хотя возможны и более короткие (от нескольких месяцев до 2—4 лет) и более длительные (10 лет и более) сроки инкубационного периода. Иными словами, сифилис мозга может возникать как во вторичном, так и в третичном (преимущественно) периоде течения заболевания.

Инкубационный период прогрессивного паралича значительно длиннее (8—12 лет и более), но возможно и более раннее возникновение этого заболевания.

* 1. Сифилис мозга (Lues cerebri)

Под обобщающим названием “сифилис мозга” объединяются различные по своей клинической картине нервно-психические нарушения, связанные с сифилитическим поражением сосудов головного мозга, его оболочек или, что бывает значительно реже, возникновением гумм.

Описаны случаи прогрессивного паралича через 30 и 40 лет. Такое позднее проявление нейролюэса дало основание некоторым авторам говорить о прогрессивном параличе (и сухотке спинного мозга) как о IV периоде сифлиса, однако единой точки зрения по этому поводу нет и далеко не все исследователи признают наличие IV периода.

294

Нервно-психические расстройства могут быть вызваны также изменениями и самой ткани мозга, наступающими вторично вследствие проникновения патологического процесса с оболочек в вещество мозга (менингоэнцефалит), поражения мозга в связи с нарушением питания, разрастания гумм и т. д.

Почти в каждом случае заболевания в той или иной степени имеются поражения как церебральных сосудов и оболочек, так и вещества мозга, но преобладает обычно какой-то один тип нарушений. Сифилис мозга — прогре-диентное заболевание и может привести к выраженному в той или иной степени дисмнестическому (парциальному) слабоумию.

20.1.1. Клинические формы сифилиса мозга

Единой классификации форм сифилиса мозга нет. Это объясняется большим разнообразием клинических проявлений мезодермального сифилиса, выраженным полиморфизмом неврологических и психических нарушений, нередким отсутствием четких границ между различными формами.

Наиболее часто выделяют следующие варианты сифилиса головного мозга.

Нервно-психические нарушения вследствие поражения оболочек мозга. При этой форме реакция со стороны оболочек мозга может проявляться как легким раздражением (явления менингизма), так и типичным менингитом, протекающим остро или хронически.

Острый сифилитический менингит развивается преимущественно во вторичном периоде, сопровождается общемозговыми явлениями (головные боли, головокружения, рвота), повышенной температурой тела, типичными ме-нингеальными симптомами (симптом

Кернига, ригидность затылочных мышц и т. д.). Характерно поражение черепных нервов. Нередко возникают эпилептиформные судороги и симптомы помрачения сознания по типу оглушения, спутанности или делирия. Однако значительно чаще, чем острый менингит, в оболочках мозга развивается хронический воспалительный процесс, нередко проникающий и в вещество мозга (хронический сифилитический менингит и менингоэнцефалит).

Помимо выраженной патологии черепных нервов (ввиду преимущественно базальной локализации процесса), у больных отмечаются головные боли, раздражительность, склон- 295

ность к аффективным реакциям, нередко подавленное настроение.

Иногда менингит развивается по выпуклой (конвекси-татной) поверхности мозга. При этой локализации патологического процесса наиболее яркими симптомами являются судорожные состояния и нарушения сознания. Больные либо оглушены и подавлены, либо находятся в состоянии спутанности и двигательного возбуждения. Судорожные приступы носят характер джексоновских или генерализованных припадков.

Неврологическая симптоматика при сифилитических менингитах может быть представлена не только менингеаль-ными симптомами и разнообразной патологией черепных нервов (птоз, косоглазие, анизокория, нистагм, снижение слуха, поражение лицевого и -тройничного нервов и т. д.), но и такими явлениями, как аграфия, апраксия, геми- и моноплегия.

Зрачковые симптомы (помимо анизокории и деформации зрачков) выражаются чаще всего в вялой реакции на свет и аккомодации. Типичный же симптом Аргайла Робертсона бывает не всегда.

Встречаются случаи и асимптомного сифилитического менингита, когда заболевание проявляется только характерными изменениями ликвора.

Анализ спинномозговой жидкости при сифилитических менингитах показывает характерные для сифилиса, но неоднотипные нарушения (см. главу 2).

Апоплектиформная форма сифилиса мозга. Эта форма встречается наиболее часто. Она развивается на основе специфического поражения церебральных сосудов. Клинически проявляется частыми инсультами с последующими очаговыми поражениями. Первое время очаговые поражения нестойки, обратимы, затем же становятся все более множественными, прочными и постоянными. Обширные неврологические расстройства могут быть представлены самыми разнообразными (в зависимости от локализации поражения) симптомами: параличами и парезами конечностей, поражением черепных нервов, апраксией, агнозией, псевдобуль-барными явлениями и т. д. Почти постоянным признаком является ослабление зрачковой реакции на свет.

Помимо очаговой патологии, для этой формы очень характерны головные боли, головокружения и снижение памяти. Больные становятся раздражительными, придирчивыми, слабодушными, иногда гневливыми или подавленными.

296

Отмечаются эпизоды помрачения сознания, главным образом по типу сумеречного.

По мере утяжления неврологической симптоматики происходит все более отчетливое нарастание дисмнести-ческого (очагового, частичного, лакунарного) слабоумия (см. главу 6). Возможен летальный исход во время инсульта.

Эпилептиформная форма сифилиса мозга. Клиническая картина этой формы внешне напоминает эпилепсию: появляются судорожные состояния, могут отмечаться периоды измененного сознания и настроения, снижается память. Развитие этой формы происходит на основе различных поражений: при менингитах и менингоэнцефалитах, при эндар- териите мелких сосудов, образовании гумм. Поэтому возможны и самые разнообразные неврологические симптомы.

Гуммозная\_<|>орма сифилиса мозга. Эта форма встречается значительно реже других. Образуются единичные (солитарные) или множественные малые гуммы. В зависимости от их локализации и величины выявляются различные неврологические расстройства.

Обычно гуммы не достигают такой величины, чтобы вызвать сдавление, но иногда все же бывают симптомы, весьма напоминающие картину опухоли мозга: повышение внутричерепного давления, рвота, резкие головные боли, адинамия, реже — помрачение сознания, а со стороны глазного дна — застойные соски зрительных нервов. При гуммозной форме могут также возникать судорожные состояния.

Галлюцинаторно-параноидная форма. Эта форма характеризуется появлением обмана чувств и возникновением бредовых идей с превалированием то тех, то других.

Галлюцинации чаще всего слуховые, но могут быть и зрительные, тактильные, висцеральные и т. д. Больные слышат оклики, иногда музыку, но чаще всего неприятные разговоры, угрозы, обвинения и брань по своему адресу. Зрительные галлюцинации также обычно неприятного и даже устрашающего характера: больной видит какие-то рожи, мохнатые руки, тянущиеся к его горлу, бегающих крыс.

Из бредовых идей чаще всего отмечается бред преследования, реже — иного характера (ипохондрический, величия, самообвинения и т. д.).

Бредовые идеи, как правило, просты, связаны с непосредственным окружением больного, лишены символичности. Больные уверяют, что соседи “специально, чтобы извести, включают во всю мощь приемник”, что сестра “сделала не тот укол”, что врачи “запустили его состояние” и т. д.

297

Неврологическая симптоматика, имеет преимущественно диффузный характер и выражена нерезко. Характерны ани-зокория и вялая реакция зрачков на свет. Иногда встречаются асимметрия лица, небольшой птоз, отклонения языка в сторону и т. д.

Так называемая сифилитическая неврастения не может считаться отдельной формой, а является по сути сборным понятием. Характерные (особенно в начальных стадиях заболевания) неврозоподобные симптомы в виде повышенной раздражительности, плохого сна, утомляемости, тревожности и подавленности (иногда до выраженной депрессии) объясняют в основном двумя причинами: 1) реакцией человека на сам факт заболевания сифилисом; 2) общей интоксикацией организма и, в частности, головного мозга.

Врожденный сифилис (Lues congenita). С известной долей схматизма врожденный сифилис обычно делят на прогредиентный (сифилис-процесс) и н е π ρ о -гредиентный (так называемый дистрофический, или деструктивный, сифилис), когда патология вызвана повреждением зачатка или остаточными явлениями внутриутробного поражения.

Для врожденного сифилиса характерны менингиты, ме-нингоэнцефалиты, сосудистые поражения. Возможно также развитие (острое или постепенное) гидроцефалии. При про- гредиентном сифилисе могут встречаться те же формы, что и у взрослых, но с рядом отличий, зависящих от особенностей возрастной реактивности детского организма в целом и центральной нервной системы в частности. Например, у детей весьма редко встречается галлюцинаторно-параноид-ная форма. Характерными клиническими проявлениями заболевания (помимо разнообразных неврологических нарушений) являются менингоэнцефалиты (подострые и острые), припадочные состояния (апоплектиформные и особенно эпи-лептиформные приступы), олигофрении. Следует помнить, что столь нередкая при конгенитальном люэсе клиническая картина, как эпилептиформный синдром, может быть выражением различных патологических процессов: а) проявлением собственно сифилиса мозга, его эпилептиформной формой и б) проявлением качественно иного болезненного процесса — эпилепсии, ибо врожденный сифилис является одной из причин эпилептической болезни.

Иногда последствием врожденного сифилиса могут быть психопатоподобные состояния (без заметного снижения интеллекта или на фоне некоторой дебильности). Врожденный 298

сифилис сопровождается рядом характерных соматических признаков (см. гл. 34), знание которых важно для правильной диагностики.

20.1.2. Этиология, патологическая анатомия и патогенез

Этиологическим фактором является бледная трепонема. По характеру патологических изменений обычно выделяют следующие виды сифилитического поражения мозга.

Менингиты и менингоэнцефалиты. Наиболее характерно поражение мягкой мозговой оболочки (лептоменингит), заключающееся в инфильтрации ее ткани лимфоцитами, плазматическими клетками и фибробластами. Нередко патологический процесс из мягкой мозговой оболочки проникает по сосудам к соединительным перегородкам в вещество мозга, вызывая явления менингоэнцефалита. Преимущественная локализация лептоменингита — основание мозга, и лишь иногда встречается воспаление мягкой оболочки выпуклой (конвекситатной) поверхности больших полушарий.

Эндартерииты. Наступает пролиферация интимы (разрастание эндотелия), инфильтрация клеточными элементами среднего и адвентициального слоев сосудистой стенки.

Указанные изменения в одних случаях могут привести к разрыву сосуда с последующим кровоизлиянием (инсульт), в других — к облитерации его просвета, нарушению питания соответствующих участков мозга и гибели нервной ткани. Закупорка крупных церебральных сосудов приводит к образованию в мозге очагов размягчения.

Изолированные гуммы. Гуммозные узлы возникают в результате разрастания грануляционной ткани вокруг об-литерированных сосудов в веществе мозга и мягкой мозговой оболочке. Бывают единичными и множественными и в зависимости от величины могут более или менее глубоко проникать в ткань мозга. Особенно глубоко проникают в мозг солитарные гуммы, так как они иногда достигают размера грецкого ореха и даже более. Клиническая картина при этом нередко сходна с клиникой опухолей мозга.

Несмотря на выраженные патологоанатомические данные, патогенез сифилиса мозга нельзя связывать только лишь с локальными повреждениями. Патогенетические механизмы зависят и от токсических воздействий, и от из-

299

менения реактивности организма (в частности, характерных для третичного периода явлений неспецифической аллергии), и от расстройств обмена веществ (общих и местных), таких, например, как обнаруженное гистохимическими методами исследования измененение углеводного обмена в мозге.

* + 1. Диагноз и дифференциальный диагноз, течение и прогноз

Дифференциальный диагноз ставится на основе комплексного обследования больного, куда обязательно должны входить: 1) тщательное собирание анамнеза. При этом следует помнить, что иногда больные могут не знать о факте заражения сифилисом (так называемый неведомый сифилис — lues ignorata). Тем более важно собирание косвенных сведений (наличие поздних выкидышей у больной или жены больного, рождение детей с признаками врожденного сифилиса и т. д.); 2) подробное соматическое и неврологическое обследование (возможное обнаружение явлений висцерального сифилиса, участков лейкодермы, характерная неврологическая симптоматика в виде симптома Аргайла Робер- тсона, анизокорий, деформации зрачков и др.); 3) тщательное изучение психического состояния (например, доступность больного, отсутствие при галлюцинаторно-бре-довом синдроме характерных для шизофрении нарушений мышления, явлений аутизма и т. д.);

1. обязательное исследование крови и детальный анализ спинномозговой жидкости.

Только такое комплексное обследование позволит дифференцировать сифилис мозга в различных его проявлениях и сходные по клинической картине заболевания: сифилитический менингит и менингиты иной этиологии, эпилеп-тиформную форму и эпилептическую болезнь, апоплекти-формную форму и сосудистые страдания мозга, гуммозную форму и другие объемные образования, галлюцинаторно-параноидную форму и шизофрению и т. д.

В исключительных случаях для подтверждения диагноза приходится прибегать к так называемой пробной терапии (therapia ex juvantibus).

Течение и прогноз зависят от времени и объема специфической терапии. 300

* + 1. Профилактика и лечение

Профилактика сифилиса мозга заключается в общем снижении заболеваемости сифилисом и активном его лечении.

Лечение сифилиса мозга необходимо начинать как можно раньше. Терапия производится специфическими противоси-филитическими препаратами по общепринятым в нашей стране схемам, комплексным методом. Применяются антибиотики (пенициллины, эритромицин), препараты висмута и йода (бийохинол, бисмоверол, йодистый калий, йодистый натрий).

Помимо специального лечения, показано и общеукрепляющее, особенно витаминотерапия. Специфическое лечение необходимо проводить под постоянным контролем за соматическим состоянием больного с динамическим проведением анализов крови, мочи и ликвора.

* + 1. Экспертиза

Трудовая экспертиза. В зависимости от тяжести клинической картины больной может перейти на инвалидность III, II и даже I группы (например, при тяжело протекающей апоплектиформной форме). Вместе с тем при своевременно проведенном лечении больной может вернуться к своей прежней работе.

С у д е б н о-п сихиатрическая экспертиза. Сам по себе диагноз этой болезни еще ничего не решает. В связи с особенностями клинической картины больные сифилисом мозга могут признаваться как вменяемыми, так и невменяемыми (например, если преступление совершено при наличии выраженного слабоумия или по бредовым мотивам) .

* 1. Прогрессивный паралич (Paralysis progressiva alienorum)

Синонимы: прогрессивный паралич помешанных; болезнь Бейля; прогрессирующая паралитическая деменция (Бейарже); общий прогрессивный паралич.

Психическое заболевание, характеризующееся нарастанием разнообразных параличей и тяжелого слабоумия, возникает на основе первичного поражения самого вещества головного мозга, хотя страдает при этом и ткань мезодер-мального происхождения (сосуды и оболочки).

301

Как самостоятельное заболевание прогрессивный паралич впервые был описан французским психиатром А. Бейлем в 1822 г. В дальнейшем неоднократно предполагалась сифилитическая природа болезни (П. И. Ковалевский, Ж. Л. Фурнье и др.), но окончательно это стало известно только после исследований японского ученого Ногучи, обнаружившего в мозге больных прогрессивным параличом бледную спирохету и сообщившего об этом в 1913 г.

Заболевают прогрессивным параличом преимущественно в возрасте 35—50 лет, причем чаще мужчины, чем женщины. Однако за последнее время разница в частоте заболеваемости полов значительно сократилась: если прежде на каждых 7—8 мужчин приходилась одна женщина, то в настоящее время эти отношения составляют 2—4:1.

Прежде очень частое заболевание (20—25% общего числа стацио-нированных больных) прогрессивный паралич в настоящее время встречается весьма редко.

Классическая картина прогрессивного паралича включает в себя три стадии: 1) начальную, 2) расцвета болезни и 3) заключительную (стадия маразма). Для каждой из этих стадий характерны определенные психические, неврологические и соматические нарушения, становящиеся все более выраженными и тяжелыми.

В настоящее время прогрессивный паралич не только стал встречаться редко, но изменил и свою клиническую картину. Сейчас практически почти не встречаются больные в состоянии паралитического маразма (в III стадии). Заметно изменилась клиника прогрессивного паралича за счет резкого превалирования над всеми другими дементной формы. В связи с активным лечением прогрессивный паралич уже не считается, как раньше, заболеванием с обязательным исходом в тяжелое слабоумие.

* + 1. Клинические стадии и формы прогрессивного паралича

Психические нарушения. В течении болезни выделяют три стадии. Начальная (“н еврастеническа я”) стадия прогрессивного паралича характеризуется появлением неврозоподобной симптоматики в виде все нарастающих головных болей, повышенной утомляемости, раздражительности, плохого сна, снижения работоспособности. К этой симптоматике довольно скоро присоединяются нарушения, которые на первых порах можно охарактеризовать как утрату прежних этических навыков. Больные становятся развязными, грубыми, неряшливыми и нетактичными, об-

302

наруживают несвойственный им ранее цинизм и легкое отношение к своим обязанностям. Затем эти личностные изменения делаются все более брутальными и бросающимися в глаза — наступает период расцвета болезни (II стадия). Выявляются все нарастающие расстройства памяти и слабость суждений, больные уже не могут с полной критикой оценивать свое состояние и окружающую обстановку, неправильно ведут себя. Нередко обнаруживают грубую сексуальную распущенность, полностью утрачивают чувство стыда.

Больной, после долгой разлуки приехавший в семью брата, решил помыться с дороги. Забыв взять чистое белье, он вылез из ванны и, не стесняясь присутствия жены брата и двух взрослых племянниц, совершенно раздетым стал спокойно расхаживать по квартире, отыскивая нужные ему вещи.

Нередко возникает склонность к пустым тратам, больные занимают деньги и покупают совершенно случайные вещи. Больной накупил в подарок своим родственникам целых два чемодана никому не нужной мелкой галантереи. Другая больная, по профессии проводница, часто занимая деньги, покупала на них разнообразные хрустальные вазы.

Типично появление болтливости и хвастливости.

Резко меняется и эмоциональность больных. Появляется выраженная лабильность эмоций, у больных легко возникают вспышки раздражения вплоть до выраженной гневливости, но эти злобные вспышки обычно непрочны и больного (в отличие от больных эпилепсией) довольно быстро можно отвлечь на что-то постороннее. Также легко эти больные переходят от слез к смеху и наоборот. Преобладающей окраской настроения может быть довольно рано появляющаяся эйфория. В некоторых случаях, наоборот, возникает выраженное депрессивное состояние с возможными суицидальными тенденциями.

Возможно также возникновение бредовых идей, особенно бреда величия и одной из его разновидностей — бреда богатства.

Быстрое нарастание слабоумия накладывает явный отпечаток и на бредовое творчество больных. Паралитический бред обычно отличается нелепостью и грандиозными размерами. Один больной уверяет, что все книги на земле написал именно он, но только под разными псевдонимами. Другой заявляет, что может вылечить любую болезнь, в том

числе рак, соком кислой капусты, и при этом выкрикивает в форточку “приказы всему миру”. Третий предла-

303

гает нелепый проект разведения рыбы в городских условиях, “чтобы хватило всему населению Земли”.

При бреде богатства больной приглашает каждого к себе в гости, так как у него “200 комнат и каждая в стиле разных эпох и народов”, обещает всем студентам подарить по золотой шубе, а студенткам еще и по паре золотых туфель впридачу, обещает “обсыпать алмазами”. Реже появляются идеи преследования, ипохондрический бред и т. д., обычно также нелепого содержания. Изредка встречаются галлюцинации, главным образом слуховые.

С течением времени все более заметным становится снижение интеллекта. Резко нарушается память, иногда появляется корсаковский синдром. Все более явно обнаруживаются слабость суждений и потеря критики. Слабоумие при прогрессивном параличе в отличие от сифилиса мозга носит диффузный, общий характер.

Для III (маразматической) стадии заболевания (до которой, как уже указывалось, болезненный процесс сейчас обычно не доходит) самым характерным было глубокое слабоумие, полный психический маразм (наряду с маразмом физическим).

Неврологические нарушения. Характерным и одним из первых неврологических признаков является симптом Ар-гайла Робертсона — отсутствие зрачковой реакции на свет при сохранении ее на конвергенцию и аккомодацию. Характерны и другие зрачковые нарушения: резкое сужение их величины (миоз), иногда до размеров булавочной головки, возможна анизокория или деформация зрачков. Нередко при прогрессивном параличе наблюдаются также асимметрия носогубных складок, птоз, маскообразное лицо, отклонение языка в сторону, отдельные фибриллярные подергивания мышц языка и круговых мышц рта (так называемые зарницы). Очень типична довольно рано появляющаяся дизартрия. Помимо невнятности и нечеткости речи, больные при произношении могут пропускать отдельные слова или, наоборот, застревать на каком- либо слоге, по многу раз повторяя его (логоклония). В некоторых случаях отмечаются отчетливое разделение слогов, паузы между ними (скандированная речь). Нередко речь становится гнусавой (ринолалия).

К ранним проявлениям относятся также характерные изменения почерка (он становится неровным, дрожащим) и нарушения координации тонких движений. С течением болезни в письме больных появляются все более грубые

304

ошибки в виде пропусков или перестановок слогов, замены одних букв другими, повторения одних и тех же слогов и т. д.

Все более грубыми могут становиться и нарушения координации. Довольно часто отмечаются изменения сухожильных рефлексов (анизорефлексия, повышение, снижение или даже полное отсутствие коленных и ахилловых рефлексов), а также более или менее выраженное снижение чувствительности. Возможно появление патологических рефлексов.

Нередки нарушения иннервации тазовых органов. Наиболее грубая неврологическая симптоматика характерна для III (последней) стадии болезни. Преимущественно в этой стадии наблюдаются апоплектиформные припадки, оставляющие за собой вначале сглаживающиеся, а затем все более стойкие очаговые нарушения в виде парезов и параличей конечностей, явлений афазии, апраксии и т.д.

Нередкой патологией при прогрессивном параличе являются эпилептиформные припадки, в III стадии болезни обычно возникающие сериями или в виде статусов с возможным летальным исходом.

Соматические нарушения. Довольно часто отмечается сочетание прогрессивного паралича с сифилитическим мез-аортитом. Могут также отмечаться специфические поражения печени, легких, иногда кожи и слизистых оболочек. Очень характерны общие нарушения обмена. Возможны трофические нарушения кожи вплоть до образования язв, повышенная ломкость костей, выпадение волос, возникновение отеков. При хорошем и даже повышенном аппетите может быть резко прогрессирующее истощение. Понижается сопротивляемость организма, у больных с прогрессивным параличом легко возникают интеркуррентные заболевания и, в частности, гнойные процессы.

Серологические изменения. Как правило, реакции Вас-сермана, РИТ и РИФ и др. (см. главу 2) в спинномозговой жидкости резко положительные. Отмечаются плеоцитоз, увеличение количества белка, изменение соотношения белковых фракций с увеличением количества глобулинов, в частности гамма-глобулина. Очень показательна реакция Ланге, дающая полное обесцвечивание пурпурно-красного коллоидного золота в первых 3—4 пробирках, а затем постепенное изменение цвета от бледно-голубого до обычного.

305

Экспансивная (классическая, маниакальная) форма была описана одной из первых не только благодаря своей яркой клинической картине, но и большому распространению. Сейчас эта форма, особенно в чистом виде, встречается довольно редко. Характеризуется появлением маниакального состояния и нелепых идей величия. На фоне благодуш-но- эйфорического настроения иногда могут внезапно возникать вспышки гнева, но раздражение это обычно кратковременное, и больной вскоре вновь становится эйфоричным и благодушным.

Депрессивная форма по своей клинической картине является противоположностью экспансивной. Больные вялы, подавлены, бездеятельны, нередко высказывают бредовые идеи самообвинения или ипохондрический бред, обычно также нелепого характера.

Цементная форма в настоящее время встречается чаще всего (до 70% всех случаев). На первый план выступает яркая картина общего (тотального) слабоумия. В настроении преобладает либо благодушие, либо вялость, безразличие ко всему окружающему.

Ажитированная форма характеризуется резким психомоторным возбуждением, нередко на фоне спутанного сознания.

Припадочная форма. В клинике прогрессивного паралича с самого начала преобладают припадки паралитического инсульта и эпилептиформные судорожные состояния. При преобладании судорожных припадков иногда говорят об эпи-лептиформной форме прогрессивного паралича.

Циркулярная форма выражается в чередовании маниакального и депрессивного состояний.

Параноидная форма характеризуется появлением бредовых идей преследования, иногда в сочетании с галлюцинациями.

Атипичные формы. К ним чаще всего относят т а б о-паралич (сочетание клинической картины прогрессивного паралича с табетическими явлениями в виде полного исчезновения коленных и ахилловых рефлексов, нарушения чувствительности, в особенности болевой, и т. д.) и π а-ралич Лиссауэра (преобладание очаговой симптоматики — апраксии, агнозии и т. д. — в связи с атипичной локализацией процесса преимущественно в задних отделах головного мозга).

306

20.2. J.L Прогрессивный паралич в детском и юношеском возрасте

В исключительных случаях встречается прогрессивный паралич юношеского возраста на основе заражения сифилисом в раннем детстве.

Обычно же, когда говорят о детском или юношеском (ювенильном) прогрессивном параличе, то имеют в виду заболевание, развившееся на почве врожденного сифилиса.

Прогрессивный паралич на основе врожденного сифилиса может начаться уже в 6—7 лет, но чаще болезнь дебютирует в возрасте 12—15 лет или несколько позже. Ювенильный прогрессивный паралич имеет ряд особенностей: здесь обычно отсутствует так называемая неврастеническая стадия, болезнь часто начинается остро, с эпилептиформных припадков, не бывает бредовых идей и спонтанных ремиссий, очень быстро нарастает общее слабоумие с особенно тяжелыми нарушениями речи вплоть до полной ее утраты, когда больные могут издавать лишь отдельные звуки. Возможно и постепенное начало заболевания. Клиника ювенильного паралича обычно соответствует дементной форме: больные становятся апатичными и бездеятельными, очень быстро теряют прежние знания и интересы, обнаруживают все более нарастающие расстройства памяти.

Иногда болезнь может начаться как бы среди полного здоровья, но чаще на фоне той или иной патологии: неда-развития внутренних органов, задержки общего физического развития, адипозогенитальной дистрофии и т. д. Могут отмечаться явления задержки психического развития.

При ювенильном прогрессивном параличе гораздо чаще, чем у взрослых, встречаются мозжечковые симптомы, симптомы атрофии зрительных нервов, полная арефлексия зрачков.

* + 1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия

Этиологическим фактором является бледная трепонема. Сифилитическая этиология прогрессивного паралича доказана клинически и лабораторно. Японский исследователь Ногучи обнаружил бледные спирохеты в мозге больных прогрессивным параличом.

Патогенез прогрессивного паралича остается невыясненным. Заболевают только 5—10% лиц, страдающих сифи-

307

лисом. Существуют различные предположения о роли наследственной предрасположенности, влиянии дополнительных вредных факторов, существовании особых нейротроп-ных штаммов спирохет. Патогенез во многом определяется сложными изменениями реактивности организма. Весьма важную роль играет отсутствие или недостаточность лечения.

Прогрессивный паралич характеризуется следующими основными изменениями в мозге: а) дегенерацией и атрофией нервной ткани (клеток и волокон); б) воспалительными изменениями в оболочках и сосудах головного мозга; в) пролиферативной реакцией со стороны глии.

Не все эти процессы начинаются одновременно: в I стадии болезни отмечаются воспалительные явления (диффузный лептоменингоэнцефалит), на более поздних этапах появляются дистрофические нарушения.

* + 1. Течение и прогноз

Нелеченый прогрессивный паралич через 2—5 лет приводит к полному маразму и летальному исходу.

Особенно быстро явления общего маразма нарастают при так называемом галопирующем параличе, характеризующемся катастрофическим течением болезни. Чаще всего это бывает при ажитированной форме. Очень неблагоприятно протекает и припадочная форма.

Изредка встречается медленное, более или менее благоприятное течение. В этих случаях говорят о так называемом стационарном параличе (вне лечения встречается редко).

Прогноз (как в отношении жизни, так и дальнейшего течения болезни и выздоровления) определяется, как правило, результатами лечения, которое необходимо начинать как можно раньше.

* + 1. Профилактика и лечение

Для профилактики прогрессивного паралича основное значение имеет общее снижение заболеваемости сифилисом и раннее активное лечение его под строгим серологическим контролем. Очень важно устранение дополнительных вредных факторов, снижающих сопротивляемость организма (в частности, различных интоксикаций, особенно алкоголизма).

308

Лечение прогрессивного паралича заключается в применении комбинированной специфической терапии: антибиотики (пеницшшины, эритромицин) и препараты висмута и йода (бийохинол, бисмоверол, йодид калия, йодид натрия) назначают повторными курсами с добавлением пи-ротерапии. Лечение гипертермическими методами чаще всего проводится с применением пирогенала.

В истории лечения больных прогрессивным параличом большое значение имела пиротерапия путем прививки малярии. До этого подобные больные были практически неизлечимы и, как правило, погибали. Маляриотерапия прогрессивного паралича (наряду со специфической) получила широкое распространение после исследований венгерского психиатра Вагнера фон Яурегга в 1917 г. В настоящее время она практически не применяется .

В течение пиротерапии необходим тщательный контроль за соматическим состоянием больных, особенно за деятельностью сердца, и во избежание сердечной слабости при каждом подъеме температуры тела назначать сердечные средства, лучше всего кордиамин.

20.2.5. Экспертиза

Трудовая экспертиза. В состоянии стойкой ремиссии больные могут вернуться к своей прежней деятельности, однако значительно чаще их приходится переводить на инвалидность III, II и I группы. По данным специального исследования (Т'. Н. Гордова), перевод больных на инвалидность должен осуществляться, только после проведения всех терапевтических мероприятий и при отсутствии заметного эффекта от них.

В улучшении компенсаторных возможностей больных очень большая роль принадлежит мероприятиям по социальной реадаптации (постоянное диспансерное наблюдение, помощь в работе, правильное отношение к больному в семье).

Судебная экспертиза. Если преступление совершено больным при нелеченой болезни, то испытуемый признается невменяемым. В случаях правонарушения, совершенного после лечения, вопрос о вменяемости или невменяемости решается в зависимости от характера лечебной ремиссии.

1 Лечебное действие малярии на сифилис было известно и народной медицине. Так, имеются сведения (Л. Грин), что среди части населения Африки был распространен обычай посылать заболевших сифилисом в малярийные болота.

309

Глава 21

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сосудистые заболевания головного мозга со свойственными им разнообразными нервно- психическими нарушениями являются обычно одним из проявлений общих сосудистых заболеваний, из которых наиболее распространены атеросклероз, гипертоническая болезнь (или их сочетание), гипотоническая болезнь. Значительно реже встречаются психические расстройства в связи с облитерирующим (церебральным) тромбангиитом. • Психические нарушения • сосудистого происхождения весьма неоднородны как по клинической картине, так и по типу течения. Обычно выделяют следующие группы расстройств: 1) нарушения так называемого непсихотического уровня в виде астенической, неврозоподобной (неврастено-подобной, астеноипохондрической,

астенодепрессивной) дис-форической и другой симптоматики и личностных изменений. Эти расстройства обычно являются начальными проявлениями сосудистого заболевания, развиваются с нарастающей интенсивностью или протекают волнообразно; 2) сосудистые психозы, имеющие клиническую картину различных вариантов помрачения сознания, галлюцинаторных, галлюцинаторно-параноидных, параноидных, аффективных и смешанных расстройств. Возникают остро, подостро, длительность их также различна (могут иметь эпизодический, более или менее длительный или затяжной характер течения); 3) сосудистая деменция. Характер и выраженность психических расстройств обычно связаны со стадией основного сосудистого заболевания, однако иногда такой прямой зависимости не отмечается: длительно протекающее сосудистое заболевание может не сопровождаться заметными психическими расстройствами либо проявляться незначительной неврозоподобной или психопатоподобной симптоматикой.

21.1. Психические нарушения при атеросклерозе мозговых артерий Атеросклероз — самостоятельное общее заболевание с хроническим течением, возникающее чаще у пожилых людей, хотя возможно его появление и в довольно молодом возрасте.

310

Церебральный атеросклероз сопровождается рядом нервно-психических изменений и при неблагоприятном течении может привести к выраженному слабоумию или даже смерти.

21.1.1. Клинические проявления

Клиническая картина церебрального атеросклероза различна в зависимости от периода заболевания, выраженности его, характера течения и т. д. Довольно часто заболевание дебютирует неврозоподобной симптоматикой в виде раздражительности, повышенной утомляемости, снижения работоспособности, особенно умственной. Больные становятся рассеянными, с трудом концентрируют внимание, быстро устают. Характерной особенностью начального церебросклероза является также усиление, как бы своеобразное шаржирование прежних черт личности: люди, ранее недоверчивые, становятся откровенно подозрительными, беспечные — еще более легкомысленными, экономные — очень скупыми, склонные к беспокойству — выражение тревожными, недоброжелательные — откровенно злобными и т. д. Иными словами, то, что К. Шнейдер образно назвал “карикатурным искажением личности”. По мере развития заболевания все более отчетливо выявляются нарушения памяти и снижение работоспособности.

Больные забывают, что им нужно сделать, не помнят, куда они положили ту или иную вещь, с большим трудом запоминают новое. Особенно слабеет память на текущие события (прошлое больные могут помнить довольно хорошо), имена и даты (нарушение хронологической ориентации). Это заставляет больных, обычно критически оценивающих свое состояние, все чаще прибегать к записной книжке. В некоторых случаях дело может дойти до возникновения типичного синдрома Корсакова. По мере прогрессирования болезни меняется и мышление больных: оно теряет прежнюю гибкость и подвижность.

Появляются чрезмерная обстоятельность, заострение на каких-то деталях, многословие, больные со все большим трудом выделяют главное, переключаются с одной темы на другую (наступает тугоподвижность, или, как это иначе образно называют, окостенение мышления). Очень характерной чертой церебрального атеросклероза является возникнове-

311

ние выраженной эмоциональной лабильности — так называемого слабодушия. Больные становятся слезливыми, легко умиляются, не могут без слез слушать музыку,

смотреть фильм, плачут при малейшем огорчении или радости, легко переходят от слез к улыбке и наоборот. Именно эта чрезвычайная эмоциональная лабильность страдающих церебральным атеросклерозом породила известное выражение “на чувстве этих больных

можно играть, как на клавишах”. Типична также склонность к реакциям раздражения, постепенно усиливающимся вплоть до резких гневливых вспышек по самым незначительным поводам. Больные делаются все более трудными в общении с окружающими, у них развиваются эгоизм, нетерпеливость и требовательность; появляется чрезвычайная обидчивость. Выраженность нарушений мышления и памяти, эмоциональная несдержанность и особенности поведения говорят уже о наступлении так называемой атеросклеротической деменции, относящейся к разновидности лакунарного (парциального, дис-мнестического) слабоумия.

Церебральный атеросклероз может быть одной из причин эпилепсии, возникающей в пожилом возрасте. В ряде случаев появляется депрессия, нередко с повышенной мнительностью в отношении своего здоровья, а порой и с массой ипохондрических жалоб. Реже встречается эйфория. Иногда остро возникают (чаще ночью) состояния измененного сознания с бредом и галлюцинациями (зрительными и слуховыми), длящиеся обычно несколько часов, реже — дней. Могут возникать и длительные галлюцинации, преимущественно слуховые. Значительно чаще у больных с атеросклерозом мозговых сосудов отмечаются хронические бредовые состояния. Обычно это бред ревности, отношения, преследования, ипохондрический, сутяжный, но могут встречаться и бредовые идеи иного характера (бред изобретательства, любовный и т. д.). Нередко бред, возникший у больных с атеросклерозом, носит паранойяльный характер.

Характерным симптомом выраженного атеросклероза является инсульт. Происходит внезапное глубокое помрачение сознания, чаще всего кома. Могут быть состояния помрачения сознания в виде сопора или оглушения. Если поражение захватило жизненно важные центры, быстро наступает летальный исход. В иных случаях динамика состояния больного следующая: кома, длящаяся чаще всего от не-

312

скольких часов до нескольких дней, сменяется сопором, и лишь постепенно происходит прояснение сознания. В этом периоде постепенного выхода из коматозного состояния у больных наряду с дезориентировкой и спутанностью могут быть речевое и двигательное возбуждение, беспокойство, тревоги, страхи. Возможны и судорожные состояния.

Последствиями инсультов бывают не только характерные неврологические нарушения (параличи, афазии, апраксии и т.д.), но часто и выраженные психические нарушения в виде так называемого постапоплексического слабоумия, носящего обычно также лакунарный характер.

Инсульты не всегда возникают внезапно, в ряде случаев им предшествуют продромальные явления (предынсульт-ные состояния). Предвестники выражаются в виде головокружений, приливов крови к голове, шума в ушах, потемнения или мелькания мушек перед глазами, парестезии на той или иной половине туловища. Иногда появляются парезы, расстройства речи, зрения или слуха, сердцебиение. Предынсультные состояния не обязательно должны кончаться типичным инсультом, порой дело ограничивается лишь этими преходящими нарушениями. Инсульты могут возникать как внезапно, так и в связи с различными провоцирующими факторами: состояния психического напряжения (гнев, страх, тревога), половыми и алкогольными эксцессами, переполнением желудка, запорами и т. д.

Больной 65 лет, в прошлом преподаватель географии. Отец больного страдал атеросклерозом, умер в 63 года после инсульта, мать скончалась от пневмонии в 60 лет. Больной, кроме детских инфекций и простудных заболеваний, ничем в прошлом не болел. Артериальное давление всегда было в пределах нормы. Алкоголем не злоупотреблял, но с юности много курил. По характеру был спокойным, трудолюбивым, несколько педантичным. Помимо преподавательской работы, много времени уделял написанию книг научно-популярного характера, работал до позднего вечера, не отдыхал. Последние 12 лет стал ограничивать свою деятельность только преподаванием, так как появилась

повышенная утомляемость, особенно во второй половине дня: “Становился как выжатый лимон”. Стал плохо спать, с утра испытывал головные боли, “голова как свинцом налита”. Затем стал быстро уставать и от школьных уроков, проводил их вяло, иногда “вдруг забывал” какое-то географическое название и, “чтобы ученики не заметили, пытался как- то выкрутиться”: шутил над собой или незаметно переводил разговор на другую тему.

Стало все труднее запоминать новый материал, к урокам начал все записывать, делал это все более тщательно и вообще становился все более педантичным. Появилась несвойственная ему ранее раздражительность, с трудом переносил разговоры учеников на уроках, однажды внезапно “дико” накричал на одного из учеников, устыдился своего поступка, со слезами на глазах стал просить прощения. Дома также возникали внезапные вспышки раздражения, потом раскаивался, плакал,

313

но быстро успокаивался, особенно если близкие начинали утешать его Оставил работу, был переведен на инвалидность. Прежде внимательный и заботливый к окружающим, стал более черствым, эгоистичным и обидчивым. По многу раз говорил об одном и том же, сердился и расстраивался, когда его не слушали. Отмечал все большие расстройства памяти на текущие события, путал дни недели и даты. Прошлое помнил довольно хорошо. Затем, выходя из дома погулять, стал забывать обратную дорогу, входил в чужие подъезды. Однажды ушел далеко от дома, растерянно бродил по улицам, плакал. Был- доставлен в милицию и после консультации вызванного психиатра направлен в психиатрическую клинику, где долго не мог запомнить имени лечащего врача, а наконец запомнив, называл им всех женщин из числа персонала. Не помнил текущих дат, ближайших событий, но часто вспоминал давние, уверял, что это было только что В частности, сообщал, что вчера бьи в издательстве, где выходит его очередная книга, на прошлой неделе ходил со своими учениками в горы, сегодня утром проверял экзаменационные билеты. Настроение неустойчивое: приветливость и благодушие внезапно сменяются вспышками гнева или плачем, особенно при воспоминании о каких- то старых, даже несуществующих обидах. В то же время следует прежним морально- этическим правилам: при приближении к нему любой женщины—служащей больницы встает, извиняется, что плохо выбрит, просит разрешения полежать в ее присутствии.

Артериальное давление постоянно в пределах возрастной нормы.

Диагноз: церебральный атеросклероз; дисмнестическое (лакунарное, парциальное) слабоумие; корсаковский синдром.

Неврологические и соматические нарушения. Больные атеросклерозом часто испытывают головокружения, головные боли, шум в ушах (в виде гудков, свистков, шипения, постукивания и т. д.), нередко синхронный с пульсом. Характерны также жалобы на расстройства сна (заснув с вечера, больные обычно довольно скоро просыпаются и заснуть уже не могут, может быть также извращение ритма сна). При неврологическом обследовании часто обнаруживаются уменьшение величины зрачков и вялая их реакция на свет, тремор пальцев рук, нарушение координации тонких движений, повышение сухожильных рефлексов. По мере утяжеления заболевания неврологические нарушения становятся все более выраженными, особенно после инсультов, когда уже появляется грубая органическая симптоматика (паралич, афазия, апраксия и т.д.).

Из соматических нарушений обнаруживаются склеротические изменения периферических сосудов и внутренних органов (особенно сердца, аорты и почек), могут отмечаться повышение артериального давления, тахикардия, иногда периодически возникающее

чейн-стоксово дыхание (при атеросклерозе артерий, питающих продолговатый мозг). Как на один из ранних симптомов церебрального

314

атеросклероза указывают на парестезии, и в частности глоссалгию — длительные болевые ощущения в языке, обычно в виде чувства жжения. Характерен и внешний вид больных: человек выглядит старше своего возраста, кожа его желтеет, становится дряблой и морщинистой, отчетливо обозначаются плотные и извитые подкожные сосуды, особенно на висках.

21.1.2. Этиология, патологическая анатомия и патогенез

Этиология и патогенез атеросклероза полностью пока еще не выяснены. Определенное значение имеет нарушение липидного обмена (главным образом холестеринового), приводящее к отложению липидов во внутренней оболочке артерий с последующим реактивным разрастанием соединительной ткани. Вследствие поражения сосудистой стенки происходят различной тяжести расстройства мозгового кровообращения, вызывающие те или иные поражения нервной ткани.

Для объяснения механизма поражения сосудов был предложен ряд теорий, в частности так называемая инфильт-рационная теория, согласно которой ведущая роль в развитии сосудистых изменений при атеросклерозе принадлежит инфильтрации стенок артерий липидами, циркулирующими в крови.

Однако в последние годы стали появляться исследования, свидетельствующие о том, что липидной инфильтрации часто предшествуют первичные изменения физико-химического состояния сосудистой стенки (накопление в интиме мукополисахаридов, жирных кислот, неэкстрагируемого коллагена, частичная гипоксия тканей сосудистой стенки, изменения ее проницаемости и проникновение белков плазмы в толщину интимы).

В возникновении психических нарушений несомненное значение имеют такие факторы, как гипоксия мозга или разрушение и гибель участков нервной ткани вследствие ишемии либо кровоизлияния в мозг. Дополнительными вредными факторами, влияющими как на основное заболевание, так и на возникновение и тяжесть психических нарушений, могут быть конституционально-генетические особенности, различные интоксикации, инфекции, общесоматические заболевания, эндокринные сдвиги, общие нарушения обменных процессов, особенности питания и об-

315

раза жизни, в том числе длительный и тяжелый, без необходимого отдыха интеллектуальный или физический труд.

* + 1. Диагноз, течение и прогноз

Диагностика основывается на выявлении описанных выше нарушений, характере их возникновения и динамики у больных с соматоневрологическими признаками атеросклероза.

Подтверждением сосудистого генеза выявленных психических нарушений является обнаружение начальной психоорганической симптоматики: мнестических и аффективных нарушений, заострения личностных особенностей.

Течение часто имеет волнообразный характер, особенно в первые годы заболевания. Тяжесть прогноза определяется не только степенью поражения сосудов, но и локализацией процесса.

* + 1. Профилактика и лечение

Для профилактики атеросклероза, помимо правильного пищевого режима (ограничение пищи, богатой холестерином и жиром) и исключения таких интоксикаций, как алкоголизм и курение, имеют очень большое значение правильная организация труда и отдыха, систематические посильные физические упражнения и особенно предупреждение перенапряжения центральной нервной системы.

Лечение атеросклероза (патогенетическое и симптоматическое) должно проводиться со строгим учетом всех особенностей клинической картины, быть комплексным и длительным, направленным как на нормализацию липидного обмена и церебральной гемодинамики, так и на активизацию метаболизма сосудистой стенки и нервных клеток.

При начальных проявлениях болезни показаны витаминотерапия, особенно витамины С и РР, а также поливитаминные препараты (аевит, ундевит, декамевит и т. д.). Назначают также лечение препаратами йода: кальцийодином, 0,3% раствором йодида калия (по одной столовой ложке 3 раза в день) или 5% раствором йодной настойки (начиная с 2—3 капель по 2 раза в день, постепенно прибавляя по 1—2 капли в день, довести до 15—20 капель 2 раза в день). Принимать в молоке после еды. Рекомендуются и пищевые продукты, содержащие йод, например морская капуста, осо-

316

бенно показанная при склонности к запорам. При лечении препаратами йода не следует забывать о возможных явлениях йодизма. Применяются линетол и близкий ему по действию арахиден, клофибрат (мисклерон), полиспонин, метионин.

На всех стадиях атеросклероза, в том числе и в инициальном периоде, показаны ноотропы (от греч. noos — разум, мышление и tropes — поворот, направление) в связи с их способностью улучшать биоэнергетический метаболизм нервных клеток и активизировать тем самым интегративные механизмы мозга. Это в первую очередь аминалон (гаммалон), пирацетам (ноотропил), пиридитол (энцефабол).

Улучшают мозговое кровообращение циннаризин (сту-герон), кавинтон, винкапан, девинкан, пентоксифиллин (трентал).

В последние годы для профилактики и лечения атеросклероза рекомендуются гемо- и плазмосорбция, замедляющие, приостанавливающие процессы накопления холестерина (Ю. М. Лопухин).

При динамических нарушениях мозгового кровообращения (наряду с дибазолом, лазиксом и т. д.) следует вводить внутримышечно пирацетам (ноотропил) в период кризиса, а затем продолжать лечение перорально.

Очень большое значение для лечения атеросклероза имеют диета, соблюдение режима труда и отдыха, лечебная фикультура, психотерапия.

При атеросклеротических психозах показано назначение производных фенотиазина: аминазина, тизерцина (нозинан, левомепромазин), этаперазина (трилафон, перфеназин). Применение нейролептиков следует начинать с малых, доз. При состоянии тревоги показаны транквилизаторы тазепам, мепротан, либриум, феназепам и т. д. Седативные средства при атеросклерозе следует назначать с осторожностью, так как возможен парадоксальный эффект — усиление беспокойства. В ряде случаев показаны антикоагулянты. При сочетании атеросклероза с гипертонической болезнью назначаются гипотензивные средства. При атеросклеротиче-ском слабоумии рекомендуются такие препараты, как це-ребролизин, липоцеребрин, фитин, метионин, а также но-отропные препараты. Очень важно следить за состоянием внутренних органов, особенно сердца и кишечника, у больных атеросклерозом.

Лечение при инсультах подробно изложено в учебниках 317

по неврологии и нейрохирургии. Терапия постинсультных состояний должна включать в себя ноотропные препараты, церебролизин, лечебную физкультуру, психотерапию при тревогах и беспокойстве.

* 1. Психические нарушения при гипертонической болезни
     1. Клинические проявления

Наряду с заболеваниями сердца и почек для гипертонической болезни очень характерны церебральные расстройства. Выражаются они в различных типах нарушений мозгового кровообращения, начиная от легких гипертонических кризов и кончая самым тяжелым поражением — инсультом. Среди летальных исходов при гипертонической болезни количество случаев смерти вследствие расстройства мозгового кровообращения стоит на втором месте после случаев смерти от поражений сердца.

Помимо многочисленных неврологических нарушений, связанных с тем или иным типом расстройства мозгового кровообращения (более или менее стойкие очаговые поражения в виде парезов, параличей, изменений чувствительности, афазий, апраксий и т.д.), для гипертонической болезни характерны и разнообразные психические нарушения — так называемые гипертонические психозы. Психопатологические явления, возникающие вследствие гипертонической болезни, могут встречаться при любых формах и стадиях заболевания. Вместе с тем имеется определенная связь между характером психических нарушений и стадией гипертонической болезни. Например, неврозоподобная симптоматика более характерна для I (начальной) стадии заболевания, а развитие слабоумия наблюдается преимущественно в III (конечной) стадии. Наиболее часто гипертоническая болезнь вызывает следующие типы психических нарушений (Е. С. Авербух):

1. неврозоподобную и психопатоподобную симптоматику;
2. тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые синдромы;
3. состояния помрачения сознания; 4) состояния слабо умия. Помимо этих четырех (выделенных с известной долей схематизма) групп психических нарушений встре чаются и другие, менее частые расстройства: псевдопара литический статус, напоминающий картину прогрессивного паралича, псевдотуморозный синдром, симулирующий кли- 318

ирр^ия—г—-

* нику νΐΛ ЛГТъН

нику опухоли мозга, довольно редко возникающее маниакальное состояние и т. д. Отмечаются и смешанные клинические картины.

Больные гипертонической болезнью очень часто предъявляют жалобы на раздражительность, головные боли, плохой сон, повышенную утомляемость и вялость, снижение работоспособности, становятся рассеянными, мнительными, слабодушными и плаксивыми, очень обидчивыми. У одних при этом преобладает астенический синдром, у других — раздражительность и вспыльчивость. Нередко возникают и разного рода навязчивые состояния: навязчивый счет, навязчивые воспоминания и сомнения и особенно мучительные для больных навязчивые страхи. Больные страдают от кардиофобии, испытывают навязчивый страх смерти, страх высоты, движущегося транспорта, большой толпы и т. д.

Психопатоподобные состояния при гипертонической болезни чаще всего возникают вследствие своеобразного заостроения прежних характерологических особенностей, подобно тому, что наблюдается в начальных стадиях церебрального атеросклероза и что К. Шнейдер назвал шаржированным карикатурным искажением личности (см. главу 21). Больные становятся все более трудными в общении, у них легко возникают аффективные вспышки, они не терпят возражений, легко плачут.

Довольно типичной картиной, наблюдающейся у больных гипертонической болезнью, является снижение настроения. В одних случаях при этом преобладает тоскливо- подавленное состояние, в других — тревожность и беспокойство. Тревога чаще всего носит немотивированный характер, возникает внезапно, иногда ночью. У больных гипертонической болезнью может внезапно появиться сильный страх. Бредовые идеи нередко связаны с депрессивным состоянием. Наиболее часто встречаются ипохондрический бред, бред осуждения, отношения и преследования, могут возникать также идеи ревности и самообвинения, реже — бред иного характера.

Характерны состояния помраченного сознания. Наряду с синдромом оглушения в различных его степенях, начиная от обнубиляции и кончая самым тяжелым нарушением

* комой (при инсульте), могут возникать сумеречные состояния сознания, сновидные (онейроид), делириозные и амен-тивные состояния (см. главу 11). Свойственные больным гипертонической болезнью нарушения памяти могут быть

319

выражены в самой различной степени начиная от легкой забывчивости и кончая грубыми мнестическими расстройствами. Может развиваться органический психосиндром. Иногда встречается типичный синдром Корсакова. В ряде случаев гипертоническая болезнь приводит к выраженному слабоумию. Деменция может возникнуть как в связи с инсультами (постинсультная или постапоплексическая де-менция), так и без них.

* + 1. Этиология и патогенез

Гипертоническая болезнь — одно из самых распространенных заболеваний, с которым встречаются врачи многих специальностей, в том числе и психиатры. Вопросы этиологии и патогенеза гипертонической болезни, так же как профилактика и лечение ее, относятся к числу чрезвычайно актуальных проблем современной медицины. Гипертоническая болезнь возникает в результате более или менее интенсивных и длительных состояний психического напряжения, вызываемых различными психогенными (психотрав- мирующими) моментами. Иными словами, изменения сосудистого тонуса, лежащие в основе гипертонической болезни, обусловлены (путем очень сложных нейрогумораль-ных механизмов) психогенно возникающими нарушениями высшей нервной деятельности. Эта теория психогенеза гипертонической болезни, выдвинутая Г. Ф. Лангом и развитая в дальнейшем А. Л. Мясниковым, является в настоящее время наиболее распространенной и признанной. Однако психогенно вызванные состояния аффективного напряжения, имеющие огромное значение в происхождении гипертонической болезни, не являются единственным патогенным воздействием. Имеют значение и такие факторы, как наследственные особенности, возрастное предрасположение, эндокринные сдвиги и т. д.

Гипертоническая болезнь может быть связана также с поражением сосудов почек — снижением почечного кровотока.

* + 1. Профилактика и лечение

Для предупреждения гипертонической болезни очень большое значение имеет устранение всех факторов, вызывающих состояние аффективного напряжения. Урегулиро-

320

ванные семейные отношения, правильная организация труда и отдыха, физические упражнения, пищевой режим, исключение интоксикаций — все эти факторы способствуют профилактике гипертонической болезни, а в начальных стадиях ее дают и хороший терапевтический эффект.

Лечение гипертонической болезни должно быть комплексным и строго индивидуальным. Медикаментозная терапия гипертонической болезни, подробно изложенная в учебнике по внутренним болезням, всегда должна сочетаться с продуманной психотерапией, диетотерапией, правильно организованным режимом дня с твердым соблюдением режима труда и отдыха, лечебной физкультуры.

При неврозоподобной и психопатоподобной симптоматике особенно показаны различные седативные средства (препараты валерианы, пустырника и т. д.), а также транквилизаторы, в первую очередь производные бензодиазепина: элениум (либриум), диазепам (седуксен, валиум), оксазе-пам (тазепам), мезапам (рудотель), феназепам.

Показан и мепротан (мепробамат, андаксин).

В начальных стадиях болезни может быть полезной также терапия электросном. Для лечения гипертонических психозов показаны препараты фенотиазинового ряда, из которых применяется, в частности, тизерцин (левомепро-мазин, нозинан), в некоторых случаях (при резком возбуждении, стойких бредовых идеях, выраженном аффективном напряжении) — аминазин (хлорпромазин, ларгак-тил). Однако при введении этих

препаратов надо помнить о возможном очень быстром гипотензивном эффекте вплоть до ортостатического коллапса, поэтому вводить их надо с большой осторожностью, под контролем за артериальным давлением.

При острых сосудистых психозах, протекающих с состоянием спутанности, показаны ноотропные препараты, в первую очередь пирацетам (ноотропил) внутримышечно или перорально. Применяются эти препараты и при инсультах: в остром периоде парентерально, затем перорально на протяжении 1—2 мес. Для лечения постинсультных состояний показан также аминалон (гаммалон) перорально.

Пирацетам (ноотропил) и аминалон (гаммалон) назначаются также при развитии психоорганического синдрома.

11—1039 321

* 1. Психические нарушения при гипотонической болезни

У больных гипотонической болезнью могут возникать гипотонические кризы, сопровождающиеся головокружениями, резкой слабостью, вазомоторными нарушениями, иногда обморочные состояния.

Больные очень часто жалуются на головные боли, головокружения, появляющиеся обычно при переходе, особенно резком, из горизонтального положения в вертикальное, шум в ушах, вялость, повышенную утомляемость. У некоторых больных, помимо астенической симптоматики, возникают и депрессивные состояния, обычно нерезко выраженные. В ряде случаев больные становятся тревожными и мнительными, высказывают множество ипоходрических жалоб. Иногда возникают навязчивые страхи — фобии.

Лечение. Показаны витаминотерапия (С и Βι>, назначение биогенных препаратов, стимулирующих средств: женьшеня, китайского лимонника, настойки заманихи, настойки аралии, элеутерококка, пантокрина, кофеина, при повышенном протромбиновом индексе

* антикоагулянтов. Медикаментозную терапию при гипотонической болезни нужно сочетать с трудотерапией, физиотерапией (обтирание, души, углекислые ванны), лечебной физкультурой и правильной организацией труда и отдыха.
  1. Психические нарушения при облитерирующем (церебральном) тромбангиите

Больные облитерирующим тромбангиитом предъявляют жалобы на головные боли, головокружения, слабость, сонливость, повышенную утомляемость. Клиническая картина нервно-психических нарушений разнообразна и изучена еще недостаточно. Помимо очаговой симптоматики, описаны эпилептиформные состояния, шизофреноподобные картины, состояния помраченного сознания, клиническая картина псевдотумора. После 40—50 лет церебральный тромбангиит трудно дифференцировать с церебральным атеросклерозом. Заболевание может привести к выраженному слабоумию.

Профилактика и лечение. Рекомендуются полное исключение алкогольных напитков и курения, покой, оберегание больного от волнений. Показана терапия комплексом витаминов группы В (Βι, Βΐ2, Вб) и С, поливитаминами, антикоагулянтами, препаратами йода, суль-

322

фатом магния, лекарственными средствами спазмолитического и сосудорасширяющего действия.

21.5. Экспертиза

В начальных стадиях сосудистых заболеваний больные могут продолжать свои обычные занятия, хотя и с большими усилиями, ввиду повышенной утомляемости. Инвалидиза-ция, наступающая при выраженных нервно-психических нарушениях, является показанием к переводу больных на III, II и даже I группу инвалидности.

Определение вменяемости или невменяемости зависит от психического состояния больных с сосудистой патологией головного мозга, степени психических нарушений. При выраженной патологии (слабоумие, наличие бреда и т. д.) больные считаются невменяемыми.

Глава 22

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Психические нарушения встречаются при всех опухолях мозга, но далеко не всегда они достаточно четко и своевременно оцениваются как проявление опухолевого процесса. Функции головного мозга нарушаются в связи с воздействием опухоли, сопровождающимся: 1) повышением внутричерепного давления; 2) (давлением и смещением отдельных участков мозга; 3) разрушением ткани мозга в месте развития опухоли; 4) расстройствами крово- и ликворооб-ращения; 5) реактивным отеком и набуханием ткани головного мозга. Каждый из указанных факторов может быть источником то разлитых, охватывающих всю сложную мозговую мозаику, то более очерченных нарушений нейроди-намики, составляющих непосредственный субстрат симптомов (О. В. Кербиков).

22.1. Клинические проявления

Психические расстройства при опухолях мозга относятся к группе экзогенно- органических нарушений.

Наиболее рано возникающим симптомом является головная боль, она бывает связана с повышением внутричерепного давления и носит разлитой распирающий ха-

11\*

323

рактер. Выраженность этих расстройств зависит от размеров опухоли и ликвородинамических нарушений. Головные боли, наблюдающиеся в ночное и утреннее время, связывают с венозным застоем в полости черепа и усилением внутричерепного давления.

С повышением внутричерепного давления связаны рвота и брадикардия. Рвота обычно возникает внезапно и не связана с диспепсическими явлениями или приемом пищи.

Характерно их возникновение ночью или рано утром.

Наиболее частым из психических нарушений при опухолях является нарушение сознания от неглубоких состояний оглушения (обнубиляций) до выраженных состояний оглушения, сопора и комы, которые связаны с нарастающим внутричерепным давлением и становятся отчетливыми при достижении его определенной степени.

При оглушении наблюдается снижение активного внимания, нарушается в дальнейшем и пассивное, внимание больного привлекается только громкими раздражителями. Больные вялы, апатичны, безучастны к происходящему. Все психические процессы обеднены, затруднены и замедлены. На фоне оглушенности развиваются другие состояния нарушенного сознания (делириозные, сумеречные), а также острые психотические состояния по типу экзогенных.

При опухолях могут наблюдаться так называемые особые состояния, возникающие пароксизмально с типичной органической симптоматикой: искаженные пространственные восприятия, метаморфопсии, аутометаморфопсии (расстройства схемы тела), вестибулярные и деперсонализационные расстройства.

Существует определенная связь психотических состояний с локализацией опухолей. Так, например, делириозные и сновидные состояния чаще наблюдаются при опухолях височной доли, сумеречные состояния — при опухолях мозгового ствола.

Психоорганические расстройства отмечаются при различной локализации опухолей. Выраженность этих расстройств зависит от темпа роста опухоли, давности заболевания и

возраста больных. У 25% больных наблюдается клиническая картина корсаковского синдрома, который развивается постепенно и прогрессирует. В мыслительной деятельности нарушения проявляются в сужении и обеднении ассоциативных процессов, утрате четкости понятий и представлений, снижении уровня суждений. Аффективная ла- 324

бильность, имеющаяся на первых этапах развития опухоли, сменяется эмоциональным обеднением или состоянием слабоумия с веселым возбуждением — морией.

При опухолях возможны приступообразные галлюцинаторные расстройства — рудиментарные галлюцинации, галлюцинозы, которые имеют значение для топической диагностики опухолей. Неприятные вкусовые, обонятельные (гарь, гниль, дым и др.) галлюцинации и устрашающие зрительные пароксизмально возникающие самостоятельно или как аура перед припадком являются признаком височных опухолей.

При опухолях затылочной области наблюдаются элементарные зрительные галлюцинации, сочетающиеся с нарушением цветоощущения и различного вида гемианопсиями.

Нарушения восприятия собственного тела (расстройства сенсорного синтеза, схемы тела), когда больные жалуются, что руки или ноги стали непомерно большими, голова увеличивается, шея перекручивается, наблюдаются чаще при опухолях теменной области. Эпилептические расстройства (припадки, абсансы, сумеречные состояния сознания) относятся к частым симптомам опухолей головного мозга. Ограниченные (джексоновские) припадки чаще наблюдаются при локализации опухолей в области центральных извилин. Описаны типичные дисфо-рические состояния при опухолях, склонность к экстатическим переживаниям, эпилептоидные изменения личности, поведения и мышления.

По мере нарастания оглушенности больной, предоставленный самому себе, большую часть времени проводит в полудремотном состоянии и может быть выведен из него только настойчивым обращением, но, оставленный в покое, снова погружается в полудрему. Оглушенность, нарастая, переходит в сопорозное состояние.

Параллельно с нарастанием оглушенности развиваются нарушения памяти и ориентировки. Больные не помнят или с трудом вспоминают, какую пищу принимали накануне, не могут вспомнить события последнего времени, имена своих близких, детали, адреса, рассказать историю своей болезни. Они плохо ориентируются в месте и времени, часто уверяют, что в больнице находятся 2—3 дня или что они дома, а не в больнице и т. д.

Страдает и аффективная сфера: больные становятся раздражительными, легковозбудимыми, легкомысленными, дурашливыми или агрессивными, но чаще бывают вялыми,

325

апатичными, безразличными, постепенно утрачивают интерес к событиям и окружающему, делаются безучастными к делам, дому, семье.

Утрачивается способность к суждениям, отвлеченному и комбинированному мышлению. Ответы становятся односложными, суждения и поступки — немотивированными.

У больных появляется не обоснованная ни их положением, ни окружающей действительностью склонность к шутливости и нелепым замечаниям. Недооценка больными всей серьезности своего положения бывает очень выраженной. Так, один больной с глиомой лобно-височной области, с резким ослаблением зрения, упорными рвотами, головными болями и гемипарезом настойчиво требовал выписки, уверяя, что он совершенно здоров и может работать, хотя из-за гемипареза и общего тяжелого состояния утратил способность к самостоятельному передвижению.

Нередки и многообразны обманы чувств: зрительные, слуховые, вкусовые галлюцинации и нарушения схемы тела (анозотопогнозии).

Галлюцинации наблюдаются примерно у 10—12% всех больных с опухолевыми заболеваниями мозга. Чаще они носят неприятный характер: больные ощущают запахи дыма, гари, лекарств, трупа и т. д., видят животных, нередко фантастических, готовых напасть, странные фигуры людей, слышат погребальные или грустные напевы, писк ребенка и др.

Больные ощущают увеличение или уменьшение частей тела, изменение их положения, формы или полное отделение от тела.

Галлюцинации, особенно зрительные и анозотопогнозии, могут приобретать значительную выраженность и быть источником тяжелых переживаний. Одна больная с глиомой правой височной области видела скелет, покрытый саваном, с косой в руках и испытывала при этом животный страх. У другой больной с туберкуломой теменной доли было ощущение винтообразного скручивания конечностей, при этом она с выражением ужаса на лице умоляла окружающих держать ее ноги.

Галлюцинации могут возникать как изолированно, так и в различных комбинациях. Наиболее сложные галлюцинации наблюдаются при опухолях височной доли. У таких больных одновременно возникают обонятельные, слуховые и зрительные галлюцинации. В связи с описанными психическими нарушениями из-

326

меняются и поведение больного, и его взаимоотношения с окружающими. Эти начальные расстройства иногда напоминают другие психические заболевания: корсаковский, псевдопаралитический синдромы, маниакально-депрессивный психоз и др. Страдающие опухолями головного мозга чаще умирают в психиатрических больницах, чем в лечебных учреждениях иного профиля.

22.2. Роль психических нарушений в диагностике опухолей мозга

В тех случаях, когда на первый план выступают психические нарушения, обусловленные повышением внутричерепного давления, диагностика не вызывает затруднений.

В случаях, когда другие психические нарушения выступают на первый план или речь идет о пожилом больном с атеро-склеротическими или невротическими расстройствами, могут возникать значительные диагностические затруднения.

Нарушения психики при опухолях мозга редко приобретают характер какой-либо определенной нозологической формы, поэтому все случаи неопределенного нетипичного расстройства должны подвергаться тщательному анализу на основании имеющихся неврологических симптомов и результатов исследования глазного дна.

По поводу топико-диагностического значения психических нарушений нет единого мнения. Нарушения психики, в основе которых лежит водянка мозга, вызванная опухолью, не имеют топико-диагностического значения. В тех случаях, когда оглушенность и другие психические нарушения возникают в связи с повышенным внутричерепным давлением, вызванным массой самой опухоли, они могут иметь известное диагностическое значение. Это относится в первую очередь к опухолям лобных, левой височной долей и мозолистого тела.

При опухолях — менингиомах базальной коры лобных долей наблюдается псевдопаралитический синдром с постепенным нарастанием амнестических расстройств. Аналогичные расстройства могут носить вторичный характер при опухолях гипофиза.

Обычно в этих случаях появляются инфундибулотуберальные симптомы с расстройствами функций сна и бодрствования, явлениями булимии, сексуальными нарушениями и изменениями терморегуляции.

В дальнейшем при росте опухоли наблюдаются дурашливость, эйфория и слабоумие с нелепыми поступками.

327

Изменения психики при поражении коры лобных долей качественно и количественно разнообразны. Наблюдается широкий диапазон изменений — от легкого нарушения активности и спонтанности до грубых изменений, которые известны только при исходных состояниях прогрессивного паралича и шизофрении.

При поражении коры лобных долей, главным образом выпуклой поверхности, ближе к полюсу лобной доли, наблюдаются аффективно-волевые нарушения по типу апа-тико- акинетико-абулического синдрома. Больные становятся медлительными, тупыми, аспонтанными, бедными в движениях.

При поражениях левого полушария все эти нарушения более массивны, главным образом за счет нарушений ρ е-чи и мышления, понятие об окружающей жизни сужено и уплощено.

При поражении коры лобных долей премоторной зоны выступают сложные моторные и психомоторные автоматизмы, эпилептиформные припадки и сумеречные состояния сознания. При очень медленном росте опухоли могут наблюдаться психические изменения личности по типу эпилептических.

При локализации опухолей в височных долях часто наблюдаются различные галлюцинации с преобладанием обонятельных, эпилептиформные припадки, нарушения памяти и раздражительность. Диагностическая ценность галлюцинаций оценивается неоднозначно.

22.3. Сравнительно-возрастные особенности психических нарушений при опухолях мозга

У детей с психопатологическими проявлениями опухолей наблюдается сочетание органических нарушений, обусловленных опухолевым процессом с типичными для этапов созревания психики особенностями.

Симптомы опухолей мозга в детском возрасте менее выражены: наряду с утренней рвотой часто внезапно возникают головные боли, приступы судорог. У одних детей наблюдается недетское поведение, у других — апатия с дурашливостью. Может иметь место речевая и поведенческая регрессия (Г. Гѐльниц).

При медленно нарастающих расстройствах обнаружива-. ются изменения в поведении: раздражительность, конфлик-

328

ты в школе, школьная дезадаптация с постепенным нарастанием утраты интереса к играм, апатии и органического слабоумия.

* 1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия

Причиной психических нарушений при опухолях мозга является сам опухолевый процесс, повреждающий мозг В формировании психических нарушений, с одной стороны играют роль факторы, обусловленные самой опухолью, ее локализация, гистобиологическая природа, особенности темпа роста, отек и набухание мозга, нарушения ликвороди-намики, повышение внутричерепного давления и др., и с другой — состояние организма больного, его возраст, перенесенные ранее травмы и инфекции, эндокринные сдвиги конституциональные особенности личности, соматические заболевания и др.

Опухоли по локализации делятся на супратенториальные (больших полушарий) и субтенториальные (задней черепной ямки), а также на внемозговые (экстрацеребральные) и внутримозговые (интрацеребральные), выделяются также еще внутрижелудочковые опухоли.

Среди опухолей больших полушарий около 75% — внутримозговые и 25% — внемозговые (оболочечно-сосудистые)

* 1. Распространенность

В литературе приводятся различные данные о частоте психических нарушений при опухолях головного мозга: И. Я. Раздольского (1941) — в 75—78% случаев, Walter-Buell (1951) — в 70%. Считается, что частота психических нарушений зависит от расположения опухоли: 100% — при опухолях мозолистого тела, 79% — при лобных опухолях, 52,1— 66,6% — при опухолях гипофиза, височных, теменных и затылочных долей, 25% — при опухолях мозгового ствола и 35,5% — при опухолях мозжечка.

Такие различия обусловлены как особенностями опухолевого процесса, так и тщательностью психопатологического, неврологического, нейропсихологического обследования.

Мозговые опухоли на вскрытиях в психиатрических больницах обнаруживаются в 3—4% случаев, причем у многих умерших опухоли при жизни не были диагностированы.

Частота психических нарушений при опухолях головного 329

мозга увеличивается с возрастом: если в возрасте до 20 лет психические нарушения наблюдались в 45%, то свыше 60 лет — в 88% случаев. В позднем возрасте при опухолях головного мозга преобладают острые (транзиторные и па-роксизмальные) психотические состояния.

Процент выявленных больных с опухолями головного мозга от общего числа обследованных составляет не более 0,25 (примерно треть больных с доброкачественными опухолями), и при своевременном выявлении и оперативном вмешательстве можно надеяться на благоприятный прогноз.

* 1. Прогноз

Прогноз психических нарушений при опухолях, как и общий прогноз, зависит от гистобиологии опухоли, этапа развития заболевания, локализации опухоли, правильности топической диагностики и возможности хирургического вмешательства, возраста и соматического состояния больного.

Хирургическое лечение в фазе субкомпенсации приводит к летальности в 5,5% случаев, в фазе умеренной декомпенсации — в 20,9%, в фазе грубой декомпенсации — в 38%. .

Динамика психических нарушений после оперативного вмешательства различна: в одних случаях после радикальных операций с удалением участков мозга наблюдается адекватное поведение с возвращением к профессиональной деятельности, в других наблюдается формирование более или менее выраженного психоорганического синдрома.

* 1. Лечение и экспертиза

Основным лечением является хирургическое вмешательство с целью удаления опухоли. Результатом такого вмешательства могут быть полное и частичное удаление опухоли, операция типа декомпрессии. Оперативное лечение обычно сочетается с рентгенотерапией, гормональным и иммунологическим лечением, химиотерапией, избирательным введением радиоактивных изотопов в опухоль. В зависимости от психопатологической симптоматики назначают антидепрессанты и нейролептики. В послеоперационном периоде при наличии психоорганического синдрома целесообразно применение ноотропов.

Экспертные вопросы решаются в зависимости от локализации опухоли и выраженности психических нарушений.

330

Глава 23

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Соматические заболевания, состоящие в поражении отдельных внутренних органов (в том числе и эндокринных) или целых систем, нередко вызывают различные психические

расстройства, чаще всего называемые “соматически обусловленными психозами” (К. Шнайдер).

Условием для появления соматически обусловленных психозов К. Шнайдер предложил считать наличие следу ющих признаков: 1) присутствие выраженной клиники со матического заболевания; 2) присутствие заметной связи во времени между соматическими и психическими нару шениями; 3) определенный параллелизм в течении пси хических и соматических расстройств; 4) возможное,

но не обязательное появление органической симп томатики. -г, . „

Единого взгляда на достоверность этой “квадриады” в настоящее время нет.

Клиническая картина соматогенных расстройств зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, уровня эффективности терапевтических воздействий, а также от таких индивидуальных свойств заболевшего, как наследственность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, иногда пол, реактивность организма, наличие предшествующих вредностей (возможность реакции “измененной почвы” — С. Г. Жислин).

Раздел так называемой соматопсихиатрии включает в себя ряд тесно взаимосвязанных, но в то же время различных по клинической картине групп болезненных проявлений.

Прежде всего это собственно соматогения, т. е. психические нарушения, обусловленные соматическим фактором, которые относятся к большому разделу\_экзогенно-органических психических расстройств. Не меньшее место в клинике психических нарушений при соматических заболеваниях занимают психогенные нарушения (реакция на болезнь не только с ограничением жизнедеятельности человека, но и возможными весьма опасными последствиями).

331

23.1. Клинические проявления

Разные стадии заболевания могут сопровождаться различными синдромами. В то же время есть определенный круг патологических состояний, особенно характерных в настоящее время для соматогенных психических рас-\ стройств. Это следующие расстройства: 1) астенические; ' 2) неврозоподобные; 3) аффективные; 4) психопатоподоб- ные; 5) бредовые состояния; 6) состояния помрачения со-• знания; 7) органический психосиндром.

Астения — самое типичное явление при соматогениях. Нередко бывает так называемым стержневым или сквозным синдромом. Именно астения в настоящее время в связи с патоморфозом соматогенных психических расстройств может быть единственным проявлением психических изменений. В случае возникновения психотического состояния астения, как правило, может быть его дебютом, а также завершением.

Астенические состояния выражаются в различных вариантах, но типичными всегда являются повышенная утомляемость, иногда с самого утра, трудность концентрирования внимания, замедление восприятия. Характерны также эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, быстрая отвлекаемость. Больные не переносят даже незначительного эмоционального напряжения, быстро устают, огорчаются из-за любого пустяка. Характерна гиперестезия, выражающаяся в непереносимости резких раздражителей в виде громких звуков, яркого света, запахов, прикосновений. Иногда гиперестезия бывает настолько выраженной, что больных раздражают даже негромкие голоса, обычный свет, прикосновение белья к телу. Часты разнообразные нарушения сна. Помимо астении в чистом виде, довольно часто встречается ее сочетание с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями. Глубина астенических расстройств обычно связана с тяжестью основного заболевания.

Неврозоподобные нарушения. Эти расстройства связаны с соматическим статусом и возникают при утяжелении последнего, обычно при почти полном отсутствии или малой роли психогенных воздействий. Особенностью неврозопо-добных расстройств, в отличие от невротических, являются их рудиментарность, однообразие, характерно сочетание с вегетативными расстройствами, чаще всего пароксизмаль-

332

ного характера. Однако вегетативные расстройства могут быть и стойкими, длительно существующими.

Аффективные расстройства. Для соматогенных психических расстройств очень характерны дистимические расстройства, в первую очередь депрессия в ее различных вариантах. В условиях сложного переплетения соматогенных, психогенных и личностных факторов в происхождении депрессивной симптоматики удельный вес каждого из них значительно колеблется в зависимости от характера и этапа соматического заболевания.

В целом же роль психогенных и личностных факторов в формировании депрессивной симптоматики (при прогрес-сировании основного заболевания) вначале увеличивается, а затем, при дальнейшем утяжелении соматического состояния и соответственно углублении астении, существенно уменьшается.

При прогрессировании соматического заболевания, длительном течении болезни, постепенном формировании хронической энцефалопатии тоскливая депрессия постепенно приобретает характер депрессии дисфорической, с ворчливостью, недовольством окружающими, придирчивостью, требовательностью, капризностью. В отличие от более раннего этапа тревога не постоянна, а возникает обычно в периоды обострения заболевания, особенно с реальной угрозой развития опасных последствий. На отдаленных этапах тяжелого соматического заболевания при выраженных явлениях энцефалопатии часто на фоне дистрофических явлений астенический синдром включает в себя угнетенность с преобладанием адинамии и апатии, безучастности к окружающему.

В период значительного ухудшения соматического состояния возникают приступы тревожно-тоскливого возбуждения, на высоте которых могут совершаться суицидальные попытки.

Психопатоподобные расстройства. Чаще всего они выражаются в нарастании эгоизма, эгоцентризма! подозрительности, угрюмости, неприязненном, настороженном или даже враждебном отношении к окружающим, истериформ-ных реакциях с возможной склонностью к аггравации своего состояния, стремлением постоянно быть в центре внимания, элементами установочного поведения. Возможно развитие психопатоподобного состояния с нарастанием тревожности, мнительности, затруднениями при принятии какого-либо решения.

333

Бредовые состояния. У больных с хроническими соматическими заболеваниями бредовые состояния обычно возникают на фоне депрессивного, астенодепрессивного, тревожно- депрессивного состояния. Чаще всего это бред отношения, осуждения, материального ущерба, реже нигилистический, порчи или отравления. Бредовые идеи при этом нестойки, эпизодичны, нередко имеют характер бредопо-добных сомнений с заметной истощаемостью больных, сопровождаются вербальными иллюзиями. Если соматическое заболевание повлекло за собой какое-то уродующее изменение внешности, то может сформироваться синдром дис-морфомании (сверхценная идея физического недостатка, идеи отношения, депрессивное состояние), возникающий по механизмам реактивного состояния.

Состояние помраченного сознания. Наиболее часто отмечаются эпизоды оглушения, возникающие на астениче-ски-адинамическом фоне. Степень оглушения при этом может носить колеблющийся характер. Наиболее легкие степени оглушения в виде обнубиляции

сознания при утяжелении общего состояния могут переходить в сопор и даже кому. Делириозные расстройства часто носят эпизодический характер, иногда проявляясь в виде так называемых абортивных делириев, нередко сочетаются с оглушением или с онейрическими (сновидными) состояниями. Для тяжелых соматических заболеваний характерны такие варианты делирия, как мусситирующий и профессиональный с нередким переходом в кому, а также группа так называемого тихого делирия. Тихий делирий и подобные ему состояния наблюдаются при хронических заболеваниях печени, почек, сердца, желудочно-кишечного тракта и могут протекать почти незаметно для окружающих. Больные обычно малоподвижны, находятся в однообразной позе, безразличны к окружающему, нередко производят впечатление дремлющих, иногда что-то бормочут. Они как бы присутствуют при просмотре онейрических картин. Периодами эти онейроидоподобные состояния могут чередоваться с состоянием возбуждения, чаще всего в виде беспорядочной суетливости. Иллюзорно-галлюцинаторные переживания при таком обострении характеризуются красочностью, яркостью, сценоподобностью. Возможны деперсонализационные переживания, расстройства сенсорного синтеза.

Аментивное помрачение сознания в чистом виде встречается нечасто, в основном при развитии соматического заболевания на так называемой измененной почве, в виде 334

предшествующего ослабления организма. Гораздо чаще это аментивное состояние с быстро меняющейся глубиной помрачения сознания, нередко приближающееся к расстройствам типа тихого делирия, с прояснениями сознания, эмоциональной лабильностью.

Сумеречное состояние сознания в чистом виде при соматических заболеваниях встречается редко, обычно при развитии органического психосиндрома (энцефалопатии). Онейроид в его классическом виде также не очень типичен, гораздо чаще это делириозно- онейроидные или оней-рические (сновидные) состояния, обычно без двигательного возбуждения и выраженных эмоциональных расстройств.

Главной особенностью синдромов помрачения сознания при соматических заболеваниях являются их стертость, быстрый переход от одного синдрома к другому, наличие смешанных состояний, возникновение, как правило, на астеническом фоне.

Типичный психоорганический синдром. При соматических заболеваниях он встречается нечасто, возникает, как правило, при длительных заболеваниях с тяжелым течением, таких, в частности, как хроническая почечная недостаточность или длительно существующий цирроз печени с явлениями портальной гипертензии.

При соматических заболеваниях чаще встречается астенический вариант психоорганического синдрома с нарастающей психической слабостью, повышенной истощаемосгыо, плаксивостью, астенодисфорическим оттенком настроения.

23.1.1. Психические нарушения

при сердечно-сосудистых заболеваниях

Инфаркт миокарда. В остром периоде может возникать безотчетный страх смерти, достигающий особой выраженности при нарастающих болях. Характерны тревога, тоска, беспокойство, чувство безнадежности. Нередко бывают проявления гиперестезии, когда больные не переносят любых внешних воздействий, самых незначительных: их раздражают даже шепотная речь, легкое прикосновение мягкого белья, свет.

Поведение больных при этом бывает различным. Они могут быть внешне неподвижны, молчаливы, лежат в одной и той же позе, опасаясь сделать хотя бы малейшее движение. Другие больные, напротив, возбуждены, двигательно беспокойны, суетливы, растерянны. Иногда такое возбуждение,

335

сопровождающееся чувством безнадежности, отчаяния, близкой смерти, напоминает собой состояние, характеризующееся как raptus melancholycus (“взрыв тоски”).

Резко подавленное настроение, безотчетный страх, тревога, чувство нарастающей катастрофы могут встречаться в остром периоде инфаркта миокарда и при отсутствии болевого синдрома, а иногда — быть предвестником его.

При инфаркте, протекающем без болевого синдрома, часто бывает состояние внезапно наступившей тревоги, тоски, депрессивное состояние при этом может напоминать витальную депрессию, что особенно характерно для людей пожилого возраста.

Тревожная депрессия, возникающая во время болевого приступа инфаркта миокарда, опасна возможностью суицидальных действий. При ухудшении состояния тоскливо- тревожная симптоматика может смениться эйфорией, что также весьма опасно в силу неадекватного поведения больного.

В остром периоде инфаркта миокарда возможно возникновение состояний помраченного сознания в виде оглушения разной степени выраженности, начиная от обнубиляции и кончая сопором и комой. Могут быть делириозные изменения сознания, а также сумеречные расстройства сознания, что особенно характерно для пожилых людей, у которых инфаркт миокарда развился на фоне уже имеющихся гипертонической болезни и церебрального атеросклероза. Расстройства сознания при инфаркте миокарда обычно недлительные (минуты, часы, 2—5 сут).

Очень характерна для инфаркта миокарда астеническая симптоматика. В остром периоде преобладает соматогенная астения. С течением времени в клинической картине заболевания начинает преобладать симптоматика, связанная уже с влиянием психогенного фактора: реакция личности на такую тяжелую психотравмирующую ситуацию с угрозой жизни и благополучию, как инфаркт миокарда. В таком случае невротические психогенные реакции тесно переплетаются с воздействием собственно соматогенного фактора, благодаря чему непсихотические синдромы носят смешанный характер, то приближаясь к чисто невротическим, то к неврозоподобным с их полиморфизмом, нестойкостью, рудиментарностью.

Невротические реакции при инфаркте миокарда во многом зависят от преморбидных особенностей и подразделяются на кардиофобические, тревожно-депрессивные, депрес- 336

сивно-ипохондрические и, реже, истерические и анозогно-зические.

При кардиофобических реакциях у больных превалирует страх перед повторным инфарктом и возможной смертью от него. Они чрезмерно осторожны, сопротивляются любым попыткам расширения режима физической активности, пытаются сократить до минимума любые физические действия. На высоте страха у таких больных возникают потливость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, дрожь во всем теле.

Тревожно-депрессивные реакции выражаются в чувстве безнадежности, пессимизме, тревоге, нередко в двигательном беспокойстве.

Депрессивно-ипохондрические реакции характеризуются постоянной фиксацией на своем состоянии, значительной переоценкой его тяжести, обилием многочисленных соматических жалоб, в основе которых могут быть выраженные сенестопатии.

Сравнительно нечасто встречающиеся анозогаозические реакции весьма опасны пренебрежением больного к своему состоянию, нарушением режима, игнорированием медицинских рекомендаций. В отдаленном периоде инфаркта миокарда возможно патологическое развитие личности, преимущественно фобического и ипохондрического типа.

Стенокардия. Поведение больных может быть различным в зависимости от формы стенокардии, однако во время приступа в целом чаще всего возникают испуг, достигающий иногда состояний выраженного страха, двигательное беспокойство со стремлением встать и ходить либо неподвижность, опасение сделать хотя бы какое-то

движение. Во внеприступный период характерны симптомы в виде сниженного фона настроения с неустойчивостью аффектов (эмоциональная лабильность), повышенной раздражительностью, нарушениями сна, который становится тревожным, поверхностным, нередко сопровождается тягостными, устрашающими сновидениями. Характерно также легкое возникновение астенических реакций, немотивированно появляющихся состояний боязливости и тревоги. Возможны ис-тероформные особенности поведения с нарастающим эгоцентризмом, стремлением привлечь к себе внимание окружающих, вызвать их сочувствие и участие, склонность к демонстративное™. Нередки фобические состояния, преимущественно в виде кардиофобии с постоянным ожиданием очередного приступа и страха перед ним.

337

Атеросклероз венечных артерий сердца. Для больных характерны сниженное настроение, выраженные астенические реакции с неустойчивостью аффектов, иногда резко выраженная раздражительность. Нередко развиваются повышенная ранимость, обидчивость, состояния внутренней напряженности, расстройства сна, обычно с ранним просыпанием от чувства тревоги. Иногда возникает своеобразная эйфория с суетливостью, многоречивостью, переоценкой своих физических и интеллектуальных возможностей. Возможны также психопатоподобные формы поведения, либо приближающиеся к истероформным, либо к эксплозивное™, чередующейся с приступами дисфории, либо характеризующиеся тревожно-мнительными чертами. Нередко возникает также расстройство памяти, снижается работоспособность, нарушается активное внимание, отмечается повышенная утомляемость.

23.1.2. Психические нарушения при заболеваниях почек

Почечная недостаточность. При состояниях компенсации и субкомпенсации хронической почечной недостаточности наиболее типичен астенический синдром, являющийся обычно самым ранним признаком заболевания и нередко “сквозным” видом патологии.

Особенность астении состоит чаще всего в сочетании выраженной гиперестезии, раздражительной слабости со стойкими нарушениями сна. Характерно наличие дисфорического оттенка настроения, а также невыраженность вегетативных расстройств. Характерны и периодически возникающие нарушения схемы тела. Эти расстройства, так же как возникновение сумеречных помрачений сознания или отчетливых приступов дисфории, свидетельствуют уже о нарастании органического психосиндрома (энцефалопатии). Повышение интоксикации обычно сопровождается характерными нарушениями сна, с сонливостью днем и упорной бессонницей ночью, кошмарными, часто одного и того же сюжета сновидениями с последующим присоединением гипнагогических галлюцинаций. Острые психозы в виде атипичных делириозных, делириозно-оней-роидных, делириозно-аментивных состояний возникают при относительно неглубокой декомпенсации. В позднем периоде уремии почти постоянным становится состояние оглушения.

Хроническая почечная недостаточность приводит к развитию диффузного энцефалопатического процесса, который

338

наиболее точно можно определить как нефрогенную хроническую токсико- дисгомеостатическую энцефалопатию (М. А. Цивилько, В. С. Цивилъко).

23.1.3. Психические нарушения при заболеваниях печени

Цирроз печени. Симптомы астении иногда могут быть вообще самыми первыми проявлениями болезни. Характерны нарушения сна с сонливостью днем и бессонницей ночью, причем приступы сонливости, напоминающие приступы нарколепсии, нередко являются первыми симптомами развивающегося в дальнейшем психоорганического синдрома (энцефалопатии) . Характер выраженности астенической симптоматики зависит

от этапа и тяжести заболевания. Типичны выраженная физическая слабость, вялость и разбитость с самого утра. С утяжелением общего состояния усиливаются и вегетативные расстройства в виде приступов тахикардии, потливости, гиперемии кожных покровов.

Нарастающие явления психоорганического синдрома сопровождаются характерологическими сдвигами и периодически наступающими состояниями помрачения сознания (по типу так называемых особых состояний или состояний, напоми-наюших амбулаторный автоматизм). При утяжелении основного заболевания характерно нарастание оглушения вплоть до комы.

Психопатоподобные расстройства проявляются в таких реакциях, как чрезмерная обидчивость, подозрительность, пунктуальность, ворчливость, требование к себе особого внимания, склонность к конфликтам, эксплозивность.

Психические нарушения у больных циррозом печени почти никогда не достигают психотического уровня. Особым психотравмирующим фактором у этих больных являются страхи, иногда очень выраженные перед реальной угрозой желудочно-кишечных кровотечений и явлений портальной гипертензии.

Гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона—Коновалова, гепатолентикулярная дегенерация, летикулярная прогрессирующая дегенерация). Начальными проявлениями обычно бывает эмоционально-гиперестетическая слабость с выраженной истощаемостью и сужением круга интересов. Вскоре присоединяется психопатоподобная симптоматика с возбудимостью, агрессивностью, расстройством влечений в виде склонности к бродяжничеству и воровству. Появляется

339

лживость, иногда дурашливость. Могут выявляться выраженные депрессивные состояния, возможны депрессивно-параноидные и галлюцинаторно-параноидные расстройства.

Среди бредовых психозов преобладают идеи преследования. Характерно нарастание слабоумия со все более выраженными интеллектуально-мнестическими расстройствами и снижением критики, эпилептиформные припадки. В терминальном периоде все более выраженной становится астения, доходящая нередко до степени апатического ступора, возникают различные варианты помрачения сознания. Характерны так называемый тихий делирий, делириозно-амен-тивное состояние. Нередко летальному исходу непосредственно предшествует мусситированный делирий, переходящий в протрагированную кому. Выраженные психозы встречаются нечасто. Среди них преобладают депрессивно-параноидные состояния, иногда напоминающие бред Котара; параноидные синдромы, обычно выраженные неярко, сопровождаются тревожным возбуждением и быстрой истощае-мостью. Может развиться корсаковский синдром.

23.1.4. Психические нарушения при лучевой болезни

Симптоматика психических расстройств зависит от того, в какой форме (острой или хронической) протекает лучевая болезнь (Р. Г. Голодец и др.), хотя общим является развитие астенического состояния различной степени выраженности. При острой форме возможны нарушения сознания вплоть до сопора и комы. При хронической форме заболевания астения может носить волнообразный характер, усиливаясь по мере воздействия ионизирующего излучения. Все более выраженными становятся физическая и психическая исто-щаемость, повышенная утомляемость, все более заметным — снижение работоспособности. Нарушается сон, чаще всего человек трудно засыпает, спит тревожным неглубоким сном, утром с трудом просыпается, испытывает в течение всего дня сонливость. Отмечаются характерная аффективная лабильность с повышенной ранимостью и обидчивостью, явления раздражительной слабости, гиперестезия в виде непереносимости яркого света, громких звуков, тактильных раздражений и т. д. Больным с лучевой болезнью свойственны вегетососудистые расстройства, возникающие чаще всего приступообразно.

340

г

* + 1. Психические нарушения при болезнях крови

Пернициозная анемия (болезнь Аддисона—Бирмера, злокачественная анемия, болезнь Бирмера). В случаях легкого течения заболевания основным психическим расстройством является астения, выражающаяся в быстрой психической и физической утомляемости, рассеянности внимания, ипохондрической фиксации на своем состоянии, плаксивости или раздражительной слабости. Возможны также психопа-топодобные расстройства в виде дисфорического фона настроения, раздражительного недовольства, повышенной возбудимости и требовательности. При остром течении характерно развитие делириозного, реже — аментивного синдрома. Возможно также сумеречное помрачение сознания. Тяжелые состояния приводят к развитию сопора и комы. При длительном течении болезни развивается выраженный депрессивный синдром, преимущественно в виде тревожной или ажитированной депрессии, нередко с присоединением галлюцинаций и бреда. Иногда возникает эйфория. При длительном тяжелом течении заболевания развивается психоорганический синдром.

Анемии вследствие кровопотери. Тяжелые кровопотери характеризуются нарастанием астенических расстройств, нарушением активного внимания, невозможностью сосредоточиться, замедлением ассоциативных процессов. Возможно иллюзорное восприятие окружающего, особенно характерны парэйдолические иллюзии. Нарастающая астения достигает степени апатического ступора, при утяжелении состояния наступающее оглушение переходт в сопор и затем в кому.

* + 1. Психические нарушения при пеллагре

Пеллагра — болезнь, обусловленная недостаточностью никотиновой кислоты, триптофана и рибофлавина, характеризующаяся поражением кожи, пищеварительного тракта и нарушениями психики.

Заболевание часто начинается с так называемой пеллаг-розной неврастении, представляющей собой по существу состояние эмоционально-гиперестетической слабости со снижением работоспособности и гипотимией. Психотические расстройства наиболее характерны для предкахектической стадии и выражаются главным образом в состояниях по-

341

мрачения сознания (делирий, сумеречное расстройство сознания, аменция). При развитии кахексии возникают депрессивно-параноидные, галлюцинаторно-параноидные состояния, иноща сопровождающиеся тревожным возбуждением, нигилистическим бредом и бредом гибели мира. Нередко развивается апатический ступор. Может возникнуть органический психосиндром (энцефалопатия).

* + 1. Психические нарушения при алиментарной дистрофии

В начале заболевания наблюдаются раздражительность, аффективная возбудимость, головная боль. Наиболее типичными являются астенические симптомы (слабость, ис- тощаемость, снижение внимания и памяти, замедление ассоциативных процессов).

Больные угрюмы, чрезвычайно обидчивы,, склонны к депрессивным реакциям, подчас с суицидальными тенденциями. Расстройства настроения могут носить и характер дисфории, возможно появление двигательного беспокойства. Характерно, что все мысли, а также сновидения связаны с пищей. Резко ослабевает или полностью исчезает половое влечение, нередко также резко снижается чувство самосохранения. Иногда изменяется характер, сопровождаясь снижением уровня личности, утратой контроля за поведением: теряется чувство такта, утрачивается чувство стыда, нарастает эгоизм, озлобленность,

возможна выраженная агрессивность по отношению к окружающим. При этом, однако, довольно долго сохраняется умственная деятельность. В дальнейшем типично нарастание апатии и адинамии, которая в ряде случаев может дойти до апатического ступора.

Возможно возникновение делирия, онейроида или смешанного делириозно-онейроидного состояния; возможно также возникновение аменции.

* + 1. Психические нарушения при кахексии

При этом заболевании наиболее типичны астенические состояния, тяжесть которых нарастает по мере утяжеления общего состояния больных. В начальных стадиях кахексии астения может сопровождаться явлениями деперсонализации и дереализации, раздражительной слабости, разнообразными сенестопатически-ипохондрическими ощущениями, различными нарушениями сна. Нередки расстройства настроения, чаще всего оно тревожно-тоскливое, изредка —

342

эйфорическое. При утяжелении общего состояния отмечСа-ется все большее нарастание общей вялости, амимии, апатии, адинамии вплоть до апатического ступора. Характерны состояния оглушения, начиная от легкого помрачения сознания в виде обнубиляции и кончая сопором и комой, возникновение которых нередко предшествует летальному исходу. Реже отмечаются другие синдромы помрачения сознания, такие как делириозное (особенно в виде так называемого мусситирующего, или бормочущего, делирия), аментивное, онейроидное, сумеречные состояния сознания. Довольно типичны частые колебания состояния сознания. Могут быть ложные узнавания, иллюзии, галлюцинации, параноидные и галлюцинаторно-параноидные состояния. Характерны нарастание так называемой апатической дезориентировки, полная безучастность к своему состоянию, полное отсутствие какой-нибудь инициативы, неопрятность.

23.1.9. Психические нарушения при эндокринных заболеваниях

Независимо от того, какая железа внутренней секреции поражена, эндокринные расстройства часто сопровождаются общей для всех эндокринной симптоматикой в виде неспецифического эндокринного психосиндрома и астении.

При каждом эндокринном заболевании общие нарушения выражаются по-разному, в различной степени и различных сочетаниях.

Болезнь Иценко—Кушинга (базофилизм гипофизарный, болезнь Кушинга).

Для этой болезни типичны психическая и физическая астения, особенно выраженная по утрам. Больные вялы, малоподвижны, безразличны к окружающим событиям, им трудно на чем-либо сосредоточить внимание, выполнить даже небольшую физическую нагрузку. Очень типично снижение или даже полное отсутствие сексуального влечения.

Характерны также расстройства сна, иногда с нарушением его ритма: сонливостью днем и бессонницей ночью. Сон обычно поверхностный, тревожный, больше напоминает дремотное состояние, сопровождающееся иногда гипнагоги-ческими и гипнапомпическими галлюцинациями. Возможны расстройства настроения, аффективные колебания. Депрессивные состояния при этом имеют выраженную дисфори-ческую окраску с возможными вспышками ярости, гневливости или страха. Довольно типичны сочетания депрессии

343

с сенестопатически-ипохондрическими переживаниями, а также депрессивно- параноидные расстройства. Маниакаль-ноподобные состояния характеризуются наличием благодушного настроения или даже выраженной эйфории в сочетании с безынициативностью и бездеятельностью. Нередки эпилептиформные расстройства, различные диэнцефальные проявления, нарушения сенсорного синтеза.

Болезнь Иценко—Кушинга в силу обезображивающих внешность человека физических изменений может привести к возникновению сверхценной дисморфомании. Эта патология

либо сочетается с дистимией и становится особенно демонстративной в периоды обострения депрессивных состояний, либо может существовать перманентно, при этом нередко диссимулируется. Эти больные особенно склонны к суицидальным попыткам. Возможны психотические, волнообразно протекающие состояния с ощущением растерянности, двигательным возбуждением, делириозными явлениями. При неблагоприятном течении болезнь Иценко— Кушинга может привести к развитию органического психосиндрома, в том числе к такой его разновидности, как корсаковский синдром.

При синдроме Кушинга (синдром Иценко—Кушинга), развивающемся вследствие гиперфункции коры надпочечников или длительного гормонального лечения, психические нарушения напоминают таковые при болезни Иценко—Кушинга, однако чаще значительно менее выражены.

Гипофизарная кахексия (кахексия диэнцефально-гипо-физарная, пангипопитуитаризм, болезнь Симмондса, болезнь Симмондса—Глинского). Возникает вследствие поражения ядер гипоталамуса и выпадения функций передней доли гипофиза при инфекционных и опухолевых процессах, травмах головного мозга. Снижение продукции гормонов передней доли гипофиза приводит к недостаточности щитовидной и половых желез, а также коры надпочечников. Постепенно нарастает снижение психической и физической активности, больные вялы, бездеятельны, безынициативны, не испытывают никаких желаний, целые дни проводят в постели, почти не меняя положения. Изредка на этом апа- тико-динамическом фоне возможны внезапные и обычно кратковременные вспышки раздражения, чрезмерной обидчивости, плаксивости, которые сменяются становящимися почти перманентными астеноапатическими явлениями, порой доходящими до выраженного астеноапатико-абуличе-ского синдрома.

344

Психозы встречаются редко, главным образом в виде кратковременных галлюцинаций и галлюцинаторно-пара-ноидных состояний. При прогрессировании заболевания нарастают интеллектуально-амнестические расстройства как выражение психоорганического синдрома.

Синдром Шихена. Возникает в результате частичного некроза клеток аденогипофиза при некомпенсированной массивной кровопотере во время родов, послеродового сепсиса.

Аменорея, агалактия, снижение основного обмена, артериального давления и температуры тела сочетаются с эмоциональными нарушениями. Синдром Шихена иногда весьма напоминает гипофизарную кахексию с тем же нарастанием астеноапатико-абулической симптоматики, про-грессированием нарушений памяти и снижением интеллекта.

Акромегалия (синдром Мари, синдром Мари—Л ери). Акромегалия развивается вследствие значительного увеличения продукции соматотропного гормона передней доли гипофиза. Нарастание астенической симптоматики (на первых порах с преобладанием физической астении) сопровождается упорными головными болями и расстройствами сна, главным образом в виде дневной сонливости. На фоне астении и нарастающей спонтанности у больных возможны вспышки раздражительности, недовольства и недоброжелательности по отношению к окружающим, а иногда и выраженная ненависть к ним. Реже апатико-адинамический синдром сочетается с благодушием, беспечностью или даже легкой эйфорией. Психотические расстройства при акромегалии встречаются редко. Весьма редко отмечаются и переживания в виде сверхценной дисморфомании, несмотря на подчас значительные изменения физического облика больных. Не отмечается у этих больных и сколько-нибудь выраженных интеллектуально-мнестических расстройств, хотя аспонтан-ность, отсутствие интереса к окружающему, нарастание аутизма, эгоцентричности могут внешне напоминать органическое слабоумие.

Зоб диффузный токсический (базедова болезнь, болезнь Грейвса, зоб диффузный тиреотоксический).

Заболевание характеризуется диффузным увеличением щитовидной железы и повышением ее функции. Отмечаются нарушения обмена веществ, часто экзофтальм, похудание, тахикардия. Очень характерны аффективные расстройства, в первую очередь в виде так называемой эмоциональной лабильности. Больные слезливы, склонны к немотивированным колебаниям настроения, у них легко возникают реак-

345

ции раздражения, вплоть до выраженной гневливости, которая вновь может смениться плачем. Характерны суетливость, невозможность к длительной концентрации внимания, непоседливость. Больные обидчивы, рассеянны, жалуются на повышенную утомляемость, снижение работоспособности, что выражается как в физической, так и в психической астении; часты явления гиперестезии в виде непереносимости громких звуков, яркого света, прикосновений.

Во многих случаях на передний план выступает пониженное настроение, иногда достигающее состояния выраженной депрессии, реже отмечается состояние вялости, апатии, безразличия. Депрессии обычно сопровождаются тревогой, ипохондрическими жалобами, иногда приобретают дисфорический оттенок. Гораздо реже наблюдается состояние эйфории со снижением критического отношения к своему состоянию.

Помимо разнообразной астенической симптоматики и аффективных нарушений, могут встречаться и психотические расстройства в виде острых и затяжных психозов, бредовых состояний, галлюциноза, преимущественно зрительного. Изредка встречаются шизофреноподобные психозы и состояния помраченного сознания в виде делириозных, делириозно-аментивных расстройств, депрессивно-параноидных состояний. Иногда отмечаются фобии и идеи ревности, кататоноподобная симптоматика.

Весьма типичны расстройства сна в виде трудности засыпания, частых пробуждений, тревожных сновидений.

При затяжной форме базедовой болезни могут отмечаться интеллектуально-мнестические расстройства.

Гипотиреоз (болезнь Галла, гипотиреоидизм). Резко выраженная форма гипотиреоза носит название микседемы.

Гипотиреоз возникает вследствие недостаточности щитовидной железы. Наиболее характерными соматическими признаками являются отеки лица, конечностей, туловища, брадикардия. При врожденном гипотиреозе, называемом кретинизмом, или болезнью Фагге, и при развитии гипотиреоза в раннем детском возрасте может возникать олигофрения. Задержка психического развития при этом может быть выражена в разной степени, но нередко достигает глубокого слабоумия (идиотия, или тяжелая имбециль- ность).

Для гипотиреоза очень характерны вялость, сонливость, гиподинамия, быстрая утомляемость, замедление ассоциа-

346

тивных процессов. Может также наблюдаться неврозопо-добная симптоматика, выражающаяся в раздражительности, подавленном настроении, ранимости, эмоциональной лабильности.

При нарастании тяжести заболевания отмечается прогрессирующее снижение памяти, достигающее выраженности корсаковского синдрома, нарушение интеллектуальных функций, полное безразличие к окружающему. Нередко развиваются психотические состояния в виде синдромов помраченного сознания (сновидных или делириозных), выраженных депрессивных, депрессивно-параноидных расстройств. Иногда возникают шизоформные психозы с гал-люцинаторно-параноидной и кататоноподобной симптоматикой. Возможны эпилептиформные припадки.

Большую опасность представляют коматозные состояния (так называемая микседематозная кома), нередко приводящие, особенно у лиц пожилого возраста, к летальному исходу.

Гипопаратиреоз. Это заболевание возникает при недостаточности функции околощитовидных желез. Характерна неврозоподобная симптоматика, преимущественно в виде истероформного или неврастеноподобного варианта. Больные часто утомляются, жалуются на ослабление внимания, рассеянны, вялы, с неустойчивым настроением, повышенной обидчивостью. Характерны расстройства сна (сон тревожный, поверхностный с частыми пробуждениями), нередко возникают чувство немотивированного страха, подавленность, склонность к ипохондрическим фиксациям.

Возможны эпилептиформные расстройства, а также развитие ги-попаратиреоидной энцефалопатии с выраженными нарушениями памяти и снижением интеллекта.

Сахарный диабет. Диабет возникает при абсолютной или относительной недостаточности инсулина. При раннем возникновении заболевания может отмечаться замедление психического развития.

Диабет у взрослых нередко сопровождается астенической симптоматикой в виде повышенной утомляемости, снижения работоспособности, нарушений сна, головной боли, эмоциональной лабильности. Нередко отмечаются вялость, снижение настроения с подавленностью и угнетенностью. Возможны психопатоподобные расстройства.

Психические нарушения наиболее выражены при длительном течении заболевания с гипергликемическими и ги-погликемическими коматозными состояниями в анамнезе. 347

Повторные комы способствуют развитию острой или хронической энцефалопатии с нарастанием интеллектуально-мнестических расстройств и эпилептиформными проявлениями.

По мере утяжеления заболевания и нарастания органического психосиндрома чисто астеническая симптоматика все более отчетливо транформируется в астенодистимиче- скую, астеноапатическую и астеноадинамическую.

Собственно психотические состояния встречаются нечасто. Острые психозы выражаются в виде делириозных, де-лириозно-аментивных и аментивных состояний.

Инсулома (аденома островковой ткани, незидиобласто-ма). Во время приступов гипогликемии нередко возникает эпилептиформный синдром, выражающийся как в припадках, так и в состояниях сумеречного помрачения сознания. Кроме того, у больных могут возникать аментивные состояния различной глубины и продолжительности, напоминающие шизофреническую спутанность.

В период гипогликемических приступов возможны также взрывы злобности и агрессивности, реже — появление эйфории. С течением времени характерно нарастание органического синдрома со все более заметными расстройствами памяти, потерей прежних навыков, апатией.

Аддисонова болезнь (болезнь Аддисона, бронзовая болезнь, хроническая недостаточность коры надпочечников). Возникает при двустороннем поражении коры надпочечников.

Характеризуется гиперпигментацией кожи и слизистых оболочек, нарушениями водно- солевого обмена, исхуданием, артериальной гипотензией. Самым характерным психопатологическим синдромом является астения, проявлениями которой нередко начинается заболевание. Уже с утра больные жалуются на чувство усталости, разбитости, сонливости, нарушения активного внимания, рассеянность. Настроение большей частью пониженное, иногда отмечается апатия или внезапное, внешне ни с чем не связанное беспокойство. Возможно сочетание эйфории с полной бездеятельностью. По мере прогрессирования основного заболевания нарастает психопатоподобная симптоматика в виде подозрительности, замкнутости, иногда — злобности и агрессивности, повышенной обидчивости. У некоторых больных развивается стойкий апатический синдром.

Характеризуя аддисонову болезнь в целом, М. Bleuler (1948) описал 3 вида психических нарушений при ней: 1) постепенное нарастание психопато-подобной симптоматики; 2) нарастание амнестического пси-

348

хосиндрома; 3) возникновение острых психозов, главным образом в виде состояний помраченного сознания, тревожно-депрессивных состояний с бредом. Среди нечасто встречающихся психозов описываются тактильные галлюцинозы, состояния психомоторного возбуждения.

При тактильном галлюцинозе, обычно очень стойком и характерном для лиц преимущественно пожилого возраста, появляется ощущение ползания под кожей мелких живых существ в виде насекомых, маленьких червячков и т. д.

Первичный гипогонадизм. Это заболевание развивается вследствие поражения половых желез или кастрации. Характерна астеническая симптоматика: повышенная утомляемость, отвлекаемость, неусидчивость. Часто возникают приступы головокружения, потливости, сердцебиения, а также обмороки. Патология личности выражается у одних в эгоцентризме, склонности к аффективным взрывам, приступам дисфории, эпилептоидности, злопамятности, у других — в преобладании астенических черт, у третьих — истерических (В. Л. Карнозов).

Осознание болезни, особенно своей евнухоидной внешности, наступает у этих больных обычно к пубертатному возрасту и приводит к развитию депрессивной симптоматики (иногда резко выраженной — с суицидальными попытками), приобретая в целом характер сверхценной дисморфомании, сопровождающейся идеями отношения. Снижения интеллекта при первичном гипогонадизме обычно не отмечается.

23.2. Сравнительно-возрастные особенности

Психические нарушения у подростков с хроническими соматическими заболеваниями в целом такие же, как у взрослых. У детей значительно чаще возникает астения с отвлекаемостью, неусидчивостью, повышенной утомляемостью и плаксивостью. При раннем появлении заболевания нередко наблюдается задержка психического развития вплоть до выраженной олигофрении. Отмечается также задержка физического развития. Длительно протекающие соматические заболевания, начинающиеся в детском возрасте, могут повлечь за собой патологическое развитие (формирование) личности (В. В. Ковалев). Это обусловливает не только само заболевание с воздействием собственно соматогенного фактора, но и чрезмерно повышенное внимание к больному ребенку со стороны окружающих, гиперопека. Патологическому раз-

349

витию нередко способствуют и сопровождающие некоторые заболевания у детей дефекты внешности вплоть до выраженных уродств (В. Ф. Матвеев, В. Ю. Елецкий и др.).

Возможны эпилептиформные припадки, зрительные галлюцинации, преимущественно в виде гипнагогических. Бредовых идей у детей практически не бывает.

23.3. Этиология и патогенез

В этиологии соматогенных психических расстройств, обычно тесно переплетаясь, принимают участие как собственно соматогенные, так и психогенные факторы. В патогенезе взаимодействуют такие вредные факторы, как гипоксия, дисциркуляторные сдвиги (особенно на уровне нарушения микроциркуляции), расстройства ионного равновесия, токсико-аллергические воздействия, эндокринные сдвиги, иммунные изменения и т. д. Помимо влияния патологического процесса в целом, значительная .роль в синдромогенезе психических расстройств принадлежит пре-морбидным особенностям личности и психотравмирующим воздействиям, в первую очередь в виде реакции на болезнь и все то, что с ней связано.

Личностные и психотравмирующие факторы, играющие, как известно, большую роль в целом ряде так называемых психосоматических заболеваний (ряд тяжелых сердечно- сосудистых заболеваний, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, некоторые эндокринные заболевания и т. д.), в дальнейшем продолжают оказывать иногда весьма большое влияние и на возникновение и течение соматогенных расстройств.

Влияния личностных и психогенных факторов, принимающих участие в формировании соматогенных расстройств, могут неблагоприятно сказаться на течении основного заболевания, что в свою очередь нередко усиливает тяжесть психогенных реакций (так называемая циркулярная зависимость) .

В этиологии и патогенезе, помимо указанных выше факторов, играют роль возрастные и половые различия.

23=4. Диагноз и дифференциальный диагноз

Диагноз соматогенных психических расстройств устанавливают на основании тесной связи появления и изменения дальнейшей клинической картины в зависимости от основ-

. 350

ного заболевания. В то же время не надо забывать, что соматические заболевания могут провоцировать психические болезни или сочетаться с ними. Особенно тщательно надо дифференцировать эндоформные соматогенные расстройства с шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Основными дифференциально-диагностическими критериями здесь должны служить характер развертывания психопатологической симптоматики, стереотип развития болезни в целом, тщательное изучение данных анамнеза (семейного и личного).

* 1. Прогноз

Прогноз зависит от тяжести основного заболевания, характера его течения, эффективности терапии, наличия или отсутствия предшествующих вредностей, степени сохранности головного мозга. Имеет значение также время начала и интенсивность терапии самих соматогенных нарушений (например, своевременное назначение ноотропных препаратов при обнаружении признаков психоорганического синдрома).

* 1. Лечение и реабилитация

Терапия прежде всего должна быть направлена на основное соматическое заболевание с применением всего широкого (по показаниям) спектра современных лечебных воздействий, в том числе и таких принципиально новых, как пересадка органов и тканей, органозамещающая терапия, новые методы хирургических вмешательств. Показана также общеукрепляющая терапия.

Учитывая эффективность современных методов лечения, в большинстве случаев не следует переводить больных в специальные психиатрические учреждения, лечение может осуществляться и в стационаре соответствующего медицинского профиля, но при одном непременном условии: его должны проводить совместно психиатр и специалист по основному заболеванию (терапевт, хирург, нефролог, кардиолог, эндокринолог и т. д.).

Даже при отсутствии психиатрического отделения в соматической больнице больные с острыми психозами чаще всего также не нуждаются в переводе в психиатрическую больницу: возбужденный больной должен быть только переведен в отдельное помещение и обеспечен круглосуточным наблюдением и уходом.

351

При назначении психофармакотерапии очень важно учитывать большую чувствительность соматических больных, особенно с тяжелыми поражениями паренхиматозных органов, к медикаментозным методам лечения, а подчас и парадоксальное реагирование на них. Психотропные препараты могут также неблагоприятно влиять на реактивность организма в целом. Кроме того, неадекватная

терапия больных с астеническим “сквозным” радикалом может приводить к усилению депрессивного компонента. Большие дозы ти-молептиков и психостимуляторов могут вызывать или усиливать уже имеющуюся тревожность, а иногда даже обусловливать астеническую спутанность.

Неадекватное применение нейролептиков может способствовать более быстрому нарастанию психоорганического синдрома.

Исходя из этого, назначение психотропных препаратов должно проводиться строго индивидуально с учетом не только общего соматического состояния, но и ряда других факторов: возраста больного, выраженности и стадии заболевания, общей реактивности организма.

При навязчивых страхах, состояниях психической напряженности, тревожности, беспокойства (в том числе и перед предстоящими инструментальными исследованиями или операциями) показаны небольшие дозы транквилизаторов, в первую очередь производные бензодиазепина: хло-зепид (либриум, хлордиазепоксид, элениум), сибазон (ди-азепам, седуксен, реланиум), феназепам. Следует, однако, учитывать, что при острых заболеваниях печени и почек эти препараты противопоказаны.

При расстройствах сна нередко хороший эффект дает левомепромазин (тизерцин, нозинан) в малых дозах (от 2 до 8 мг). При аффективных расстройствах, в том числе и сопровождающихся психомоторным возбуждением, показан тиоридазин (сонапакс, меллерил). При выраженной депрессии с ажитацией применяют амитриптилин (трип- тизол), но при этом надо помнить, что при наличии глаукомы, аденомы простаты и атонии мочевого пузыря этот препарат назначать нельзя. В таких случаях следует применять пиразидол.

При эндоформных расстройствах лечение следует начинать с таких “мягких” нейролептиков, как терален, эглонил, френолон, тиоридазин.

При резком двигательном возбуждении, особенно при наличии помрачения сознания, иногда следует прибегать к

352

парентеральному введению диазепама, тизерцина либо даже аминазина. При введении аминазина и тизерцина необходимо следить за артериальным давлением и при необходимости сочетать их с применением сердечно-сосудистых средств (опасность коллапса!).

При астенических, астеноневротических, астеноипохон-дрических расстройствах и особенно при нарастании явлений органического психосиндрома показано применение ноот-ропных препаратов: пирацетама (ноотропил), аминалона (гаммалон), пиридитола (энцефабол).

Большая роль при лечении непсихотических соматогенных расстройств принадлежит психотерапии во всех ее вариантах и особенно рациональной (индивидуальной и групповой), включая работу не только с больным, но и с его семьей.

* 1. Профилактика

Первичная профилактика соматогенных расстройств самым тесным образом связана с профилактикой и как можно более ранним выявлением и лечением соматических заболеваний. Вторичная профилактика связана со своевременной и наиболее адекватной терапией взаимосвязанных основного заболевания и психических расстройств.

Учитывая, что психогенные факторы (реакция на заболевание и все то, что с ним связано, реакция на возможную неблагоприятную обстановку) имеют немаловажное значение как при формировании соматогенных психических расстройств, так и при возможном утяжелении течения основной соматической болезни, необходимо применять меры и по профилактике этого рода воздействий. Здесь самая активная роль принадлежит медицинской деонтологии, одним из основных аспектов которой является определение

специфики деонтологических вопросов применительно к особенностям каждой специальности.

* 1. Экспертиза

При излечении основного соматического заболевания обычно исчезают и сопутствующие ему соматогенные психические расстройства. В таком случае больные полностью трудноспособны и возвращаются к прежней трудовой деятельности. При неблагоприятном течении основной болезни, а также при нарастании явлений психоорганического син-

12—1039 353

дрома (энцефалопатии) больные в соответствии с тяжестью их состояния переводятся на инвалидность.

Вопрос о вменяемости или невменяемости должен решаться строго индивидуально в зависимости от особенностей соматогенных психических расстройств (психотический или непсихотический их характер, степень интеллектуально-мнестических расстройств).

Глава 24

ЭПИЛЕПСИЯ (ЭПИЛЕПТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ)

Эпилепсия — хронически протекающее заболевание, вызванное поражением центральной нервной системы, проявляющееся различными пароксизмальными состояниями и довольно частыми изменениями личности. При неблагоприятном течении приводит к своеобразному так называемому эпилептическому слабоумию. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, начиная с самого раннего (несколько месяцев) и кончая преклонным, однако преимущественно начало эпилепсии приходится на молодой возраст (до 20 лет). Эпилепсия — довольно распространенная болезнь (по данным разных авторов, эпилепсией страдают от 1 до 5 человек на 1000 населения).

П. И. Ковалевский, автор одной из первых русских монографий по эпилепсии, приводит более 30 названий этого заболевания. Из них наиболее частые синонимы эпилепсии: “черная болезнь”, “падучая”, “священная болезнь”, “болезнь Геркулеса” (по преданию, известный мифический герой страдал этой болезнью), “morbus comitialis” и т. д.

* 1. Клинические проявления

Клиническая картина эпилепсии полиморфна. Своеобразие эпилепсии заключается в пароксизмальности, внезапности проявления большинства ее симптомов.

Вместе с тем при эпилепсии, как при всяком длительном заболевании, отмечаются и хронические, постепенно утяжеляющиеся болезненные симптомы. Несколько схемати-

1 Термин происходит от латинского слова comitia, что означает собрание. В Древнем Риме собрание (сенат) распускалось, если у кого-либо из присутствующих начинался приступ эпилепсии.

354

зируя, можно все проявления эпилепсии объединить следующим образом:

I. Припадки. П. Так называемые психические эквиваленты припадков (то и другое пароксизмального характера). III. Изменения личности (длительное, стойкое, прогрессирующее нарушение).

* + 1. Припадки

Наиболее характерным симптомом эпилепсии является судорожный припадок, возникающий внезапно, “как гром среди ясного неба”, или после предвестников. Нередко припадок начинается с так называемой ауры (описание типичного эпилептического припадка, ауры и предвестников см. главу 10).

Иногда судорожные припадки происходят подряд, один за другим, без прояснения сознания в период между ними. Это патологическое состояние, называемое эпилептическим статусом (status epilepticus), является опасным для жизни (набухание и

отек мозга, угнетение дыхательного центра, асфиксия) и требует немедленной медицинской помощи.

Наряду с большим судорожным припадком (Grand mal) при эпилепсии бывают и так называемые малые припадки (Petit mal). Это кратковременное выключение сознания, чаще всего длящееся несколько секунд, без падения. Обычно оно сопровождается вегетативной реакцией и небольшим судорожным компонентом.

Больной, спокойно беседующий с врачом, внезапно прерывает речь, бледнеет. Одновременно появляются судорожные глотательные движения. Через несколько секунд больной как ни в чем не бывало продолжает разговор.

Очень близок к малому припадку (многие авторы их не разделяют) другой встречающийся при эпилепсии симптом абсанс — очень кратковременное выключение сознания без всякого судорожного компонента.

Больная, с интересом читающая книгу, внезапно опускает ее на колени. Лицо женщины при этом бледнеет и принимает “отсутствующее” выражение. Через секунду больная продолжает читать с прежним выражением заинтересованности на лице.

1 От фр. absense — отсутствие. 12\* 355

* + 1. Эквиваленты припадков

В эту группу болезненных симптомов входят приступообразно появляющиеся расстройства настроения и расстройства сознания.

Термин “психические эквиваленты” (психические расстройства, возникающие как бы взамен припадка, “равнозначно” ему) не совсем точен, так как эти же расстройства настроения или сознания могут появляться и в связи с припадком — до или после него. Расстройства настроения. У больных эпилепсией расстройства настроения чаще всего проявляются в приступах дисфории — тоскливо-злобного настроения.

В такие периоды больные всем недовольны, придирчивы, мрачны и раздражительны, часто предъявляют различные ипохондрические жалобы, в некоторых случаях формирующиеся даже в бредовые идеи ипохондрического характера. Бредовые идеи в таких случаях появляются приступообразно и существуют столько же, сколько длится период дисфории, — от нескольких часов до нескольких дней. Нередко к тоскливо- злобному настроению примешивается страх, порой доминирующий в клинической картине. Значительно реже периодические расстройства настроения у больных эпилепсией выражаются в приступах эйфории — великолепного, ничем не объяснимого настроения.

Некоторые больные во время приступов тоскливо-злобного настроения начинают злоупотреблять алкоголем или отправляются бродяжничать “куда глаза глядят”. Поэтому часть больных, страдающих дипсоманией (запойное пьянство) или дромоманией (стремление к путешествиям), составляют больные эпилепсией.

Расстройства сознания. Эти нарушения выражаются в приступообразном появлении сумеречного состояния сознания. Сознание больного при этом как бы концентрически суживается, и из всего многообразного внешнего мира он воспринимает только какую-то часть явлений и предметов, главным образом те, которые его эмоционально в данный момент затрагивают. Образно такое состояние сравнивают с состоянием человека, идущего по очень узкому коридору: справа и слева — стена и только впереди мерцает какой-то свет. Помимо изменения сознания, у больных появляются

1 Получены данные о генетической связи и конституционально-биологической близости эпилепсии и дипсомании (А. В. Утин).

356

также галлюцинации и бредовые идеи. Галлюцинации чаще всего зрительные и слуховые, обычно имеют устрашающий характер.

Зрительные галлюцинации нередко окрашены в красные и черно-синие тона. Больной видит, например, черный топор, обагренный кровью, и вокруг разрубленные части человеческого тела. Возникающие при этом бредовые идеи (чаще всего преследования, реже — величия) определяют поведение больного.

Больные в сумеречном состоянии сознания бывают очень агрессивными, нападают на окружающих, убивают, насилуют или, наоборот, прячутся, убегают, пытаются покончить с собой. Эмоции больных в сумеречном состоянии сознания чрезвычайно бурны и в основном отрицательного характера: состояния ярости, ужаса, отчаяния.

Приведем два коротких описания сумеречных состояний сознания у одного и того же больного.

1. Больной растерян, отказывается от еды, плачет, не хочет ложиться в постель: “сейчас меня будут хоронить, в землю зарывать”. Выкрикивает отдельные слова, что-то напряженно рассматривает на постели, разгляды вает свои руки, повторяет: “Кровь, видите, вот она”. Начинает молиться, затем внезапно вскакивает и сильно ударяет соседа.
2. Больной внезапно спалил себе волосы, затем выбежал на балкон, стремительно вернулся, схватил 12-летнюю дочь и с криком “сейчас спущу на парашюте и скину всех чертей” пытался сбросить девочку с балкона.

С большим трудом был удержан родственниками.

Значительно реже бывают сумеречные состояния сознания с переживаниями восторга, радости, экстаза, с бредовыми идеями величия.

Галлюцинации при этом приятны для больного, он слышит “великолепную музыку”, “чарующее пение” и т. д.

Больная сидит у подоконника и, совершенно никак не реагируя ни на обстановку отделения, ни на вопросы врача, имитирует движения пианиста, как бы перебирая пальцами клавиши. Взгляд устремлен вверх, на лице выражение восторга. Временами больная к чему-то прислушивается, начинает дирижировать, затем вновь руки ее опускаются на подоконник.

Сумеречные состояния сознания возникают внезапно, длятся от нескольких минут до нескольких дней и так же внезапно кончаются, причем больной полностью забывает все, что с ним было.

В редких случаях больной все же может рассказать кое-что о своих болезненных переживаниях. Это бывает или при так называемом “островном припоминании” (Мели), или при явлениях запаздывающей, ретардированной

357

амнезии (Оттоленги). В первом случае больной вспоминает какие-то отрывки из своих болезненных переживаний, во втором — амнезия наступает не сразу, а спустя какое-то время после прояснения сознания.

Иногда после минования сумеречного состояния сознания на какое-то время задерживаются бредовые идеи преследования или величия (резидуальный бред). Больные в сумеречном состоянии сознания склонны к разрушительным действиям и могут быть опасны и для себя, и для окружающих. Убийства, совершенные в это время, поражают своей немотивированностью и крайней жестокостью.

Помимо собственных сумеречных состояний сознания, для больных эпилепсией характерны и так называемые упорядоченные сумеречные состояния, обозначаемые как состояние амбулаторного автоматизма, или психомоторные пароксизмы. Это также пароксизмально возникающие состояния суженного (сумеречного) сознания, но без бреда, галлюцинаций и выраженных эмоциональных реакций. Поведение таких больных более или менее упорядочено, нет бросающихся в глаза нелепостей в высказываниях и действиях, свойственных больным с собственно сумеречным состоянием. Больные в состоянии амбулаторного автоматизма, не осмысляя всего того, что вокруг них

происходит, уясняют лишь какие-то отдельные моменты, в остальном применяя привычные, ставшие уже автоматизированными действия. Например, больной без всякой цели входит в чужую квартиру, предварительно вытерев ноги и позвонив, или садится в первый встречный транспорт, совершенно не представляя, куда и зачем он едет. Внешне такой больной может произвести впечатление рассеянного, уставшего или слегка подвыпившего человека, а иногда и ничем не обратить на себя внимание. Состояния амбулаторного автоматизма также длятся от нескольких минут до нескольких дней и заканчиваются полной амнезией.

Женщина, проживающая с семьей на Дальнем Востоке, вдруг, совершенно неожиданно для себя, очутилась в Москве с грудным ребенком на руках. Как она попала в Москву, на чем ехала, больная совершенно не помнила.

Сумеречные состояния сознания могут возникать не только днем, но и ночью, среди сна. В таком случае говорят о лунатизме (сомнамбулизме). Однако следует помнить, что далеко не все проявления лунатизма относятся к эпилепсии. Это могут быть и случаи сумереч-

358

ного сознания истерического происхождения, и просто частичный сон.

Некоторое сходство с сумеречными состояниями сознания имеют так называемые особые состояния (М. О. Гуревич), которые “примерно так относятся к сумеречным состояниям сознания, как джексоновский припадок к генерализованному эпилептическому”.

При особых состояниях не бывает выраженных изменений сознания и последующей амнезии, но характерны изменения настроения, расстройства мышления и особенно нарушения восприятия в виде так называемого расстройства сенсорного синтеза. Больной растерян, испытывает страх, ему кажется, что окружающие предметы изменились, стены колеблются, сдвигаются, голова его стала неестественно громадной, ноги исчезают и т.д. Больные при этом могут переживать состояния типа deja vu, jamais vu, деперсонализации, изменение чувства времени и т. д.

Длительность особых состояний такая же, как и сумеречных состояний.

* + 1. Изменения личности больного эпилепсией

При длительном течении заболевания у больных часто появляются определенные, ранее им не свойственные черты, возникает так называемый эпилептический характер.

Своеобразно меняется и мышление больного, при неблагоприятном течении заболевания доходящее до типичного эпилептического слабоумия.

Круг интересов больных сужается, они становятся все более эгоистичными, у них “теряется богатство красок и чувства высыхают” '(В. Гризингер). Собственное здоровье, собственные мелочные интересы — вот что все более отчетливо ставится в центр внимания больного. Внутренняя холодность к окружающим нередко маскируется показной нежностью и любезностью. Больные становятся придирчивыми, мелочными, педантичными, любят поучать, объявляют себя поборниками справедливости, обычно понимая справедливость очень односторонне. В характере больных появляется своеобразная полюсность, легкий переход от одной крайности к другой . Они то очень приветливы,

1 Жан Фальре, одним из первых описавший эпилептический характер, указывал, что “перемежаемость явлений как в сфере чувствования, так и умственных способностей составляет выдающуюся черту в характере эпилептиков”.

359

добродушны, откровенны, порой даже слащавы и навязчиво-льстивы, то необыкновенно злобны и агрессивны. Склонность к внезапно наступающим бурным приступам гневливости вообще составляет одну из самых ярких черт эпилептического характера.

Аффекты ярости, которые легко, часто без всяких поводов, возникают у больных

эпилепсией, настолько демонстративны, что Ч. Дарвин в своем труде об эмоциях животных и человека взял в качестве одного из примеров именно злобную реакцию больного эпилепсией. Вместе с тем больным эпилепсией свойственны инертность, малоподвижность эмоциональных реакций, что внешне выражается в злопамятстве, “застревании” на обидах, часто мнимых, мстительности.

Типично меняется мышление больных эпилепсией: оно становится вязким, с наклонностью к детализации. При длительном и неблагоприятном течении заболевания особенности мышления становятся все более отчетливыми: нарастает своеобразное эпилептическое слабоумие. Больной теряет способность отделять главное, существенное от второстепенного, от мелких деталей, ему все кажется важным и нужным, он вязнет в мелочах, с большим трудом переключается с одной темы на другую. Мышление больного становится все более конкретно-описательным, снижается память, оскудевает словарный запас, появляется так называемая олигофазия. Больной обычно оперирует очень небольшим количеством слов, стандартными выражениями. У некоторых больных появляется склонность к уменьшительным словам — “глазоньки”, “рученьки”, “докторочек, миленький, посмотри, как я свою кроваточку убрала”. Непродуктивное мышление больных эпилепсией иногда называют лабиринтным.

Больная эпилепсией, желая сообщить врачу об очередном припадке, описывает свое состояние следующим образом: “Так вот, когда я встала, то пошла умываться, полотенца еще не было, его, наверное, Нинка, гадюка, взяла, я ей это припомню. Пока я полотенце искала, уж на завтрак надо было идти, а я еще зубы не чистила, мне няня говорит, чтоб я шла скорее, а я ей про полотенце, тут как раз и упала, а что потом было, не помню”.

Все перечисленная симптоматика совершенно необязательно должна быть представлена у каждого больного полностью. Значительно более характерно наличие лишь каких-то определенных симптомов, закономерно проявляющихся всегда в одном и том же виде.

Наиболее частым симптомом является судорожный припадок. Однако бывают случаи эпилепсии без больших су-

360

дорожных припадков. Это так называемая замаскированная, или скрытая, эпилепсия (epilepsia larvata). Кроме того, эпилептические припадки не всегда бывают типичными. Встречаются и разного рода атипичные припадки, а также рудиментарные и абортивные, когда начавшийся припадок может остановиться на любой стадии (например, все может ограничиться одной только аурой и т. д.).

Бывают случаи, когда эпилептические припадки возникают рефлекторно, по типу центростремительной импуль-сации. Так называемая фотогенная эпилепсия характеризуется тем, что припадки (большие и малые) возникают только при действии прерывистого света (светового мелькания), например, при ходьбе вдоль нечастого забора, освещенного солнцем, при прерывистом свете рампы, при просмотре передач по неисправному телевизору и т. д.

Эпилепсия с поздним началом (epilepsia tarda) возникает в возрасте старше 30 лет. Особенностью эпилепсии с поздним началом является, как правило, более быстрое установление определенного ритма припадков, относительная редкость перехода припадков в другие формы, т. е. характерна большая мономорфность эпилептических припадков по сравнению с эпилепсией с ранним началом (В. А. Карлов).

* + 1. Эпилепсия у детей

Несмотря на то что эпилепсия встречается в детском возрасте довольно часто, диагностика ее, особенно вначале, представляет немалые трудности. У детей в силу повышенной потребности в кислороде мозга, лабильности кальциевого обмена, повышенной гидрофильности коллоидов мозга легко возникают судорожные состояния, ничего общего с эпилепсией не имеющие. Так, например, у детей эпилеп-тиформные

припадки могут возникать при глистной инвазии, заболевании дыхательных путей, кишечных интоксикациях, подъемах температуры тела и т. д.

Детская эпилепсия трудна для диагностики еще и потому, что редко начинается с типичных развернутых судорожных припадков. Заболевание значительно чаще дебютирует аб-сансами, petit mal, разного рода атипичными, рудиментарными припадками, и лишь со временем происходит генерализация припадка. Начало болезни может выражаться также в снохождениях, периодически появляющихся расстройствах настроения, внезапно возникающих страхах, приступах ничем не объяснимых болей в различных органах,

361

пароксизмальных расстройствах поведения. Закономерная повторяемость этих явлений всегда должна настораживать в отношении эпилепсии.

Эпилепсия у детей характеризуется более злокачественным течением, чем у взрослых, и скорее приводит к снижению интеллекта и разнообразным расстройствам речи.

Свойственны детям и изменения личности, причем если у подростков развиваются черты характера, свойственные взрослым больным эпилепсией (медлительность, вязкость, “прилипчивость”, мелочная пунктуальность), то для детей младшего возраста характерны все увеличивающееся двигательное беспокойство, чрезвычайная отвлекаемость внимания, невозможность сколько-нибудь длительной его концентрации.

У детей резко выражен (в значительно большей степени, чем у взрослых) сосудисто- вегетативный компонент припадка.

24.1.5. Соматические и неврологические расстройства

Специальных соматических нарушений, характерных только для больных эпилепсией, нет, однако среди них нередко встречаются люди с диспластическим строением, с эндокринно-обменными нарушениями в виде ожирения, нарушения роста и т. д., с гидроцефальным или микроцефаль-ным строением черепа. Кроме того, на теле большинства длительно страдающих эпилепсией можно обнаружить следы различных повреждений, полученных во время судорожного припадка (следы ожогов, ушибов, порезов, отсутствие зубов, рубцовые изменения от многократных прикусов языка и т. д.). Со стороны неврологического статуса может отмечаться самая различная симптоматика в виде поражения черепных нервов, параличей и парезов, разнообразных вегетативных нарушений. Вместе с тем встречаются больные эпилепсией без каких-либо соматических или неврологических нарушений, обнаруживаемых современными методами исследования.

1 Подробное описание топической диагностики на основании той или иной неврологической симптоматики приводится в руководствах по нервным болезням. 362

* 1. Этиология и патогенез

Эпилепсия (эпилептическая болезнь) является полиэтиологическим заболеванием, к ее возникновению могут привести разнообразные вредные факторы, действующие как внутриутробно и во время родов, так и постнатально, особенно в ранние годы жизни (травмы, инфекции, интоксикации) .

При эпилепсии с поздним началом (после 30 лет) у более молодых больных основным этиологическим фактором чаще является черепно-мозговая травма, у больных более старшего возраста — церебральная сосудистая патология. Имеет значение и наследственная отягощенность, но по поводу того, в чем конкретно это выражено, мнения весьма противоречивы, что во многом, вероятно, зависит от возможности наследственной неоднородности болезни (Н. П. Бочков и др.). Имеются данные, что наследственно передается не само по себе заболевание, а предрасположение к нему. В частности, указывают на лабильность вазомоторов, определенные нарушения обмена веществ,

ненормальность развития некоторых нейронных систем (У. Пенфилд и Г. Джаспер). В настоящее время весьма распространено мнение, что эпилепсия чаще всего возникает при сочетании наследственного предрасположения с дополнительными вредностями, обычно в виде экзогенных факторов (травмы, инфекционные поражения центральной нервной системы и т. д.).

Встречается эпилепсия и с невыясненной еще пока этиологией (в таких случаях иногда применяют термины “эссенциальная”, “идиопатическая” или “крипто-генная эпилепсия”

* от греч. kryptos — тайный, скрытый).

Эпилепсия характеризуется определенными изменениями обмена веществ. Многочисленные исследования как отечественных, так и иностранных авторов показали изменения белкового, жирового, углеводного и водно-солевого обмена, нарушение кислотно-основного состояния (до припадка — алкалоз, после него — ацидоз), в связи с чем был предложен ряд теорий (аутоинтоксикация, нарушение функции желез внутренней секреции, в частности коры надпочечников, и т. д.).

Однако отсутствие единых данных, часто противоречивые результаты исследований, а иногда и отсутствие явных сдвигов в обмене у больных эпилепсией не сделали ве-

363

роятной ни одну из этих теорий. Перспективным явилось изучение обмена непосредственно в самой мозговой ткани.

Данные, полученные с помощью тонких методов исследования, свидетельствуют о таких изменениях метаболизма в мозге больных эпилепсией, которые в первую очередь обусловливает нарушения в проведении нервных импульсов. Так, обнаружено повышение проницаемости клеточной мембраны, ведущее к нарушению ионного равновесия и, следовательно, к относительной деполяризации нервных клеток.

Эта деполяризация, по-видимому, и является непосредственной причиной эпилептического разряда. Указывается, в частности, на потерю клетками калия и задержку в клетках натрия и воды. Большое значение при эпилепсии имеет также нарушение обмена таких веществ, как аце-тилхолин и гамма-аминомасляная кислота (ГАМК). (Ацетил холин — один из медиаторов, осуществляющих передачу нервных импульсов).

При судорогах обнаруживаются нарушения обмена ацетилхолина — увеличивается содержание свободного ацетилхолина. Поэтому, в частности, вскоре после судорожного припадка в ликворе содержится ацетилхолин, а введением ацетилхолина в свою очередь можно вызвать судороги. Гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), образующаяся из глутаминовой кислоты, обладает в противоположность ацетилхолину тормозящим действием, способствует подавлению проведения нервных импульсов.

Уменьшение содержания ГАМК в мозге (что и наблюдается при эпилепсии) ведет к появлению судорог.

Обмен ГАМК тесно связан с пиридоксином (витамин Вб) и глутаминовой кислотой. Поэтому авитаминоз Вб приводит к возникновению судорог, а глутаминовая кислота характеризуется противосудорожным действием.

Обнаружено, что у больных эпилепсией ослаблен обмен глюкозы в мозге.

В настоящее время появляется все больше данных, доказывающих, что в патофизиологических механизмах эпилептического припадка большая роль принадлежит гиперсинхронизации и нарастающей скорости возбуждения нейронов, их сверхвозбудимости, что в свою очередь вызывается изменениями клеточного метаболизма, нарушениями об-,менных и ферментативных процессов.

Нарушения в метаболизме мозга могут быть как при- 364

чиной, так и следствием эпилептической симптоматики. При этих сложных причинно- следственных отношениях, несомненно, играют роль как органические изменения в мозге, так и изменения биохимизма (“церебропатия” и “биопатия” по Бускаино).

Нарушения клеточного метаболизма тесно, интимно связаны с патофизиологическими механизмами и находят свое выражение в определенных электроэнцефалографических данных (П. М. Саратджишвили, Т. Ш. Геладзе, Ш. Гасто и др.).

Данные электроэнцефалографии. Наряду с тонкими исследованиями обмена и структурных изменений электроэнцефалография занимает в настоящее время ведущее место в изучении сложной проблемы сущности эпилепсии, особенно в вопросах локализации эпилептогенных импульсов и вопросах нейродинамики.

В большинстве случаев при записи биотоков мозга больных эпилепсией наряду с искажением нормального альфа-ритма встречаются изменения в виде острых волн, пиков, храктерных комплексов “острие — волна” (сочетание быстрого и медленного потенциала), а также медленных ритмов (тета- и дельта-волны), идущих пароксизмально, или неправильных медленных колебаний.

Наиболее отчетливо эти “эпилептоидные импульсы”, или, как их еще называют, “эпилептиформные потенциалы”, проявляются во время эпилептических пароксизмов, но регистрируются они и в межприпадочном периоде.

Многочисленные исследователи пытались провести определенные корреляции между характером электроэнцефалограммы и клиническими формами эпилепсии. Строгой закономерности обнаружено не было, но тем не менее установлено, что для случаев эпилепсии с преобладанием больших судорожных припадков характерны острые волны и пики (иглоподобные колебания), для petit mal — эпилепсии свойственны изменения в биотоках в виде комплекса “острие — волна”, особенно четко регистрируемые у детей, а для приступов так называемых психических эквивалентов более всего характерно наличие медленных волн.

1 По данным ряда авторов, лишь в 5—20 % всех записей биотоков мозга больных эпилепсией встречаются кривые без патологии — так называемые немые электроэнцефалограммы.

365

Электроэнцефалография не только помогает в ряде случаев провести дифференциальный диагноз приступов эпилепсии и сходных с ними пароксизмов иного происхождения (истерические припадки, фебрильные судороги у детей, приступы гипогликемии с судорожными проявлениями и т. д.), но и позволяет более точно локализовать очаг эпилептической активности, очаг эпилептогенных импульсов.

Помимо обычной записи биотоков мозга (так называемый фоновый ритм) при подозрении на эпилепсию обычно применяют и методы, способствующие усилению “эпилепти- формных потенциалов”. К этим так называемым методам активации относятся гипервентиляция и особенно дача прерывистого светового раздражения (светового мелькания). Прерывистый свет, в частности, не только вызывает усиление патологических знаков на ЭЭГ, но в ряде случаев и выявляет их при нормальной фоновой кривой.

Изучение влияния прерывистого света на выявление эпилептической активности сделало понятным происхождение фотогенной эпилепсии, когда эпилептические пароксизмы появляются у больных только при световом мелькании, обусловленном теми или иными причинами.

* 1. Патологическая анатомия

Установить диагноз эпилепсии на основании только па-тологоанатомических исследований невозможно. Вместе с тем имеются определенные данные, довольно часто встречающиеся при исследовании мозга больных эпилепсией.

При гибели больного во время припадка и особенно во время эпилептического статуса обнаруживаются набухание и отек мозга, гиперемия его, а также мелкие кровоизлияния в

различных отделах мозга. Помимо этих острых нарушений, констатируются и длительные, хронические изменения, причем они могут иметь двойное происхождение: являться следствием того вредного фактора, который вызвал эпилепсию (травма головного мозга, менингоэнцефалит, врожденные аномалии и т.д.), или появляться вследствие частых судорожных припадков, ведущих к ишемически-некротическим изменениям в нервных клетках.

Следствием предшествующих вредностей могут быть спаечные процессы в оболочках, глиозные рубцы и т.д.

Наблюдаемые иногда гетеротопии серого вещества, а также наличие в первом слое коры эмбриональных клеток

366

Кахаля—Ретциуса говорят о врожденной аномалии мозга, способствующей повышенной судорожной готовности.

Как на следствие самих припадков указывается на гибель нервных клеток коры, изменения в мозжечке (диффузные дегенеративные изменения клеток Пуркинье, или грушевидных нейронов) и т. д. По поводу ряда патологоанатоми-ческих признаков, довольно часто наблюдаемых при эпилепсии (например, склероз аммонова рога), нет единой точки зрения, что это причина или следствие припадков. Нет единого взгляда и на нередко наблюдаемое при эпилепсии чрезвычайное разрастание нейроглии. Глиоз может отмечаться во всех отделах, но особенно характерно разрастание глии на поверхности мозга (так называемый краевой глиоз Шаслена).

24.4. Течение и прогноз

Прогноз при эпилепсии как заболевании с хронически-прогредиентным течением малоблагоприятен, однако иногда наблюдается и полное прекращение процесса. Прогностически неблагоприятными признаками являются раннее начало болезни, наличие малых припадков, преобладание больших эпилептических припадков над абортивными, склонность их к серийности, наличие эпилептических статусов, глубокое нарушение сознания в послеприпадочном периоде, частота и тяжесть сумеречных состояний в межприступном периоде, возникновение припадков и днем и ночью.

Степень доброкачественности или злокачественности течения эпилепсии в известной степени связана с асимметрией поражения в больших полушариях головного мозга. Так, относительно благоприятное течение наблюдается при более частой унилатеральной локализации очагового поражения, при локализации поражения в правом полушарии и задних долях головного мозга, а неблагоприятное — при преимущественном поражении головного мозга в левом полушарии, увеличении доли генерализованных поражений головного мозга с вовлечением в патологический процесс лобно-ви-сочных структур (А. П. Чуприков).

Прогноз при эпилепсии может быть неблагоприятным не только для самой личности (нарастание своеобразных изменений мышления вплоть до выраженного слабоумия, характерологические изменения), но и для жизни. Больные могут погибнуть от эпилептического статуса, от несчастного

367

случая во время припадка (падение в огонь, в воду и т. д.), могут покончить самоубийством во время дисфории или сумеречных состояний сознания.

Дополнительные вредности (повторные травмы, резкое переутомление, инфекции, интоксикации) утяжеляют течение. Вредностью, способствующей значительному утяжелению процесса, является алкоголизм.

24.5. Дифференциальный диагноз

В случаях с характерными припадками, типичными психическими нарушениями в виде пароксизмальных изменений настроения и сознания, а также при выраженных

характерологических сдвигах диагноз эпилепсии не вызывает затруднений. Однако ранняя диагностика заболевания нередко сопряжена со значительными трудностями, особенно в тех случаях, когда заболевание начинается с разного рода атипичных припадков или с так называемых психических эквивалентов.

Прежде всего такие проявления эпилепсии нужно дифференцировать с некоторыми проявлениями истерии (см. главу 10) и сумеречными состояниями сознания. Характерная для истерии демонстративность поведения, возникновение болезненных проявлений не внезапно, как при эпилепсии, а к связи с внешними причинами, лабильность и поверхностность эмоционалных реакций больных истерией, их внушаемость могут помочь наряду с данными тщательно собранного анамнеза в дифференциальной диагностике. Следует провести и электроэнцефалографическое обследование.

Эпилепсию раннего детского возраста необходимо отличать от явной формы спазмофилии, сопровождающейся тоническими и клоническими судорогами. Дифференциально-диагностическими критериями могут быть следующие симптомы: 1) определенная сезонность спазмофилии с нарастанием симптоматики с октября—ноября и максимумом ее проявлений в марте—апреле; 2) наличие при смазмофилии симптомов повышенной электровозбудимости (симптом Эрба) и механической перевозбудимости (симптомы Труссо и Хвостека); 3) характерные для смазмофилии ларингоспазмы и особенно значительные нарушения кальциевого обмена.

Большое значение имеет дифференцирование эпилепсии и заболеваний, сопровождающихся эпилептифорным синдромом. При эпилептиформной форме сифилиса головного

368

мозга имеются типичные для сифилиса мозга анамнестические, неврологические и лабораторные данные.

Интоксикации, инфекционные заболевания головного мозга, черепно-мозговые травмы и другие органические поражения центральной нервной системы могут сопровождаться эпилептиформным синдромом. Для дифференциального диагноза в этом случае большое значение имеет время появления характерных симптомов. Если судорожные припадки, расстройства настроения, приступы сумеречного состояния сознания появляются в остром периоде травмы или во время текущего инфекционного процесса головного мозга, то это говорит о том, что это не эпилепсия, а всего лишь эпилептиформный синдром. Для дифференциального диагноза в подобных наблюдениях большое значение имеет не только тщательное клиническое обследование, но и различные лабораторные исследования. Однако в ряде случаев провести четкое различие бывает довольно трудно. Имеются наблюдения, когда с течением времени так называемая симптоматическая эпилепсия (возникшая, например, на основе травмы головного мозга) по своей клинической картине все больше приближается к эпилепсии в собственном смысле слова и теряет в конце концов всякое с ней различие. Дело здесь, по-видимому, в сложных патогенетических сдвигах, вследствие которых судорожный синдром на фоне остаточных явлений (например, травмы головного мозга или менингита) может развиться в истинную эпилепсию со всеми свойственными ей симптомами.

В подобных случаях, как уже отмечалось, для точной диагностики большое значение имеют не только тщательные клинические и лабораторные исследования, но и учет хро- ногенного фактора (клиническая картина, свойственная собственно эпилептической болезни, возникает обычно значительно позже появления только судорожного синдрома). Нельзя диагностировать эпилепсию только по одному припадку. Единичный припадок не обязательно показатель эпилепсии или эпилептиформного синдрома. Он может быть только единичной эпилептической реакцией (А. И. Болдырев).

24.6. ^/Течение и профилактика

При лечении больных эпилепсией нужно исходить из двух принципиальных положений:

1) строго индивидуально подбирать не только наиболее эффективное лекарство и его 369

дозировку, начиная с наименьшей, но часто и смесь про-тивоэпилептических средств; 2) проводить терапию длительно с постепенным изменением дозировки и ни в коем случае не обрывать лечение сразу (опасность резкого обострения вплоть до появления эпилептического статуса!). Все лечебные мероприятия при эпилепсии можно разбить на 3 группы: 1) медикаментозная терапия, 2) правильная организация режима труда и отдыха и особенно режима питания (диетотерапия) и 3) трудотерапия.

Медикаментозная терапия. Довольно широкое применение имеет люминал (фенобарбитал). Люминал обычно назначается длительно (месяцы и даже годы), но все же следует помнить, что иногда он дает побочное действие в виде отеков, крапивницы, альбуминурии. В ряде случаев бывает помехой выраженное снотворное действие люминала.

Помимо люминала, применяется также другой барбитурат — бензонал (бензобарбитал). Бензонал является более мягким средством, чем многие другие противоэпилептиче-ские препараты, он обычно не оказывает побочного наркотического или возбуждающего действия. Противопоказан при тяжелых заболеваниях печени и почек, а также при декомпенсации сердечной деятельности. Близким по строению к люминалу является и гесамидин (майсолин, при-мидон и т.д.).

Оценка действия гексамидина может быть произведена не ранее чем через 3—5 нед от начала приема этого препарата. Гексамидин может дать побочные действия в виде чувства опьянения, сонливости, нарушения координации, головных болей, тошноты.

Противопоказанием к назначению гексамидина являются заболевания почек, печени и кроветворной системы.

В некоторых случаях хороший эффект дает применение дифенина (дилантин, эпанутин, алепсин, солантил). Дифе-нин чаще других препаратов оказывает побочные влияния в виде головокружения, рвоты, тремора, нистагма, повышения температуры тела, кожных сыпей, желудочно-кишечных расстройств, иногда поражения печени (А. Н. Болдырев). Для смягчения действия дифенина в ряде случаев рекомендуется начинать лечение с люминала и лишь постепенно заменять его дифенином.

На некоторых больных неплохое действие оказывает диакарб (диамокс, фонурит), обычно в сочетании с другими препаратами.

370

I

)

Из сопутствующих явлений отмечается похудание (препарат вызывает усиленное выделение воды из организма). Могут быть осложнения в виде рвоты, головных болей, вялости, плохого сна или, наоборот, сонливости и т. д.

Неплохой эффект на некоторых больных оказывает хло-ракон (бекламид, хибикон и др.). Однако при его применении все же надо следить за функцией почек, печени и картиной крови.

Препаратом, проявляющим как противосудорожный, так и психотропный эффект, является карбамазепин (тегретол, финлепсин, стазепин и т.д.). Благодаря своим психотропным свойствам этот препарат эффективен не только при больших судорожных припадках, но и при состояниях эмоционального напряжения, дисфориях, смягчающе действует при наличии эпилептических черт характера, активирует мыслительные процессы. В единичных случаях препарат может вызвать так называемые тегретоловые

психозы в виде делириозно-онейроидных состояний шизофреноподоб-ной клинической картины, слухового галлюциноза и т. д. Иногда возникают анорексия, тошнота, рвота, сонливость, нарушения координации, аллергические реакции. Возможны также изменения крови.

Для лечения эпилепсии, проявляющейся главным образом малыми припадками и абсансами, применяются это-суксимид, морсуксимид (морфолеп), триметин (тридион, триметадион и т. д.). Может давать осложнения в виде светобоязни, кожных сыпей, сонливости или бессонницы, головных болей, поражения костного мозга (лечение три- метином поэтому должно проводиться под постоянным контролем за кровью).

Противопоказанием к применению три-метина являются болезни кроветворных органов, а также изменения почек, печени и зрительного нерва.

Этосуксимид (суксилеп, пикнолепсин и т. д.) менее токсичен, чем триметин, однако могут быть осложнения со стороны крови, а также тошнота, рвота, головные боли, головокружения. Необходимо регулярно производить анализы крови и мочи.

Морсуксимид (морфолеп, перлепсин), как и два первых препарата, эффективен при так называемых малых формах эпилепсии. Побочные действия могут выражаться в желудочно-кишечных расстройствах, альбуминурии и изменениях картины крови.

Лечение проводить под контролем за состоянием крови и мочи.

Для лечения эпилепсии применяются также различные комбинации как противосудорожных средств, так и послед-

371

них с кофеином, витаминами группы В, никотиновой кислотой и т. д.

Для купирования сумеречных состояний сознания, а также при трудностях поведения больных эпилепсией (склонность к злобным реакциям) одновременно с противоэпи- лептическими средствами назначается аминазин внутримышечно. При этом следует следить за артериальным давлением ввиду возможного резкого его снижения. При выраженных аффективных нарушениях показаны сибазон (диазепам, седуксен, валиум, апаурин), хлозепид (хлорди-азепоксид, элениум, либриум), феназепам, амитриптилин, тизерцин и т. д.

Лечение эпилепсии следует начинать с меньших доз и постепенно повышать их, отыскивая оптимальную для данного больного дозировку. При переводе больных на другой препарат замену нужно производить также постепенно.

Если лечение эффективно (исчезновение пароксизмов), уменьшать дозу препарата следует не раньше чем через два года после последнего припадка, полностью прекращать лечение (очень постепенно!) не следует раньше чем через 5 лет.

Для купирования эпилептического статуса (грозное состояние, требующее немедленной медицинской помощи) показано как можно более быстрое внутривенное (вводить медленно при хорошей фиксации руки!) вливание диазепама (седуксен, валиум и т.д.). В некоторых случаях хороший эффект дает внутримышечное введение гексенала. Следует помнить, что гексенал для купирования эпилептического статуса можно вводить только детям школьного возраста. Гексенал противопоказан при нарушениях функции печени и почек, при лихорадочных состояниях, кислородной недостаточности. Иногда прибегают (для понижения внутричерепного давления) к кровопусканию или к пункции спинномозгового канала (при хорошей фиксации). В случаях, когда все указанные мероприятия не принесли эффекта, следует перевести больного на управляемое дыхание с применением локальной гипотермии головного мозга (В. А. Карлов). Из сердечных средств лучше всего вводить кордиамин и кофеин. Отдельный припадок не требует особой медицинской помощи. Необходимо только уберечь больного от ушибов (подложить подушку под голову или взять ее на колени) и от прикусов языка (вставить между зубами шпатель или ложку, обернутые марлей). Иногда (при отсутствии какого- либо эффекта от других видов терапии и

372

при четком определении так называемого эпилептогенного • фокуса) можно прибегнуть к максимально щадящему хирургическому удалению эпилептогенного очага.

Организация режима и диетотерапия. Правильно организованный режим и питание имеют большое значение для больных эпилепсией. С лечебной целью больным эпилепсией предлагается четыре вида диеты: голодная, бессолевая, с резким ограничением жидкости и так называемая кетоген-ная (уменьшение белков и углеводов с заменой их жирами).

Практически все эти пищевые режимы, особенно в течение длительного времени, трудновыполнимы, однако больные эпилепсией должны придерживаться в еде следующих правил: 1) ограничивать жидкость, а в связи с этим не употреблять острые и соленые блюда; 2) органичивать белковую пищу, особенно мясо, по возможности строго соблюдая мо-лочно-растительную диету; 3) не употреблять крепких напитков (крепкий чай и кофе) и категорически исключить все алкогольные напитки.

Трудотерапия. Больным эпилепсией запрещается работать около движущихся механизмов, на высоте, у огня и воды. Однако если эпилепсия протекает без частых приступов, то больным рекомендуется посильный физический и умственный труд. Еще Авиценна отмечал положительное влияние на больных эпилепсией бега и ходьбы. Именно через трудовую деятельность, специально подобранную со строгим учетом состояния и индивидуальных особенностей больного (при исключении условий, способствующих перенапряжению и переутомлению), наиболее полно осуществляется такая важная мера, как социальная реадаптация больных эпилепсией.

Профилактика. Следует предупреждать причины, которые могут вызвать эпилепсию: инфекционные заболевания мозга, травматические поражения, особенно родовой травматизм, и т. д. Большая роль в профилактике эпилепсии принадлежит медико- генетическим консультациям.

24.7. Экспертиза

Различные правонарушения, вплоть до самых тяжелых, больные эпилепсией чаще всего совершают в состоянии так называемых психических эквивалентов, особенно в состоянии сумеречного сознания. В этом случае больной считается невменяемым. Однако диагноз эпилепсии еще не определяет невменяемость. Если правонарушение совершено вне при- 373

ступов расстройства настроения или состояний помраченного сознания, то при определении вменяемости или невменяемости учитывается степень деградации личности и особенно выраженность слабоумия. При тяжести преступления и опасности его повторения больные направляются на принудительное лечение.

Над больными эпилепсией с выраженным слабоумием учреждается опека. Глава 25 ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофренией (от древнегреч. schizo — расщепляю, phren — душа) обозначают группу сходных психических расстройств неясной этиологии, в развитии которых, вероятно, имеются общие эндогенные патогенетические механизмы в виде наследственной аномалии, не проявляющейся до определенного периода жизни. Без лечения характерно прогрессирующее или приступообразное течение, обычно завершающееся однотипной картиной изменения личности (дефекта) с дезорганизацией психических функций (мышления, эмоций, психомоторики — всего поведения в целом) при сохранности памяти и приобретенных ранее знаний.

Данное психическое расстройство в качестве единого заболевания было выделено в конце XIX века известным немецким психиатром Эмилем Крепелином под названием “раннее слабоумие” (dementia ргаесох), т. е. развивающееся еще в юности или в молодые годы. До этого разные формы шизофрении считались самостоятельными психическими болезнями. Само название “шизофрения” было дано в 20-х годах швейцарским психиатром Эугеном

Блейлером, который также расширил круг отнесенных к ней психических расстройств, но указал на возможность благоприятного исхода даже без лечения.

Сходство разных форм шизофрении определяется основными (“первичными”, “негативными”) симптомами (см. ниже), различия — дополнительными (“вторичными”, “позитивными”) симптомами.

Некоторые психические расстройства иногда включают в рамки шизофрении как особые ее формы, иногда же рассматривают как отдельные психические заболевания. К ним относятся бредовые (параноидные) психозы, отличающиеся по картине от параноидной шизофрении (напри-

374

мер, паранойя), шизоаффективные психозы (обладающие сходством с маниакально- депрессивным психозом) и вялотекущая (малопрогредиентная, латентная, “пограничная”) шизофрения.

25.1. Клинические проявления 25.1.1. Основные симптомы

Эти симптомы встречаются при всех формах шизофрении, но степень их выраженности различна. Их называют также “негативными”, так как они отражают нанесенный болезнью ущерб психике.

Эмоциональное снижение проявляется в разной степени. Начинается с нарастающей холодности больных к близким и значимым для них людям, безучастности к событиям, которые непосредственно задевают больного, утраты прежних интересов и увлечений. Проявления эмоций ослабляются и упрощаются. Голос становится монотонным, лишенным эмоциональных модуляций. На одной ноте говорят и о вещах безразличных, и о том, что, казалось бы, должно волновать. Лицо делается гипомимичным, утрачивается тонкая выразительность мимики, ее заменяют грубые утрированные гримасы. Появляются нелепое и неуместное хихиканье и смешки. В крайних случаях эти нарушения становятся настолько выраженными, что их называют “эмоциональной тупостью”. Но в начале заболевания они могут быть стертыми, проявляться, например, лишь избирательной немотивированной неприязнью больного к тем, кто его любит и о нем заботится (часто к матери), неряшливостью и нечистоплотностью в одежде и в быту. Но даже это может быть внешне незаметным, и лишь сам больной жалуется на то, что потерял способность радоваться и горевать, волноваться или испытывать интерес, как раньше. Встречается также “эмоциональная амбивалентность”: вначале больной сам говорит, что он испытывает к кому-либо одновременно любовь и ненависть или интерес и отвращение к чему-либо сразу. В более выраженных случаях это сказывается на поведении: больной ласкает и щиплет, целует и кусает одновременно.

Формальные нарушения мышления получили такое название потому, что они касаются не содержания мыслей, а самого мыслительного процесса, прежде всего логической связи между мыслями, а в тяжелых случаях даже внутри

375

одной фразы. Когда это достигает крайности, речь больного становится совершенно разорванной, состоящей из сумбурного набора обрывков фраз (“словесный салат”). Обычно нарушения выражены гораздо менее резко: в виде “соскальзываний” (нелогичного перехода от одной мысли к другой, чего сам больной не замечает), “неологизмов” (придумывание новых вычурных слов, например “тягофон” вместо “телефон”) и склонности к пустому резонерству, бесплодным рассуждениям (например, “собака виляет хвостом, когда радуется, а кошка когда сердится — если бы у человека был хвост, то когда бы он им вертел?”) или витиеватых выражений, ранее больному не свойственных (“пир вокала” — об эстрадном концерте певца).

В начальных стадиях заболевания подобные нарушения мышления вообще могут быть незаметны, но удается обнаружить патопсихологическими методами искажения процесса

обобщения, которое осуществляется по несущественным признакам. Например, из четырех картинок (часы, термометр, весы, очки) больной откладывает в сторону как не относящиеся к одному понятию (измерительные приборы) не очки, а весы (“они большие, в карман не положишь”). Наконец, сами больные могут жаловаться на неуправляемый поток мыслей, или его внезапные перерывы, или на параллельно текущих два потока мыслей,

Абулия (дословно “безволие”) проявляется падением активности, бездеятельностью, потерей интереса ко всему. В тяжелых случаях больные даже элементарно не обслуживают себя, не моются, испражняются где попало, мочатся под себя, целые дни валяются в постели или сидят в одной позе. Начинается же с того, что они забрасывают занятия и работу, запускают все домашние дела, ни за что не могут приняться, никак не могут собраться что-нибудь делать. Все это связывают с отсутствием побуждений к действиям и называют “падением энергетического потенциала”.

Аутизм — утрата контактов с окружающими, уход во внутренний мир, отгороженность, замкнутость — не всегда включается в число основных симптомов, так как может быть и при шизоидной психопатии. Важно появление этого признака, когда ранее он отсутствовал. Теряют связи с прежними приятелями и знакомыми, а новых не заводят.

376

* + 1. Типичные формы шизофрении

Предлагалось множество классификаций форм шизофрении. Наиболее распространенная и использованная в МКБ-10 систематика основывается на ведущем, наиболее устойчивом синдроме и включает формы, использованные еще Э. Крепелином (параноидная, кататоническая, гебе-френическая) с последующими дополнениями (простая, вялотекущая, циркулярная и другие формы). В нашей стране Г. Е. Сухаревой, Д. Е. Мелеховым и А. В. Снежневским и его школой была разработана иная систематика, основанная на типе течения заболевания. Были выделены непрерывно-прогредиентная, приступообразно-прогредиентная, периодическая (рекуррентная) и особые формы шизофрении (вялотекущая, паранойяльная, фебрильная).

* + - 1. Параноидная шизофрения

Это наиболее часто встречающаяся форма, если заболевание начинается после 20 лет. Характерен бред воздействия, преследования и отношения. Реже встречаются другие виды бреда — заражения, отравления, метаморфозы, ревности, величия и т. д. Бред воздействия проявляется тем, что больной утверждает, что на него кто-то или что-то действует необычным способом, руководя его мыслями, чувствами, поведением или подвергая опасности его здоровье. Эти воздействия не воспринимаются обычными органами чувств: невидимые лучи, неощутимые токи и волны, радиоактивность, ультразвук (бред физического воздействия) или гипноз, колдовство, парапсихологические внушения, влияние умерших лиц и т. д. (бред психического воздействия). Оценивая подобные идеи как бредовые, всегда необходимо проверить, не распространены ли подобные суждения в той субкультуре, к которой принадлежит больной, в его непосредственном окружении. Например, не увлекаются ли там рассказами о колдовстве, о магических действиях, о влиянии инопланетян или занятиями спиритизмом, парапсихологией и т. д. Бред преследования отличается неопределенностью и заумностью (какие-то никому не известные таинственные организации, террористические группы замышляют расправиться с больным). Отдельных конкретных преследователей обычно называют редко и неопределенно или указывают на совершенно случайных лиц. Бред отношения особенно проявляется в людных местах (в вагонах

377

поездов, на сборищах и т. д.) или в привычных компаниях. Кажется, что все на больного смотрят, о нем перешептываются, над ним подсмеиваются, на что-то намекают.

Другие виды бреда поражают своей нелепостью. Больные заявляют, что, дотрагиваясь до дверных ручек, заразились сифилисом или СПИДом (бред заражения), что в тело вселилось какое-то животное, что собственные внутренние органы все сгнили (ипохондрический бред) и др.

Галлюцинации чаще всего бывают слуховыми вербальными. Особенно характерны голоса, отдающие приказы больному (императивные галлюцинации), которые могут сделать больного опасным для себя (слышится приказ покончить с собой или нанести самому себе тяжкое повреждение) и для окружающих (голос может велеть больному кого- либо убить, совершить разрушительное действие). Нередко голоса комментируют поведение больного. Слышатся также оклики по имени. Обонятельные галлюцинации бывают гораздо реже (обычно больного преследуют отвратительные запахи — трупа, газа, крови, спермы и т. д.), они могут быть причиной отказа от пищи и считаются признаком злокачественного течения болезни. Зрительные галлюцинации нехарактерны, скорее встречаются обусловленные бредом иллюзии (“видят” мелькнувшее в чьих-то руках оружие, принимая за него какой-либо предмет при бреде преследования).

Синдром Кандинского — Клерамбо — сочетание психических автоматизмов, псевдогаллюцинаций и бреда воздействия. К психическим автоматизмам относят ощущения звучания собственных мыслей, при этом больным нередко кажется, что их слышат окружающие (симптом открытости мыслей), утраты произвольности мышления (“чужие”, “сделанные” мысли вкладываются в голову или свои отнимаются), сделанность ощущений или движений (кажется, что, когда больной говорит, его языком и губами кто- то движет — речедвигатель-ные галлюцинации). Псевдогаллюцинации отличают от истинных тем, что голоса слышатся внутри своей головы (“в голове установлен радиоприемник”, работает “компьютер”), реже какие-то фигуры видятся “внутренним взором”.

Парафрения — разновидность параноидной шизофрении, характеризующаяся нелепым фантастическим бредом (встречи с инопланетянами, небывалое могущество, позволяющее повелевать людьми и природой), с которым связаны выраженные эмоциональные переживания (от экстатического восторга до смертельного ужаса). Развивается обычно в зрелом возрасте.

378

* + - 1. Гебефреническая шизофрения

Гебефреническая шизофрения начинается в подростковом или юношеском возрасте (Геба в древнегреческой мифологии — богиня юности). В США ее называют дезорганизованной шизофренией. Больные ведут себя как плохие актеры, играющие расшумевшегося ребенка. Нелепая дурашливость, грубое кривлянье, утрированные гримасы, нелепый хохот делают поведение карикатурно детским. Веселье больных не заражает, а пугает и тяготит других (“холодная эйфория”). Говорят неестественным голосом — патетическим тоном или сюсюкают, при этом часто изощренно нецензурно бранятся, коверкают слова.

В речи слышится примитивное рифмование. Временами вспыхивает двигательное возбуждение: бегают, кувыркаются, валяются по полу, походя бьют других, часто жестоко, и тут же лезут целоваться. Склонны беззастенчиво обнажаться при посторонних, на глазах у всех онанируют, стремятся схватить других за половые органы. Бывают нечистоплотны и неопрятны. Могут нарочно мочиться и испражняться в постели или в одежде. Прожорливость чередуется с расшвы-риванием пищи.

Бредовые высказывания бывают отрывочными, а галлюцинации — эпизодическими. Заболевание отличается злокачественным течением. В течение 1—2 лет, а иногда и нескольких месяцев развивается шизофренический дефект с резко выраженными основными симптомами.

* + - 1. Кататоническая шизофрения

Кататоническая шизофрения (от древнегреч. kata — вдоль, tonos — напряжение) в прошлом была часто встречающейся формой, особенно в молодом возрасте. Но с 50-х годов в развитых странах стала отмечаться очень редко. Выраженные случаи проявлялись чередованием кататони-ческого возбуждения и обездвиженное™ (ступора) с полным молчанием (мутизмом).

Кататоническое возбуждение сводится к стереотипно повторяющимся бесцельным действиям и немотивированной импульсивной агрессии — бьют и крушат все вокруг. Всему оказывают бессмысленное упорное сопротивление, делают противоположное тому, что им говорят (негативизм). Часто срывают с себя одежду. Могут наносить себе повреждения.

379

На происходящее вокруг чаще никак не реагируют. Возбуждение может сочетаться с мутизмом или речь состоит из стереотипного повторения одних и тех же слов (персеверация) или фраз (вербигерация). Встречаются “эхо-симптомы”: повторение чужих слов (эхолалия), мимики окружающих, как бы передразнивание выражения их лица .(эхо- мимия), их движений и действий (эхопраксия).

Кататонический ступор — обездвиженность с полным молчанием (мутизм) может сочетаться либо с крайним напряжением всех мышц (ригидный ступор) или с повышенным пластическим тонусом — восковой гибкостью (каталептический ступор): руки, ноги, голова застывают надолго в той позе, которую им кто-нибудь придал, порой в самой неудобной и неестественной. Тонус может быть также низким (вялый ступор), или больные, лежа в одной позе (часто в позе “эмбриона”), оказывают резкое сопротивление любым пассивным движениям (негативистический ступор). В состоянии ступора больные не едят, могут сопротивляться кормлению, и питание осуществляется через зонд. Мочатся и испражняются под себя. Сознание во время ступора может полностью сохраняться, и в последующем, когда ступор проходит, больные подробно рассказывают обо всем происходившем вокруг.

Онейроидная кататония встречается до настоящего времени. Обездвиженность сочетается со сновидными переживаниями, о которых больные рассказывают лишь впоследствии, но при этом выясняется, что лишь отдельные события доходили до больного, а обстановка вокруг воспринималась в соответствии с грезоподобными фантазиями (другие больные принимались за инопланетян, сама больница — за какой-то лагерь и т. д.). Содержание онейроидных переживаний нередко черпается из фантастических романов, детективных фильмов или из бытующих рассказов об ужасных происшествиях. На лице выражения страха и экстаза сменяют друг друга.

Длительность кататонического возбуждения — от нескольких часов до многих дней, если его не прерывают нейролептиками. Возбуждение часто предшествует ступору, который длится от нескольких часов до нескольких месяцев. Выдающемуся русскому физиологу И. П. Павлову был продемонстрирован больной, у которого ступор длился непрерывно более 20 лет!

В настоящее время, особенно при интенсивном лечении, встречаются лишь отдельные кататонические симптомы на

380

фоне других форм шизофрении (особенно гебефренической) в виде стереотипно повторяющихся бессмысленных движений, гримас или выкрикивания одних и тех же слов, а также застывания на время в одной позе, крайней замедленности движений, тихой речи с краткими, односложными ответами.

25.1.2.4. Простая форма шизофрении

Простая форма проявляется только постепенно нарастающими основными симптомами шизофрении, совокупность которых обозначают как апатоабулический синдром (или

simplex-синдром). Болезнь подкрадывается исподволь: родные долго не видят изменений, а когда замечают, то сравнивают, каким был больной год-два назад и каким стал теперь. Сперва исчезает интерес ко всему, что раньше интересовало: к любимым развлечениям, хобби, компаниям друзей. В свободное время больные ничем не заняты: сидят дома, слоняются без дела, бесцельно где-то бродят. Еще продолжают ходить на учебу или на работу, но делают это как бы автоматически, продуктивность быстро падает, усвоить что- то новое оказываются неспособными. Становятся все более замкнутыми, молчаливыми.

Волнующие события перестают вызывать эмоциональную реакцию. Несчастья не трогают, а радостные события не находят отклика. К родным относятся безразлично и даже враждебно, особенно к тем, кто о них больше всех заботится. Лицо делается маловыразительным, лишь иногда искажается грубыми гримасами. Голос становится монотонным (“деревянный голос”). Неуместным смехом могут отвечать на то, что раньше заставило бы содрогнуться. Растормаживаются примитивные влечения (прожорливость, беззастенчивый онанизм). За одеждой не следят, не моются, не хотят менять белье, спят не раздеваясь. Возможна неожиданная беспричинная агрессия по отношению к окружающим.

Нарушения мышления сперва характеризуются бедностью речи и внезапными остановками, “обрывами” посреди фразы или “соскальзываниями” на неожиданную тему. Больные придумывают новые слова (неологизмы). Лишь в далеко зашедших случаях речь состоит из обрывков фраз. Изредка могут встречаться эпизодические бредовые высказывания или возникают галлюцинации (например, оклики по имени), о которых больной может не рассказывать, но видно, что иногда он к чему-то прислушивается.

Стойкого бреда и галлюцинаций не возникает. 381

Шизофренический дефект (резидуальная шизофрения) бывает следствием неблагоприятного течения болезни или неэффективности лечения, когда этот дефект выражен достаточно ярко. В этих случаях постоянно на протяжении многих лет удерживаются признаки апатоабулического синдрома, на фоне которых в зависимости от предшествующих форм шизофрении могут сохраняться отрывки прежнего бреда или эпизодические галлюцинации (без нового бредо-вого творчества), отдельные кататонические или гебефре-нические симптомы. При гебефрении ее проявления могут даже преобладать, удерживаясь годами и не уступая интенсивному лечению. При этом у подростков и юношей наблюдается также своеобразный тормоз психического развития: оно как бы останавливается на том возрасте, когда началось заболевание. Если это, например, случилось в 14—15 лет, то 20—30-летний больной продолжает вести себя, как подросток.

* + 1. Особые формы шизофрении

Эти формы не всеми психиатрическими школами включаются в рамки шизофрении. Иногда их рассматривают как отдельные психические заболевания, хотя и сходные с нею, иногда же включают в число других нешизофренических психических расстройств — причисляют к расстройствам личности (психопатиям), к маниакально-депрессивному психозу и др.

25.1.3,1. Вялотекущая шизофрения

Вялотекущая шизофрения (псевдоневротическая и псевдопсихопатическая шизофрения, малопрогредиентная шизофрения, пограничная шизофрения, шизотипическое расстройство по МКБ-10, пограничное и шизо типическое расстройство личности по психиатрической систематике в США) на протяжении многих лет неоднократно описывалась в разных странах в виде отдельных ее форм.

Начало заболевания постепенное, а развитие обычно медленное. Даже без лечения возможны значительные улучшения вплоть до практического выздоровления. Основные симптомы шизофрении при вялотекущей форме выражены слабо, иногда малозаметны,

особенно в начале заболевания. В одних случаях картина сходна с затяжными неврозами, в других — с психопатиями.

382

Неврозоподобная шизофрения. Чаще всего напоминает картину затяжного обсессивного невроза, реже ипохондрического, невротической деперсонализации, а в подростковом и юношеском возрасте — также с особыми эндореактивными психозами — дисморфоманией и нервной анорексией.

Обсессии отличаются от невротических неодолимостью, большой силой принуждения. Больные могут совершать нелепые ритуалы часами, не стесняясь посторонних. Они даже могут заставлять выполнять ритуалы других. Фобии утрачивают эмоциональный компонент: о страхах говорят без волнения, они бывают особо нелепыми (например, страх отдельных букв) или заумными (боязнь того, что может стать страшно). Тем не менее наплывы навязчивостей могут доводить до суицида.

Ипохондрические жалобы предъявляются в необычной, вычурной и даже нелепой форме (“кости рассыпаются”, “в животе кишки сбились в комок”, “сердце сжимается”, “чувствуется, как кровь из предсердий переливается в желудочки”). Часто возникают мучительные сенестопатии — упорные, тягостные болезненные ощущения в разных частях тела. Астения отличается монотонностью. Отдых и облегченный режим ее не уменьшают.

О деперсонализации чаще всего свидетельствуют жалобы на изменение самого себя, которое не могут выразить словами (“не такой, как раньше”, “стал как автомат”, “раздвоился”). Мучительно переживается ощущение потери всех чувств (“разучился переживать”) — “болезненное бесчувствие” (anaesthesia dolorosa). Дереализация выступает в высказываниях о “незримой стене” между собой и окружающим миром, все видится “как через стекло”, все как-то странно изменилось, но в чем эта перемена, словами передать не могут.

При дисморфомании убеждение в уродстве какой-то части своего тела или в дурном запахе, от себя исходящем, обычно не имеет никаких реальных оснований. Нередко выбирают нелепые способы маскировки мнимых дефектов. “Уродливый нос” всюду закрывают шарфом, “ужасный запах” приглушают использованием сильно пахучих веществ. Одна дисморфомания может сменять другую: то кажется, что кожа на лице “ужасная”, то “ляжки отвратительно толстые” и т. п.

Аноректический синдром чаще проявляется не полным отказом от пищи, а вычурными, голодными, заумными диетами (едят, например, только один какой-либо про-

383

дукт — морковь, сырую крупу). Мотивация голодания или строгой диеты может быть нечеткой или невразумительной (“хочу, чтобы лицо было не круглым, а длинным, как у Христа”). У мальчиков и юношей упорная анорексия, как правило, оказывается началом шизофрении.

Наряду с неврозоподобными симптомами могут возникать идеи отношения. Больные считают, что все на них смотрят, над ними подсмеиваются, делают неприличные намеки. Психопатоподобная шизофрения (латентная шизофрения, гебоидрфрения, псевдопсихопатическая шизофрения, препсихотическая или продромальная шизофрения). По клинической картине она сходна с разными типами психопатий (расстройства личности) — шизоидной, эпилептоид-ной, неустойчивой, истерической.

С шизоидной психопатией -сходен синдром нарастающей шизоидизации. Постепенно усиливается замкнутость, неприязненное отношение к близким, особенно к матери. Из-за несобранности и неспособности сосредоточиться падают успеваемость и трудоспособность. Жизнь заполняется патологическими увлечениями (хобби). Больные собирают нелепые коллекции (например, образчики испражнений всех видов животных).

Часами делают выписки из книг или составляют какие-то схемы и планы. Но всякая деятельность непродуктивна — никаких новых знаний, умений, навыков не приобретается. Фантазии бывают нелепыми или вычурными, о них могут откровенно рассказывать (представляют картины гибели мира, нашествия инопланетян, заполнение города полчищами крыс или змей). Становятся неряшливыми — не хотят мыться, не следят за одеждой и прической, не меняют белье. Иногда любят рассуждать на “философские” темы (“метафизическая интоксикация”), но мысли излагают непонятно, сумбурно, путанно. Сами рассуждения строятся на нелогичных доводах. Например, чтобы сделать людей менее агрессивными, надо запретить употреблять в пищу мясо, так как его едят хищники. Склонны экспериментировать над собой: пробуют разные токсические и дурманящие вещества, совершают нелепые суицидные попытки или иные опасные действия (ложатся раздетыми в снежный сугроб или между рельсами перед проходящим электропоездом и т. д.). Могут уходить из дома и где-то скитаться, приводя невразумительные доводы.

При сходстве с психопатией эпилептоидного типа, кроме постоянной угрюмости и замкнутости, характерна холодная

384

изуверская жестокость (например, больной плеснул кипятком в лицо матери за то, что она не выполнила какую-то его мелкую просьбу). Маломотивированные или беспричинные аффекты злобы внезапно возникают и так же неожиданно прерываются. Внешняя аккуратность (тщательная прическа, отглаженная одежда) может сочетаться с нечистоплотностью и отсутствием брезгливости (ложатся в обуви на простыни, заплевывают дома пол и стены). Сексуальность может обращаться на членов семьи, у юношей — особенно на мать, проявляется изощренными садистскими извращениями.

Больные способны наносить сами себе повреждения, даже серьезные, бывают опасны для окружающих, проявляя агрессивность, в том числе сексуальную. Совершенные действия затем игнорируют (например, изнасиловав девочку в лифте, тут же во дворе дома остается сидеть и следить за тем, как играют в футбол).

При сходстве с психопатией неустойчивого типа легко оказываются в асоциальных компаниях, совершают хулиганские поступки, воровство, участвуют в пьянках, употребляют наркотики. Но в этих группах остаются чужаками, пассивными наблюдателями или исполнителями чужой воли. Сотоварищи считают их странными, третируют, но они этому не придают значения. К близким не только безразличны, но даже холодно-враждебны, особенно к тем, кто их сильнее любит. Всякую учебу и работу забрасывают. Любят надолго уходить из дома, жить в тайниках, подвалах, шалашах.

Пьянствовать и употреблять наркотики могут в одиночку, но, несмотря даже на интенсивное злоупотребление ими, физическая зависимость бывает выражена слабо — способны внезапно бросить все без выраженных явлений абстиненции.

При сходстве с истероидной психопатией больной постоянно разыгрывает одну и ту же роль (“супермена”, кокетки, обладателя “изысканных” манер, непревзойденного таланта в какой-либо области) без учета ситуации и впечатления на окружающих. Отсутствуют присущий истерическим натурам тонкий артистизм, умение оценить обстановку и произвести желаемое впечатление. Фальшивая наигран-ность, утрированные гримасы, кривлянье и манерность сочетаются с холодностью и черствостью по отношению к близким, но иногда обнаруживается патологическая ревность к кому-либо из них.

Сочиняют о себе невероятные истории, включая сексуальные похождения, и рассказывают их другим, не заботясь о правдоподобии. Обычно забрасы- 13—1039 385

вают труд и учебу, хотя строят нереальные заманчивые планы.

Паранойя. Одними авторами она считается паранойяльной формой шизофрении, другими

— независимым от нее психическим заболеванием (“бредовое расстройство” по МКБ-10). В начале заболевания характерен монотематический бред изобретательства, сутяжничества, ревности и др., к которому вскоре присоединяется бред преследования и величия. Все виды бреда соединяются в единый комплекс (“меня преследуют за мои исключительные таланты”, “ущемляют мои интересы из-за моего правдолюбия”, “подсылают преступников, чтобы выкрасть мое изобретение” и т.д.). Галлюцинации отсутствуют, но могут быть обусловленные бредом иллюзии (в речи посторонних угадываются угрозы и оскорбления в свой адрес, в чужом кармане. — силуэт оружия).

Заболевание развивается исподволь, обычно в возрасте 30—40 лет, проявляется часто под влиянием психических травм. Бред формируется на протяжении недель и месяцев и сохраняется многие годы. В период обострения бредовых переживаний больные могут стать опасными для других, например способны даже убить мнимого врага или “неверную” жену. Реже, для того чтобы обратить внимание на “творимую над ними несправедливость”, бывают способны на террористический акт или публичное самоубийство (например, самосожжение на глазах толпы).

В отличие от параноидной шизофрении бред внешне выглядит правдоподобно, основывается на реальных событиях, действительных конфликтах, вполне вероятных поступках и словах окружающих. Даже пустота и несбыточность мнимых изобретений и открытий могут быть понятны только специалистам. При оценке паранойяльных идей в качестве бредовых следует особенно тщательно проверять, являются ли эти идеи продуктом индивидуального творчества или той субкультуры, к которой принадлежит больной. Поэтому идеи о “высшей расе”, об особой исключительности своей нации, изуверские поступки некоторых религиозных сект не должны рассматриваться как “коллективный бред” или “массовая паранойя”, так как подобные идеи господствуют в соответствующей субкультуре. Особенно осторожной должна быть диагностика паранойи в случаях бреда реформаторства. Настойчиво предлагаемые проекты переустройства общества не должны трактоваться как бредовые, даже если они являются продуктом индивидуального твор-

386

чества. Критерием бреда служит явное противоречие здравому смыслу, например, предложение заточить всех пьяниц, наркоманов и гомосексуалистов в концентрационные лагеря, или закрыть все школы и перевести всех учащихся на домашнее обучение по телевизору, или заменить подписи на всех документах отпечатками пальцев, чтобы их нельзя было подделать.

/

* + - 1. Приступообразная шизофрения

Острая полиморфная шизофрения (острый полиморфный синдром при приступообразной шизофрении, по МКБ-10 — “острое полиморфное психическое расстройство с симптомами шизофрении”, по американской классификации — “шизофрениформное расстройство”) развивается в течение нескольких дней и удерживается несколько недель. На фоне бессонницы, тревоги, растерянности, недопонимания происходящего проявляется крайняя эмоциональная лабильность: без причины страх чередуется с эйфорическим экстазом, плач и жалобы — со злобной агрессией. Эпизодически возникают галлюцинации (чаще слуховые, вербальные), псевдогаллюцинации (“голос внутри головы”), психические автоматизмы (“сделанные” кем-то мысли, звучание собственных мыслей в голове с ощущением, что они слышны всем — открытость мыслей).

Обонятельные галлюцинации часто отличаются необычностью запахов (“пахнет радиоактивной пылью”) или причудливостью их обозначений (“сине-зеленые запахи”). Бредовые высказывания отрывочны, не складываются в определенную систему, одна бредовая идея сменяет другую и может тотчас же забываться. Обычно бредовые

высказывания провоцирует обстановка: у больного берут кровь на анализ — его хотят убить, выпустив всю кровь, или заразить СПИДом. Попавшееся на глаза вентиляционное отверстие в стене наводит на мысль о подслушивающем устройстве. Диктор по радио меняет интонацию голоса и тем дает больному условные сигналы. Особенно характерен бред инсценировки: больницу принимают за тюрьму, где все “изображают больных”, или за тайное учреждение, где ставят опыты на людях. Нередко символическое толкование всего происходящего. Например, больного положили на койку в углу — это означает, что в жизни его “загонят в угол”.

Во многих случаях даже без лечения приступ острой полиморфной шизофрении заканчивается выздоровлением.

13\* 387

Поэтому в американской психиатрии господствует мнение, что диагноз шизофрении таким больным можно ставить только в том случае, если психоз затягивается на несколько месяцев. За это время острая полиморфная шизофрения обычно сменяется параноидной, простой или гебефрениче-ской формой.

Фебрильная шизофрения (гипертоксическая шизофрения; в старых руководствах “острый бред”, delirium acutum) также не всеми признается формой шизофрении. Предполагается, что это особое психическое заболевание, следствие инфекционно-токсического поражения головного мозга или гипотетической аутоинтоксикации или падения иммунных и других защитных реакций организма, отчего банальные инфекции становятся токсическими.

Начало внезапное, болезнь может развертываться за одни-двое суток. Развивается полубессознательное или бессознательное состояние (оглушение, сопор, кома), сочетающееся с двигательным возбуждением в постели, напоминающим хореиформные гиперкинезы (размашистые движения рук, ног, гримасы или непрерывное снимание с тела невидимых соринок). Больные издают нечленораздельные звуки. Иногда удается получить 1—2 ответа на простые вопросы, чаще в контакт вступить невозможно.

Соматическое состояние бывает тяжелым. Температура тела достигает 40 °С и выше. Кожа становится желтушной, на ней могут^ появляться петехии и кровоподтеки. Пульс частый и слабый, нередко возникают коллапсы. Обычно присоединяется пневмония. Даже при интенсивном лечении смертность достигает 20%. Патологоанатомическое исследование обнаруживает набухание головного мозга, точечные кровоизлияния во внутренних органах, дистрофию миокарда, печени, почек. В более благоприятных случаях описанное состояние сменяется другими синдромами (ступор, амен-тивный синдром, мания и др.) или после тяжелой продолжительной астении наступает выздоровление.

* + - 1. Шизоаффективные психозы

Шизоаффективные психозы (рекуррентная, периодическая, циркулярная шизофрения, атипичный аффективный психоз) как бы занимают промежуточное положение между шизофренией и маниакально-депрессивным (аффективным) психозом. Поэтому эти психозы рассматривают то как форму шизофрении, то как атипичный аффективный психоз, то

388

как их сочетание или как особое психическое заболевание. Проявляется депрессивными и маниакальными фазами с атипичной картиной. Между фазами бывают светлые промежутки (интермиссии), часто с практическим выздоровлением после первых фаз, но с признаками нарастающего шизофренического дефекта по мере их повторения.

Атипичные маниакальные фазы характеризуются тем, что при них, кроме чрезмерно повышенного настроения, чрезмерной активности, стремления к деятельности, болтливости, идей величия, обычно развертывается бред преследования “большого размаха” (больного преследуют целые организации, таинственные и преступные). Сам бред величия становится нелепым. Например, больной утверждает, что за несколько дней

вырос на 10 см, его мышцы налились небывалой силой, у него открылась “потрясающая память”. Бред величия склонен переплетаться с “активным” бредом воздействия, когда больной утверждает, что не он подвергается воздействию, а сам открыл у себя способность гипнотизировать других, читать чужие мысли, усилием воли замедлять или ускорять течение времени, заставить вянуть цветы и т. д. Бред отношения может приобретать эйфори-ческую окраску (“все мною любуются”, “завидуют”, “подражают”). Иногда возникают слуховые галлюцинации: голоса “учат”, дают советы, но могут угрожать или комментировать поведение больного.

Явления психического автоматизма проявляются неприятным наплывом мыслей в голове, “ералашем в мыслях”, ощущением, что мозг работает как компьютер или “передатчик мыслей”. Характерен бред инсценировки: больные считают, что все вокруг переоделись, разыгрывают порученные им роли, всюду “что-то творится”, “идет киносъемка”.

Атипичные депрессивные фазы отличаются не столько тоской и угнетенностью, сколько тревогой и страхом. Больные даже не могут понять, чего они боятся (“витальный страх”), или ждут каких-то ужасных событий, катастроф, стихийных бедствий. Легко возникает бред преследования, который может сочетаться с бредом самообвинения и отношения (“из-за ужасного поведения расправятся с его родными”, на больного “все смотрят, потому что глупость видна на лице”, его собираются умертвить, так как он вел “развратный образ жизни”, “заразился СПИДом”). Депрессивную окраску приобретает бред воздействия (“создают пустоту в голове”, “лишают половой потенции”), бред инсценировки (кругом переодетые тайные агенты и провокаторы,

389

чтобы “подвести” больного под арест), дереализация (“все вокруг как неживое”) и деперсонализация (“стал как будто неживым”). Могут возникать слуховые галлюцинации, описанные при параноидной шизофрении (угрозы, обвинения, приказы и т. д.).

Смешанные состояния особенно характерны для повторных фаз. Одновременно сосуществуют и депрессивные, и маниакальные симптомы. Больные взвинченны, гневливы, активны, стремятся во все встревать и всеми командовать, но при этом жалуются на неодолимую скуку, иногда на тоску и беспричинную тревогу. Высказывания и их эмоциональная окраска часто не соответствуют друг другу. С веселым видом могут говорить, что их заразили сифилисом или собираются кастрировать, и с тоскливым выражением о том, что голова переполнена гениальными мыслями.

Онейроидные состояния чаще развиваются на высоте маниакальных, реже депрессивных фаз. Переживания не отличаются от описанных при онейроидной кататонии. Во время этих состояний больные сидят неподвижно с отрешенным видом или лежат с меняющимся выражением то блаженства, то ужаса на лице. В контакт не вступают, от себя гонят или молчат. Происходящего вокруг как бы не замечают.

Продолжительность всех видов фаз различна — от нескольких дней до нескольких месяцев. Светлые промежутки (интермиссии) также разнообразны по длительности. Иногда одна фаза сразу сменяет другую, иногда между ними проходит много лет.

* 1. Течение

Советским психиатрам (Д. Е. Мелехов, Г. Е. Сухарева, А. В. Снежневский, Р. А. Наджаров) принадлежит систематика шизофрении, основанная не на клинической картине, а на типах течения. Выделяются следующие типы.

Непрерывно-прогредиентный тип характерен для параноидной, гебефренической и простой форм. Без лечения болезнь развивается неуклонно и беспрерывно до возникновения дефекта. Ремиссии обычно бывают следствием лечения и удерживаются до тех пор, пока применяется поддерживающая терапия. Темп развития болезни различен.

Неблагоприятным является злокачественный вариант, обычно начинающийся в подростковом и юношеском возрасте (злокачественная гебе-френическая, параноидная, простая формы).

390

Приступообразно-прогредиентный (шубообразный, от нем. schub — сдвиг) тип характеризуется отдельными приступами, продолжающимися от 2—3 нед до нескольких месяцев. Приступы чередуются со светлыми промежутками — ремиссиями, которые могут быть полными (практическое временное выздоровление) или неполными (с признаками шизофренического дефекта или остаточными симптомами прошедшего приступа). Длительность ремиссий весьма различна — от 1—2 нед до многих лет.

Описаны случаи одноприступной шизофрении: после одного приступа в юности полная ремиссия прослежена до старости.

Приступы характерны для острой полиморфной и ката-тонической форм, но они также могут протекать с картиной галлюцинаторно-параноидного синдрома и в это время по проявлениям не отличаться от параноидной формы с не-прерывно-прогредиентным течением.

Рекуррентный тип отличается от приступообразно-про-гредиентного тем, что каждый приступ развертывается в виде атипичной депрессивной или маниакальной фазы. По этому типу протекают шизоаффективные психозы.

Постшизофреническая депрессия развивается в период ремиссии, чаще неполной. Обычно больной только теперь осознает постигшую его душевную катастрофу: связанные с болезнью крушение жизненных планов, утрату трудоспособности, возможный распад семьи, обреченность на одиночество. Развитию депрессии может также способствовать длительная поддерживающая терапия нейролептиками, особенно аминазином (хлорпромазином), реже галоперидолом, оказывающими депрессогенное действие.

Внешне депрессия кажется нетяжелой (ее называют “матовой”). Больные апатичны, бездеятельны, ни к чему не проявляют интереса — все это напоминает апатоабулический синдром. Может даже не быть депрессивных высказываний: собственная несостоятельность переживается про себя. Но риск самоубийства очень высок. Подобные депрессии отличаются стойкостью.

25.2.1. Возрастные особенности клинической картины и течения

Детская шизофрения встречается относительно редко. Начало обычно постепенное, с беспричинных и нелепых страхов, двигательных и речевых стереотипии (бесконечное повторение одних и тех же движений, выкрикивание одних и тех же слов и фраз).

Патологические фантазии не отде- 391

ляются от реальности. Течение чаще злокачественное. Дефект, кроме основных негативных симптомов, сочетается с остановкой развития психики на том возрастном этапе, когда болезнь проявилась. Поэтому начало болезни в раннем детстве приводит к сочетанию шизофренического дефекта и отставания интеллектуального развития (“пропфпшзоф-рения”), а в предподростковом и подростковом возрасте — к стойкому психическому инфантилизму.

Подростковая шизофрения обычно протекает с разнообразными психопатоподобными нарушениями. Вялотекущая шизофрения может только ими и ограничиваться, параноидная, простая, гебефреническая — с них начинаться. Среди неврозоподобных картин встречаются дисморфома-ния, аноректический и деперсонализационно- дереализаци-онный синдромы, “метафизическая интоксикация”. В этом же возрасте дебютирует гебефрения.

“Поздняя” шизофрения, начинающаяся в пожилом и даже в старческом возрасте, встречается редко. Для этого возраста характерны парафренный синдром и тревожно- бредовая депрессия. В бред обычно включается лишь непосредственное окружение (соседи, близкие, персонал) — “бред малого размаха”.

* 1. Этиология, патогенез, патоморфоз

Этиология. Роль наследственности считается несомненной, но сущность ее неясна. Среди кровных родственников страдающих этим же заболеванием достоверно больше, чем в общей популяции. Если один из монозиготных близнецов заболевает шизофренией, то, как правило, заболевает и другой. Воспитание детей, рожденных от больных шизофренией, в здоровых семьях в качестве приемных с раннего детства не снижает частоты этого заболевания среди них.

Риск заболевания шизофренией для детей больного составляет в среднем около 15% при условии здоровой наследственности со стороны другого родителя. Но если с другой стороны имеются сведения о заболевании шизофренией среди кровных родственников, то этот риск в зависимости от степени родства может достигать 40%. Для племянников и племянниц, внуков, двоюродных братьев и сестер риск снижается до 3—4%.

Закономерности передачи наследственного задатка болезни и тем более его механизмы неясны. Никаких достоверно связанных с шизофренией из-

392

менений хромосом или иных четких маркеров наследственности не установлено. Предполагается, что тот же наследственный фактор у других кровных родственников может проявляться некоторыми типами психопатий и акцентуаций характера (шизоидным, паранойяльным, сенситивным и

ДР.).

А. В. Снежневскому (1972) принадлежит учение о “но-зосе” и “патосе” шизофрении. Pathos — наследственно обусловленная возможность развития шизофрении, которая может проявляться в конституциональных шизоидных чертах характера, или же следствие перенесенной шизофрении — различной степени дефект. Nosos — сама болезнь, активный процесс. Патос может перейти в нозос под влиянием провоцирующих факторов или в силу неясных для нас причин, нозос снова может завершиться патосом.

Провоцирующие факторы удается обнаружить во многих случаях. Только простая форма развивается обычно безо всяких видимых причин. Острую полиморфную и кататоническую шизофрению нередко провоцируют инфекции, любые лихорадочные заболевания. Вялотекущая шизофрения развивается постепенно, но болезнь становится очевидной для других нередко после некоторых психических стрессов, например при ломке жизненного стереотипа (переезд на новое место жительства, смена учебного заведения или работы и т. д.). В других случаях провокаторами служат “условно- патогенные факторы” — адресующиеся к слабому месту преморбидного типа акцентуации (публичное осмеяние при сенситивной акцентуации характера, утрата ценных вещей при эпилептоидной акцентуации и т. д.).

Провокаторами параноидной шизофрении могут послужить психические травмы, алкогольное опьянение или употребление наркотиков, особенно гашиша и амфетамина. Ге-бефрения обычно начинается на высоте полового созревания, и связанным с ним бурным нейроэндокринным сдвигам приписывают провоцирующую роль.

Первые и последующие фазы шизоаффективного психоза нередко возникают после черепно-мозговых травм, даже легких, или эмоционального стресса (особенно пережитого сильного испуга).

Психогенные теории распространены в американской психиатрии. Наибольшее значение уделяется детству — неправильному отношению матери к ребенку (доминирующая гиперпротекция с ее стороны или, наоборот, эмоциональное отвержение). Наиболее вероятно, что эти

393

психогенные факторы являются способствующими, но не главными. Сиблинги в тех же условиях могут оказаться здоровыми.

Патогенез остается неясным, несмотря на многочисленные исследования в течение десятков лет. Одна за другой сменялись гипотезы, отражавшие теоретические воззрения соответствующей эпохи или основывающиеся на появившихся новых методических подходах в области нейрофизиологии, биохимии, эндокринологии, иммунологии и др.

Например, в 20-е годы, в эпоху становления эндокринологии, шизофрению пытались представить как “полигланду-лярную эндокринную недостаточность”, в 50-е годы, в эпоху распространения учения И. П. Павлова об условных рефлексах, — как “запредельное торможение” и “фазовые состояния” в коре головного мозга. В дальнейшем патогенез искали в нарушениях ретикулярной формации головного мозга. Суть патогенеза пытались увидеть в аутоинтоксикации гипотетическими ядами. В дальнейшем биохимические гипотезы строились на нарушениях различных ферментных систем, обмена биогенных аминов (катехоламинов, индол-аминов), нейропептидов и др.

Иммунологические гипотезы связывали патогенез с нарушениями неспецифического иммунитета или с образованием противомозговых антител.

Все обнаруженные до сих пор при шизофрении нейрофизиологические, биохимические, иммунологические и другие отклонения либо оказались неспецифичными, либо встречались далеко не у всех больных, либо в лучшем случае коррелировали только с отдельными синдромами или состояниями при этой болезни.

Патоморфоз подразумевает изменение картины и течения заболевания в разные эпохи (эпохальный патомор-фоз) в отличие от изменений, связанных с появлением новых лекарственных средств (лекарственный патоморфоз) или с возрастом больного (возрастной патоморфоз). Эпохальный патоморфоз шизофрении начал обнаруживаться с начала 60-х годов. Почти исчезла весьма частая до этого кататоническая форма шизофрении (она остается нередкой в некоторых развивающихся странах Африки и Азии). Зато более распространенными стали неврозоподобная и особенно психопатоподобная формы вялотекущей шизофрении, появилась постшизофреническая депрессия. Реже стали острые дебюты — практически исчезли встречавшиеся в прошлом аментивные состояния в начале шизофрении. Причина этих изменений недостаточно ясна. Возможно, это связано с

394

ι

успешной борьбой со многими инфекциями, с появлением антибиотиков и других активных средств, отчего изменились провокаторы шизофрении.

25.4. Дифференциальный диагноз

Параноидную шизофрению, когда приступу предшествует психическая травма, необходимо дифференцировать с реактивными параноидами. При последних бред преследования, отношения, самообвинения по содержанию целиком вытекает из психической травмы, возникает вслед за нею и исчезает, если психотравмирующая ситуация разрешается (критерии К. Ясперса).

Кататонический ступор может быть вызван некоторыми нейроинтоксикациями — бульбокапнином, колибацилляр-ным токсином и др. В этих случаях некоторые психиатры диагностировали токсико-инфекционные психозы (А. С. Чи-стович). Однако катамнезы прослежены не были и не исключено, что токсикоинфекции могли сыграть роль провокаторов шизофрении. Кататоническое и гебефреническое возбуждение, особенно у подростков, иногда бывает нелегко отличить от маниакального — различия выясняются по миновании возбуждения. Простая форма в инициальной стадии обладает сходством с астеноапатической депрессией.

Вялотекущую психопатоподобную и неврозоподобную шизофрению необходимо дифференцировать со сходными по проявлениям психопатиями (расстройствами личности) и затяжными неврозами (невротическими развитиями). Для окончательного диагноза требуется иногда наблюдение на протяжении нескольких месяцев.

Острая полиморфная шизофрения по своим клиническим проявлениям может иметь много общего с интоксикационными и инфекционными психозами. Обнаружение активного инфекционного процесса или интоксикации не исключает диагноза шизофрении, так как они могут служить провокаторами. Окончательный диагноз выясняется в процессе продолжительного наблюдения.

Фебрильную шизофрению следует отличать от острого злокачественного нейролептического синдрома с гипертермией, развивающегося при лечении нейролептиками (особенно галоперидолом и другими производными бутиро-фенона), чаще большими дозами, но у чувствительных субъектов этот синдром может развиться даже от малых доз.

395

Шизоаффективные психозы бывает трудно дифференцировать с маниакально- депрессивным, когда первые фазы бывают типичными маниями или депрессиями.

* 1. Распространенность

Распространенность шизофрении (болезненность, т. е. число больных на 1 тыс. жителей), по разным данным, составляет от 2 до 10, т.е. от 0,2 до 1%, чаще всего указывается 0,5%. Заболеваемость (т. е. число заболевших в течение одного года) меньше приблизительно в 10—15 раз. Наиболее часто встречаются вялотекущая и параноидная формы и приступообразно-прогредиентный тип течения. Начало проявлений болезни в большинстве случаев приходится на подростковый и юношеский возраст. В детстве и после 30 лет шизофрения начинается редко.

* 1. Прогноз

Смертельные исходы бывают при фебрильной шизофрении. Суициды наиболее опасны при императивных слуховых галлюцинациях, при атипичной депрессии (шизоаффектив- ные психозы), при постшизофренической депрессии, а также при неврозоподобной вялотекущей шизофрении.

Шизофреническим дефектом завершается без лечения параноидная, гебефреническая и простая формы. При острой полиморфной шизофрении каждый приступ может закончиться и практическим выздоровлением, и выраженным дефектом. При повторении приступов дефект обычно нарастает, за что их и называют “шубами” (т. е. сдвигами).

Даже при интенсивном лечении прогностически малоблагоприятными признаками являются гебефреническая симптоматика, синдром Кандинского—Клерамбо, обонятельные галлюцинации, стойкий вербальный галлюциноз, а также нарастающая прибавка массы тела без улучшения психического состояния.

При вялотекущей шизофрении прогноз значительно лучше. Около /з случаев завершается хорошей стойкой ремиссией, граничащей с практическим выздоровлением, в другой /з психопатоподобные или неврозоподобные нарушения оказываются стойкими и препятствуют социальной адаптации, наконец, еще в /з случаев вялотекущая шизофрения сменяется параноидной или простой формой.

396

Паранойя трудно поддается лечению, и улучшение происходит нередко лишь с постарением и падением активности.

При шизоаффективных психозах прогноз тем лучше, чем ближе картина фаз к маниакально-депрессивному психозу.

* 1. Лечение и реабилитация

Лечение складывается из биологической терапии (психотропные лекарственные средства, шоковые методы и др.), психотерапии и специальных мер и методов, направленных на социальную адаптацию больного. Их комплекс получил название реабилитации.

* + 1. Биологическая терапия

Психотропные средства являются основным способом лечения. Выбор их определяется ведущей симптоматикой.

При параноидной шизофрении, если преобладает бред, чаще применяют трифтазин (стелазин), а если выражены галлюцинации и психические автоматизмы — галоперидол. При недостаточном эффекте трифтазин заменяют мажеп-тилом (тиопроперазин), а галоперидол — триседилом (три-перидол, трифлуперидол). При хроническом течении более эффективен лепонекс. С согласия родных больного можно использовать инсулиношоковую терапию, но она эффективна при давности болезни до года.

При гебефренической шизофрении также используют галоперидол и мажептил. Кататоническое возбуждение устраняют инъекциями аминазина (хлорпромазина) или га- лоперидола. При онейроидной кататонии также показан тизерцин (левомепромазин). В резистентных случаях с согласия родных возможна электросудорожная терапия, которая эффективна как при кататоническом возбуждении, так и при ступоре.

При простой форме более действенны активирующие нейролептики — френолон, малые дозы трифтазина (сте-лазина), семап (пенфлюридол).

При вялотекущей шизофрении применяют в зависимости от преобладающей симптоматики: при обсессиях и фобиях — феназепам или галоперидол (при дисморфоманиях к ним добавляют антидепрессанты). Астеноипохондрический синдром требует сочетания нейролептиков и антидепрессантов,

397

например седуксена (реланиум, сибазон) с эглонилом (суль-пирид), феназепама или трифтазина с амитриптилином или пиразидолом. Нарастающая шизоидизация лучше поддается лечению трифтазином, а при других психопатоподобных нарушениях пользуются неулептилом (перициазин), гало-перидолом, модитеном (лиоген). При паранойе бредовые переживания обычно пытаются дезактуализировать трифтазином. Шизоаффективные психозы лечат различно в зависимости от фазы. При маниакальных фазах наиболее эффективен галоперидол, несколько менее — аминазин. При депрессивных фазах амитриптилин или пиразидол сочетают с трифтазином (аминазин и галоперидол, устраняя бред и галлюцинации, могут затягивать депрессию). В период интермиссии для предотвращения новых фаз пытаются сочетать малые дозы трифтазина с карбамазепином (финлепсином) или карбонатом лития.

При острой полиморфной шизофрении лечение лучше начинать с инъекций аминазина и в дальнейшем его видоизменять в зависимости от преобладающей симптоматики.

Фебрильная шизофрения требует интенсивной терапии с помощью гемосорбции, гемодеза и других детоксицирую-щих средств. Аминазин в больших дозах показан лишь в случаях, если исключен злокачественный нейролептический синдром. При отсутствии эффекта решаются на электросудорожную терапию, которая иногда спасает жизнь. В остальном лечение симптоматическое.

При постшизофренической депрессии к лечению нейролептиками надо присоединить мелипрамин. Больной нуждается также в индивидуальной и семейной психотерапии. Поддерживающая терапия — длительное, на протяжении многих месяцев и лет применение психотропных средств для поддержания ремиссии и предотвращения рецидива. Обычно используют те лекарства, которыми ремиссия достигнута, но в уменьшенной дозе. Со временем делают попытку заменить более сильные средства на более слабые (например, трифтазин на сонапакс, галоперидол на феназепам). Дозы должны снижаться постепенно. Внезапный обрыв лечения грозит рецидивом, чаще наступающим не сразу, а через 2—3 нед.

Шоковая терапия была широко распространена в 30—50-х годах — до появления психотропных средств. В настоящее время в качестве метода выбора и с согласия родных больного могут быть использованы инсулиношоковая

398

терапия (при параноидной шизофрении) и электросудорожная терапия (при не поддающихся лечению другими средствами кататонии, тяжелой депрессии при шизоаффектив-ных психозах и фебрильной шизофрении). Применение сульфозинотерапии и атропиновых шоков в настоящее время в нашей стране запрещено.

25.7.2. Психотерапия

Психотерапия при шизофрении является вспомогательным, но тем не менее весьма необходимым средством. Ее значение возрастает по мере выхода из острого психотического состояния. При неполных ремиссиях на фоне поддерживающей терапии психотропными средствами регулярная психотерапия может оказаться даже решающим фактором в предотвращении рецидивов и опасных действий больных, например суицидов. При острой полиморфной шизофрении необходимы каждодневные успокаивающие беседы с больным. В простых словах доброжелательным и сочувственным тоном больному надо неоднократно повторять, что его переживания — следствие болезни, что необходимо лечение, вселять уверенность в выздоровление и возвращение домой.

При параноидной шизофрении и паранойе сначала лучше стараться в беседах отвлекать больных от болезненных переживаний, не пытаясь их разубедить. Лишь когда с помощью психотропных средств начинается дезадаптация бреда, надо пытаться способствовать критической переработке болезненных переживаний. При простой форме на фоне действия активирующих нейролептиков можно стараться вовлечь больного в групповую психотерапию, особенно в занятия коммуникативным тренингом — элементарным общением в быту.

При вялотекущей шизофрении всегда необходима индивидуальная психотерапия. Возможность раскрыть переживания и получить сочувствие врача обычно дает больному хотя и временное, но заметое облегчение. При установившемся контакте такие больные периодически сами испытывают потребность хотя бы в кратком общении с врачом. Смена врача нередко ими переживается тяжело. При улучшении состояния надо попытаться вовлечь больного в групповую психотерапию, используя методы как невербальные (психогимнастика, психодрама), так и вербальные (контактный тренинг, дискуссии).

399

При шизоаффективных психозах психотерапевтическая тактика зависит от фазы. В маниакальной фазе продолжительный разговор возбуждает больного — беседы с ним должны быть краткими. Лишь при успокоении надо стараться объяснить больному болезненную природу его состояния, предупредить о возможных депрессиях в будущем и убедить в необходимости длительного поддерживающего лечения. При депрессиях психотерапия особенно важна. Ежедневно спокойно и неторопливо надо ободрять больного, опровергать его депрессивные высказывания, даже когда он отвергает эти опровержения или кажется безучастным. Нельзя делать попытки развеселить больного — это может лишь ухудшить состояние. На выходе из депрессии надо способствовать ее критической оценке и вселять оптимистическое отношение к будущему.

Семейная психотерапия ставит целью прежде всего разъяснить родным больного проявления болезни, которые они могут принимать за чудачество, распущенность, упрямство, лень и т. д. Надо убедить родных в необходимости длительного лечения, опасности перерывов, ведущих к рецидиву, разъяснять, какие требования они могут и должны предъявлять к больному, а какие для него непосильны вследствие болезненных переживаний и могут привести лишь к конфликтам и утяжелению состояния. Наконец, надо способствовать гармонизации семейных отношений, разрешению конфликтов, без чего нельзя рассчитывать на стойкие хорошие ремиссии.

25.7.3. Реабилитация

Реабилитация подразумевает комплекс мер по возможному сохранению, а при утрате — восстановлению, хотя бы частичному, социального статуса больного, включая его

трудоспособность, семейные отношения, активную жизнь в обществе. Длительное пребывание в психиатрической больнице приводит к госпитализму — утрате способности жить самостоятельно, социальных навыков, неумению удовлетворять свои элементарные нужды, подавляет желание трудиться, может также нарушить семейные связи. Поэтому госпитализация должна быть минимальной по длительности. Как только позволяет состояние больного, необходимо использовать домашние отпуска, перевод в дневные стационары, активное наблюдение в диспансере.

Показаниями для неотложной госпитализации без со- 400

гласия больного (а в случае, когда больной в психотическом состоянии не способен отдавать отчет в своих действиях и руководить ими, то и без согласия его родных или заменяющих их лиц) служат наличие бреда, галлюцинаций, болезненной тревоги, страха, растерянности, если они определяют поведение больного. Дезактуализированные переживания, на поведении больного не сказывающиеся, такими показаниями не являются. Показаниями также являются гебефреническое, кататоническое -и маниакальное возбуждение, выраженная депрессия с суицидными мыслями, ступор, а также склонность к импульсивным действиям. При вялотекущей шизофрении и паранойе показанием для неотложной госпитализации может быть только опасность для самого больного (суицид, самоповреждения, упорный отказ от еды) или для окружающих (агрессия с риском нанесения тяжких повреждений или разрушительных действий). Если госпитализация желательна для уточнения диагноза -или подбора наиболее эффективных лекарств, то она может быть осуществлена только с согласия больного. Если же он из-за своей болезни неспособен принимать решения, то необходимо согласие родных или заменяющих их лиц. Если, будучи на попечении близких, больной не опасен ни для себя, ни для окружающих, то лечение вообще желательно проводить, не отрывая его от семьи

— в полустационарах или амбулаторно.

К реабилитационным мерам, помимо поддерживающего лекарственного лечения, относятся психотерапия (индивидуальная, семейная, групповая) и социотерапия. Чтобы отвлечь больного от болезненных переживаний, используется “лечение занятостью”. По мере улучшения переходят к трудотерапии, включающей при надобности обучение новой профессии, стимулируется социальная активность (например, в виде клубной деятельности).

Рекомендации во время ремиссий касаются также труда и учебы. Даже при неполной ремиссии и поддерживающей лекарственной терапии надо стремиться к тому, чтобы учащиеся продолжали уже начатую учебу, а работающие — труд, если это им посильно. В других случаях можно попытаться продолжать учебу и труд в облегченных условиях (например, учеба в вечерней школе, дома; труд на дому, в лечебных мастерских, в специальных цехах, работа с половинной нагрузкой и т.д.). Трудовые ограничения должны распространяться на те сферы деятельности, где возможное внезапное ухудшение состояния больного грозит

401

опасностью для него или для других (например, вождение транспорта). Но при полной устойчивой ремиссии без поддерживающей терапии в течение нескольких лет даже эти ограничения должны быть отменены. Напряженные умственные нагрузки (например, конкурсные экзамены после начала болезни) не рекомендуются. Обычно с такой нагрузкой не справляются, а неудача служит психической травмой, способной вызвать рецидив. Однако при полной устойчивой ремиссии подобное обучение также становится вполне возможным.

Одинокие больные особенно нуждаются в социальной помощи — содействии в устройстве быта. При неспособности больных вести свои дела суд может назначить им опекунов, обычно из близких.

* 1. Профилактика

Первичная (истинная) профилактика весьма ограничена из-за незнания причин и патогенеза болезни. Больные шизофренией, вступающие в брак, и их будущие супруги, должны быть осведомлены о риске заболевания у их потомства. Необходима также информация населения о том, что некоторые наркотики (гашиш, амфетамин) значительно повышают риск заболевания.

Вторичдая профилактика, направленная на предотвращение рецидивов во время ремиссий, осуществляется поддерживающим лекарственным лечением и психотерапией, а также мерами по предотвращению действия возможных провокаторов (психические травмы, лихорадочные заболевания, алкогольное опьянение и др.).

Третичная профилактика ставит целью предотвращение развития шизофренического дефекта путем лечения и комплекса реабилитационных мер.

* 1. Экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза признает невменяемыми больных, совершивших уголовно наказуемые действия в период психоза или неполной ремиссии. Судом им назначается принудительное лечение либо в больницах общего типа по месту жительства, либо в психиатрической больнице со строгим наблюдением, если вследствие опасности больного требуется строгий надзор за ним. Отмена принудительного лечения осуществляется также только по

402

решению суда. Во время полных ремиссий больные признаются вменяемыми. Однако необходимо убедиться, что совершенное общественно опасное действие не было первым проявлением надвигающегося рецидива болезни. При появлении же у больного высказываний, которые должны свидетельствовать о психотической симптоматике, необходимо учитывать возможность метасимуляции — нарочитого предъявления тех расстройств, которые раньше были у больного во время психоза.

Дееспособность больных должна оцениваться на данный момент. Недееспособными признаются больные при выраженной картине психоза, когда они неспособны отдавать отчет в своих действиях. То же относится к тяжелому шизофреническому дефекту.

Трудовая экспертиза при определении инвалидности осуществляется обычно в хронических случаях. При тяжелом дефекте или при длительном психотическом состоянии, не поддающемся лечению (например, при ге-бефрении), больные могут быть не только нетрудоспособными, но и нуждаться в постоянном надзоре и уходе. Чаще же возможность элементарно обслуживать себя и остаточная трудоспособность сохраняются. В этих случаях при опреде1 лении инвалидности должна быть предоставлена возможность посильного труда.

Военная экспертиза признает негодными для военной службы даже больных при полных ремиссиях.

Глава 26 МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз (маниакально-депрессивное заболевание, циркулярный психоз, циклофре-ния, циклотимия) — эндогенное заболевание, которое протекает в виде приступов или фаз с аффективными расстройствами, светлыми промежутками между приступами, т. е. полным восстайовлением психического здоровья и отсутствием изменений личности, независимо от количества перенесенных приступов.

Заболевание может протекать в виде биполярных приступов (именно маниакально- депрессивный психоз) и монополярных (монополярный депрессивный психоз и монополярный маниакальный психоз).

Термин “циклотимия” впервые применил К. Кальбаум для мягких, ослабленных вариантов болезни.

403

В 1883 г. Э. Крепелин назвал это заболевание “циркулярной душевной болезнью”. В 1899 г. в 6-м издании своего учебника он ввел понятие “маниакально-депрессивный психоз”, в который включил все формы периодических психозов.

* 1. Клинические проявления

Для маниакально-депрессивного психоза характерно чередование аффективных психотических приступов или фаз и светлых промежутков.

Для оценки психотических приступов обычно пользуются термином “фаза”, понимая под этим ограниченное во времени психопатологическое состояние. После минования фазы полностью восстанавливается психическое здоровье. Продолжительность фаз различна — от нескольких дней до нескольких лет. Средняя продолжительность — 3—6 мес.

Для маниакально-депрессивного психоза характерна сезонность возникновения фаз. Известно, что у некоторых больных фазы возникают в определенные месяцы, чаще осенью и весной. Число фаз различно: у части больных фазы возникают ежегодно, у других наблюдается только одна фаза на протяжении всей жизни.

Психические нарушения при маниакально-депрессивном психозе наблюдаются в виде аффективных расстройств, изменений в мыслительной и двигательной сферах. При маниакальных и депрессивных состояниях эти нарушения носят противоположный характер. Для депрессивных и для маниакальных состояний характерны вегетативные и соматические расстройства, свидетельствующие о “симпатико-тонической направленности” вегетативной нервной системы (В. П. Протопопов).

* + 1. Депрессивные состояния (фазы)

Депрессивные состояния (фазы) характеризуются триадой психических расстройств: пониженным настроением, замедлением мыслительных процессов и двигательной заторможенностью.

Психические нарушения. Пониженное настроение, подавленность, тоска являются наиболее характерными признаками депрессивной фазы. Выраженность эмоциональных нарушений бывает различной — от легких степеней подавленности и безрадостности до переживания витальной тоски, с безысходностью, отчаянием. Мучительными бывают пе- 404

реживания “предсердечной тоски” с ощущениями сжимания или тяжести в области сердца, иногда с ощущением своеобразной жгучей боли. Обычно еще более мучительными бывают “моральные страдания”, глубина и тяжесть которых несравнимо мучительнее физической боли.

Возникновению депрессивной фазы иногда предшествуют нарушения сна, аппетита, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиения, сухость во рту, запоры', задержка месячных у женщин. Такое состояние ошибочно расценивается как соматическое заболевание — функциональное нарушение сердечно-сосудистой системы и т. д. В легких случаях эмоциональные нарушения проявляются в подавленном настроении, которое сопровождается склонностью к сомнениям, неуверенностью в своем будущем, плохим самочувствием, психической и физической утомляемостью.

В тяжелых случаях нарастает мучительное переживание тоски, несравнимое с житейским горем. Никакие радостные события не могут вывести из этого состояния. Наиболее тяжелой формой проявления аффекта тоски является состояние, получившее название “взрыв тоски” — raptus melancholicus, которое проявляется во внезапном взрыве отчаяния с возбуждением, рыданиями, стонами, стремлением нанести себе повреждения, суицидальными попытками.

Обычно наблюдаются достаточно четкие суточные колебания в выраженности депрессивных переживаний. Больные испытывают тоску и тревогу в ранние утренние часы, к вечеру состояние несколько улучшается, сами больные часто говорят, что к вечеру “тоска как бы отпускает”.

Внешний вид больных соответствует их аффективным переживаниям: мимика и выражение глаз говорят о скорби и печали, при тяжелых тоскливых состояниях глаза остаются сухими, мигание редкое. Внутренняя треть века вместо дуги образует угловатую складку — складку Верагута. Брови сдвинуты, складки на лбу от постоянного сокращения мышц напоминают греческую букву омегу, губы сухие, плотно сжатые, углы рта опущены, отмечается сухость во рту. Больные сидят в согбенной позе, с опущенной головой, прижатыми к туловищу руками, сдвинутыми коленями.

Замедление мыслительных или ассоциативных процессов выражается в том, что больные отвечают на вопросы с большой задержкой, односложно, тихим голосом, жалуются на отсутствие мыслей или на одни и те же мысли о собственной никчемности и -желании умереть. Внимание сосредоточивается с трудом, память на прошлое не страдает,

405

фиксация текущих событий затруднена. Любое интеллектуальное напряжение кажется больным непреодолимым, поэтому они считают себя “идиотами”, “тупицами”. В таком состоянии больные не верят, что подобное состояние может пройти, прошлый опыт не помогает их убедить в благоприятном исходе: “Те состояния были легче”. Прошлое, настоящее и будущее оценивается мрачно, как цепь бесконечных ошибок и преступлений, будущее ужасно и бесперспективно.

Выраженность двигательной заторможенности различна — от легких степеней до депрессивного ступора. Движения часто замедленны, позы однообразны, больные жалуются, что им трудно двигаться, трудно говорить.

Больные в депрессивном состоянии не строят планов на будущее, не имеют никаких интересов, у них часто возникает только одно желание — умереть. Стремление к самоубийству постоянно наблюдается при депрессивных состояниях: в одних случаях это мимолетные мысли, в других эти мысли возникают периодически, особенно в ранние утренние часы, когда депрессивные переживания более выражены. У части больных в состоянии депрессии мысли о самоубийстве постоянны и появляются тенденции с обдумыванием способов его совершения. Больные в этом состоянии нуждаются в постоянном надзоре и контроле за их действиями. Суицидальные попытки могут носить импульсивный характер в момент взрыва тоски и более целенаправленный — с подготовкой суицидальной попытки заранее. К таким действиям обычно приводят воображаемая бесперспективность и ожидаемые мучения в будущем. В таком состоянии больные могут совершить “расширенное” самоубийство: сначала они убивают своих детей, престарелых родителей, а затем кончают жизнь самоубийством.

Нарушения мышления у депрессивных больных могут выражаться в сверхценных и бредовых идеях, обусловленных депрессивным аффектом. Наиболее часто наблюдаются идеи самообвинения, основой для которых являются малозначащие поступки, ошибки, значение которых переоценивается и они воспринимаются как тягостные преступления. Больные обвиняют себя в убийствах близких, в растратах, в изменах близким или родине и т. д. Они переживают идеи самоуничижения, считают, что они ничтожные люди, что происходящее с ними — это наказание за подлости, которые они совершали. Утверждают, что недостойны находиться в больнице, получать лечение, есть, пить, спать на постели, их необходимо отправить в тюрьму, уничтожить.

406

При более легких депрессивных состояниях наблюдаются навязчивые ипохондрические опасения, навязчивые сомнения и реже — навязчивые контрастные влечения.

В ряде случаев при утяжелении депрессии больные жалуются на отсутствие всякого чувства, они говорят, что стали как “чурки”, как “деревяшки”, что они ничего не чувствуют и от этого страдают. Больная говорит, что видит своих детей, но никаких чувств к ним не испытывает. Это состояние больными оценивается как более тяжелое: “Депрессия — это тяжело, но это человеческое чувство, а бесчувствие ужасно”. Состояние получило название “болезненное психическое бесчувствие” (anaestesia psychica dolorosa) и обычно свидетельствует о тяжести депрессии. У депрессивных больных можно наблюдать дереализацию и соматопсихическую деперсонализацию. При наличии дереализации больные говорят, что окружающий мир воспринимается не так четко, как раньше, он утратил яркость красок, живость и жизненность, все воспринимается как через туман, непромытое стекло, дымку, что окружающее похоже на декорации.

При соматопсихической деперсонализации больные недостаточно четко воспринимают свое тело: “Я как бы растворяюсь в окружающем, не чувствую своих границ”. У больных утрачивается ощущение сытости, они не чувствуют жажды, не испытывают удовлетворения от опорожнения мочевого пузыря, не чувствуют, что спали ночью, хотя на самом деле спали.

Вегетативные и соматические расстройства. Эти изменения обычно обусловлены повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы: наблюдаются тахикардия, повышение артериального давления, сухость во рту, отсутствие аппетита, больные жалуются на ощущение распирания в области желудка, кишечника, запоры, отмечается значительное снижение массы тела — до 10 кг и более, что наводит врачей на мысль об онкологическом заболевании у больного и приводит к многочисленным исследованиям. У женщин во время приступа болезни часто исчезают месячные.

Варианты депрессивных состояний. В зависимости от преобладания той или иной симптоматики при депрессивной фазе выделяют тревожно-ажитированную депрессию, при которой наряду с тоской имеет место тревожное возбуждение, определяющее клиническую картину (эти больные особенно опасны в плане совершения суицидальных попыток),

407

и ипохондрическую депрессию, при которой большое место в клинической картине занимают различные ипохондрические расстройства и вегетативные, ларвированные, маскированные депрессии.

Маскированная депрессия — депрессия с преобладанием различных двигательных, чувствительных и вегетативных расстройств по типу депрессивных эквивалентов. Наиболее часто маскированные депрессии проявляются соматическими расстройствами, при этом больные жалуются на боли в различных частях тела: в области сердца, позвоночника, кишечника, которые носят характер сене-стопатий или сенестоалгий. Боли обычно носят мучительный характер, заставляют больных постоянно обращаться к врачу, подвергаться многочисленным исследованиям. Обращают на себя внимание суточные колебания интенсивности болей, они наиболее выражены в утренние часы, к вечеру обычно состояние улучшается. Наблюдается и сезонный характер соматических жалоб: весной или осенью больной многократно обращается с жалобами, затем они спонтанно исчезают, но в следующем сезоне могут возникнуть снова.

Аффективные расстройства выявляются только при специальных обследованиях и прицельном расспросе больного. При этом обнаруживаются жалобы на слабость, быструю утомляемость, ощущение разбитости, подавленность, более выраженные в ранние утренние часы, нарушения засыпания и ранние пробуждения с чувством тревоги. Эти аффективные расстройства врачами часто не оцениваются как самостоятельные расстройства, а рассматриваются как реакция личности на соматические жалобы.

Сезонность возникновения расстройств, суточные колебания, ранние пробуждения с

тревогой, подавленное настроение, снижение трудоспособности более характерны для маскированной депрессии.

Больные, страдающие маскированной депрессией, представляют опасность из-за возможности формирования у них наркомании, так как на разных этапах болезни из-за жалоб на боли им неизбежно назначают болеутоляющие в том числе наркотические препараты.

На фоне маскированной депрессии возможно злоупотребление алкоголем. Вначале применение алкоголя прекращается с исчезновением приступа, а затем происходит формирование алкоголизма по своим законам.

408

26.1.2. Маниакальные состояния (фазы)

Эндогенные маниакальные состояния характеризуются противоположными депрессии симптомами: повышенным настроением, ускорением мыслительных процессов и возникновением различных ассоциаций, психомоторным возбуждением.

О повышенном настроении — эйфории — В. А. Гиляровский писал: “Все явления, входящие в картину маниакального состояния, в своей основе имеют возбуждение в сфере чувств с повышением настроения, доходящего до степени полного блаженства — эйфории” (1935).

Маниакальные состояния могут быть относительно легкие — гипомании, средней выраженности —типичные маниакальные состояния и тяжелые — мания с бредом величия, мания со спутанностью.

Развитие маниакального состояния чаще происходит постепенно. Вначале больные испытывают прилив бодрости, улучшается настроение, появляется ощущение физического и психического благополучия. Окружающее воспринимается в радужных красках, все психические процессы протекают легко, с повышенной продуктивностью и ослаблением задержек, облегчающих переход к действию. Сон у таких больных непродолжительный, но глубокий, по утрам они легко встают, быстро включаются в привычную деятельность, справляются со всеми своими обязанностями, не испытывают сомнений и колебаний в принятии решений. Самооценка обычно повышена, мимика живая, преобладает веселое настроение. Неприятные события не оказывают влияния на настроение. Аппетит чаще бывает повышен, отмечаются колебания артериального давления в сторону гипер-тензии, тахикардия.

При нарастании маниакального состояния прежде всего настроение становится отчетливо неадекватным: необычно жизнерадостным, прекрасным, больные отличаются “неиссякаемой” энергией, их охватывает жажда деятельности; однако если на начальном этапе деятельность еще сохраняет продуктивность, то на этом из-за отвлекаемости внимания больные уже не могут ни одно дело довести до конца. Ассоциации возникают по поверхностным признакам, темп мышления ускоряется.

При маниакальном состоянии могут обнаружиться интересы и способности, которых до заболевания никто не замечал. Больные начинают писать стихи, выявляются наклонности к рисованию, однако с нарастанием маниакаль-

409

ного состояния продуктивность в этой деятельности становится все более и более беспорядочной.

Поведение больных становится расторможенным, усиливается сексуальность, больные легко заводят знакомства, вступают в сексуальные связи, говорят на эротические темы. Женщины ярко и броско одеваются, неумеренно пользуются косметикой, переоценивают свои внешние данные, рассказывают о своих любовных успехах, выглядят обычно оживленными, веселыми, радостными, говорят о том, что жизнь — это праздник. В этом

состоянии утрачивается чувство такта, больные становятся фамильярными, громко говорят, шутят, громко смеются, у них отсутствует чувство дистанции.

При нарастании маниакального состояния больные становятся возбужденными, говорят без умолку, голосом, как правило, охрипшим, пытаются петь, танцуют, во все вмешиваются, дают различные советы. Мышление становится настолько ускоренным, что больные не успевают высказать сразу полностью мысль, а выкрикивают только отдельные слова. Это состояние носит название “скачка идей” (figa idearum). В таком состоянии появляется масса планов, которые больные не успевают высказывать.

Из повышенного самочувствия, активности и продуктивности, по мнению В. А. Гиляровского, легко возникают бредовые идеи величия. Чаще всего речь идет о болезненном преувеличении своих талантов, красоты, заслуг и достижений. По содержанию эти идеи жизненны, но не соответствуют истинному положению больного. Так, один больной утверждал, что он играл чуть ли не самую главную роль в революции. После беседы с ним заявил: “Хорошо, не самую главную, но все же участвовал в революции”. При маниакальном состоянии не бывает нелепых, абсурдных бредовых идей. Больные высказывают идеи как бы шутя, легко могут от них отказаться. Эти идеи обычно не оказывают влияния на поведение больных.

Вегетативные расстройства, как и при депрессивных состояниях, характеризуются повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы. У больных наблюдаются тахикардия, повышение артериального давления, значительная потеря массы тела, у женщин отсутствуют месячные. Жалоб на соматическое состояние больные обычно не предъявляют, наоборот, испытывают необыкновенное ощущение здоровья.

Выделяют несколько клинических вариантов маниакаль- 410

ного состояния: веселая мания (немецкий психиатр К. Лео-нгард назвал ее чистой манией), для которой характерно веселое радостное настроение — эйфория, сочетающаяся с прекрасным физическим самочувствием и переоценкой возможностей; экспансивная мания, при которой повышенное настроение сочетается со сверхценными идеями величия и стремлением к сверхактивной деятельности; гневливая мания, при которой аффект характеризуется не эйфорией, а гневливостью, стремлением к деятельности, ускорением мышления. За больными с гневливой манией крайне трудно в отделении обеспечить уход, так как у них постоянно возникают конфликты. Из-за отвлекаемости больных конфликты быстро исчезают, но тут же появляются новые.

* + 1. Смешанные состояния

У 20% больных маниакально-депрессивным психозом наблюдаются смешанные состояния. Они могут возникать в период перехода из одной фазы в другую, при этом в клинической картине сочетаются симптомы, характерные для мании и депрессии.

Например, депрессивное состояние сочетается с двигательным возбуждением и интеллектуальным торможением, депрессия — с ускорением интеллектуальной деятельности, наплывом мыслей и двигательной заторможенностью. Мания может сочетаться с двигательной и интеллектуальной заторможенностью или только с интеллектуальной заторможенностью (непродуктивная мания).

* + 1. Сравнительно-возрастные особенности течения маниакально-депрессивного психоза

Маниакально-депрессивный психоз у детей. Очерченные клинически эндогенные аффективные фазы маниакально-депрессивного психоза не возникают ранее 12—14 лет, так как незрелость личностной структуры не допускает аффективных заболеваний. Т. П. Симпсон наблюдала депрессивную фазу в двухлетнем возрасте. Однако аффективные расстройства у детей отличаются от состояний, наблюдаемых у взрослых, поэтому часто не оцениваются адекватно.

За последнее время накоплены клинические наблюдения, свидетельствующие о закономерностях формирования аффективных расстройств у детей. В клинических проявлениях аффективных фаз не содержится типичных симптомов, наблюдаемых у взрослых. У детей ведущими являются веге-

411

тативные и соматические симптомы, характеризующие аффективные расстройства. Так, при депрессиях чаще наблюдаются нарушения сна и питания, сопровождающиеся вялостью, медлительностью. У детей отмечаются нарушения засыпания, ночные страхи, страхи темноты, жалобы на неприятные ощущения в теле, животе, груди. Обычно изменяется внешний вид: больные выглядят бледными, утомленными, похудевшими, ухудшается аппетит до полного исчезновения, появляются запоры. Они отказываются от игр, контактов с другими детьми, капризны и плаксивы будто бы без причины.

У младших школьников собственно психический компонент депрессий более отчетлив: на фоне вегетативно-соматических нарушений появляются затруднения в обучении, они становятся медлительными, жалуются на слабость, становятся менее общительными, хмурыми, молчаливыми, часто появляется несвойственная ранее робость, застенчивость. Симптоматика часто нарастает волнообразно. Считается, что средняя продолжительность депрессивной фазы — 8— 10 нед.

Маниакальные состояния у детей, несмотря на атипич-ность проявлений, более заметны, чем депрессивные, так как обычно наблюдаются нарушения поведения. Свойственные детям живость и веселость во время игр усиливаются, они становятся расторможенными и неуправляемыми. Ребенок неутомим, не знает меры в своей деятельности, не может соразмерить свои возможности.

Внешне дети выглядят оживленными: лицо часто гипе-ремировано, глаза блестят, постоянно раздается смех, речь ускорена.

Диагностика облегчается, если течение болезни становится биполярным.

Маниакально-депрессивный психоз у подростков. В подростковом периоде после 10—12 лет клинические проявления этого заболевания мало отличаются от проявлений у взрослых. В этом возрасте девочки заболевают в 3 раза чаще, чем мальчики; и заболевание начинается с депрессивной фазы, при этом обнаруживаются все типичные признаки фаз. У подростков имеют место заторможенность в моторике и речи, снижение активности, нерешительности, вялость, пассивность, появляется достаточно осознанное переживание тоски, апатии, подавленности, грусти, скуки или тревоги, беспокойства, невозможности сосредоточиться, интеллектуальной притупленности. Наряду с этим у подрост-

412

ков появляются угрюмо-дисфорическое настроение, переоценка взаимоотношений с близкими и сверстниками и в связи с этим конфликтные взаимоотношения с суицидальными мыслями и попытками из-за собственной малоценно-сти. Сами депрессии становятся более продолжительными и более сложными, сопровождаясь нестойкими бредовыми переживаниями.

При маниакальных состояниях наряду с гиперактивностью, повышенным самочувствием, стремлением к деятельности, неутомимостью и отвлекаемостью обнаруживаются психопатоподобные формы поведения. Именно эти расстройства могут маскировать фазу маниакально-депрессивного психоза. У больных психопатоподобное поведение проявляется не только в нарушениях школьной дисциплины, но в алкоголизации, правонарушениях, агрессии. Такие больные грубы, развязны, с расторможенными влечениями и склонностью к различным эксцессам. Достаточно четко выступает сезонность фаз.

Маниакально-депрессивный психоз в позднем возрасте. Э. Крепелин отмечал значительное увеличение частоты депрессивных состояний в позднем возрасте. Начало маниакально-депрессивного психоза в возрасте после 50 лет отмечается в 27% случаев и после 60 лет — в 8,8% случаев.

Несмотря на то что в литературе нет единого мнения о влиянии возраста на течение маниакально-депрессивного психоза, многими исследователями отмечается тенденция к усложнению и удлинению депрессивных фаз. Это связывают с присоединением ипохондрических переживаний, достигающих в ряде случаев ипохондрического варианта синдрома Котара.

В инволюционном возрасте наблюдается преобладание тревожно-ажитированных депрессий, склонных к затяжному течению. В этом и более позднем возрасте фазы маниакально-депрессивного психоза протекают наиболее тяжело и большинство больных нуждаются в госпитализации.

Маниакальные состояния в позднем возрасте встречаются реже, и обычно не наблюдается усложнения и утяжеления симптоматики. В ряде случаев отмечается гневливая мания с раздражительностью и конфликтностью. Чаще больные благодушны, суетливы, непродуктивны, иногда преобладает дурашливость с гиперсексуальностью, могут наблюдаться нелепые мегаломанические бредовые идеи, напоминающие бред при прогрессивном параличе.

413

Возникновение маниакально-депрессивного психоза в позднем возрасте свидетельствует об ухудшении прогноза в связи с затяжным течением, резистентностью к терапии и неполным выходом из болезненного состояния.

26.2. Этиология и патогенез

До настоящего времени этиологические факторы развития маниакально-депрессивного психоза неизвестны, однако выявлено несколько закономерностей в развитии этого заболевания. К ним относятся наследственное предрасположение, биохимические и биологические изменения в организме, возраст, пол и конституционные особенности. Этим факторам придается то или иное значение в различных предположениях развития заболевания, но в единую гипотезу они пока не объединяются.

Наследственному фактору придавалось большое значение еще Фальре и Э. Крепелином. Риск заболевания маниакально-депрессивным психозом у сибсов и дизиготных близнецов составляет 20—25%, у монозиготных — 66—96%, в связи с этим высказывается предположение о доминантной передаче болезни с эффектом одного гена и его неполной пе-нетрантностью (F. Kallmann). Существует точка зрения, что именно пол определяет эту пенетрантность и именно у больных женщин. Высказывается гипотеза, что возможна связь сцепления генов, участвующих в развитии аффективных психозов, с Х-хромосомой (М. Е. Вартанян).

Патогенез маниакально-депрессивного психоза связан с нарушением синаптической передачи в системе нейронов гипоталамуса и других базальных отделов мозга, которые связаны с формированием таких особенностей психики, как бодрствование, скорость психических реакций, фон настроения, аффективные состояния. В центре внимания оказывались аминовые системы дофамина, норадреналина, фенил-этиламина и серотонина. Возникновение депрессии пытались объяснить нехваткой нейромедиаторов (норадреналина и серотонина) в синаптических щелях. Это соответствовало ин- гибированию обратного захвата нейромедиаторов. трицик-лическими антидепрессантами. Однако постепенно выяснилось более сложное и комплексное действие антидепрессантов, нельзя было не учитывать роль пре- и постсинаптических рецепторов и активность других ферментов, в том числе моноаминоксидазы.

Результаты биохимических исследований при маниа- 414

кально-депрессивном психозе противоречивы. По-видимому, основное биологическое нарушение состоит в дезинтеграции I комплексного взаимоотношения центральных систем, связанного со сдвигами и количественными отклонениями цир-кадных ритмов биогенных аминов и их метаболитов (К. Зай-дель, Р. Убельхак).

! 26.3. Дифференциальный диагноз

Для маниакально-депрессивного психоза характерны приступообразное течение (в виде фаз), полное восстановление психического здоровья между приступами и отсутствие изменений личности после многократных приступов болезни. Каждый приступ характеризуется четкой связью и единством как психопатологических, так и вегетативно- соматических нарушений с явным преобладанием симпати-котонии. В отличие от маниакально-депрессивного психоза при периодической (рекуррентной) шизофрении чаще об-I наруживается несоответствие как между аффективными, [ двигательными и идеаторными расстройствами, так и вегетативно-соматическими, при которых не наблюдается преобладания симпатикотонии.

При маниакально-депрессивном психозе чаще обнаруживается наследственное предрасположение: у родителей или близких родственников наблюдаются либо отчетливые приступы болезни, либо субклинические колебания настроения. Для этого заболевания характерны сезонный характер приступов с учащением их весной и осенью и суточные колебания настроения во время приступов, более отчетливые при депрессивных состояниях (в утренние часы депрессия бывает наиболее выражена, к вечеру состояние несколько улучшается).

26.4. Распространенность

Достоверных данных о распространенности маниакально-депрессивного психоза нет. Это объясняется тем, что в поле зрения психиатров попадают только те больные, которые нуждаются в госпитализации, и разная частота этого заболевания свидетельствует о диагностических разногласиях и различиях в понимании границ маниакально- депрессивного психоза.

Частота маниакально-депрессивного психоза среди населения колеблется в пределах 0,07—7,0%. Состояния, от-

415

носящиеся к этому заболеванию, наблюдаются у 0,5—0,8% населения.

Женщины заболевают маниакально-депрессивным психозом чаще, чем мужчины: среди больных 60—70% женщин, но при биполярном течении заболевания преобладают мужчины.

Болезнь может начаться в любом возрасте, но наиболее часто в зрелом и позднем.

* 1. Прогноз

Прогноз при маниакально-депрессивном психозе в целом благоприятный, так как фазы болезни заканчиваются полным восстановлением здоровья, социального статуса и трудоспособности.

При затяжных фазах и при значительном сокращении светлых промежутков прогноз ухудшается. Это наблюдается и при континуальном течении, при котором наблюдается переход из одной фазы в другую без светлых промежутков.

Для оценки прогноза имеет значение возраст, к которому относятся начало заболевания, клинические проявления первой фазы. Отмечено, если первая фаза маниакальная, то статистически подтверждается монополярное течение с несколькими фазами.

При рано начавшемся заболевании с монополярными маниями к 50—60 годам может наступить выздоровление, при монополярных депрессиях это наблюдается реже, но частота фаз в пожилом возрасте уменьшается. Прогноз при биполярном течении хуже, реже наблюдается выздоровление.

У больных, страдающих маниакально-депрессивным психозом, сравнительно часто наблюдаются соматические осложнения, у них обнаруживаются гипертоническая болезнь и диабет.

* 1. Лечение и профилактика

Лечение. Лечение при маниакально-депрессивном психозе как в маниакальной, так и в депрессивной фазе комплексное и состоит из биологической терапии, социо-и психотерапии.

Депрессивные состояния. Выбор лекарственных средств зависит от выраженности фазы, характера депрессивного

416

состояния и дополнительных симптомов, осложняющих течение депрессии. Г. Я. Авруцкий считает, что наличие депрессивной фазы независимо от ее клинических особенностей требует интенсивного применения антидепрессантов трициклического ряда [имизина (мелипрамина) и амитрип-тилина] с быстрым увеличением суточных доз до 200— 250 мг, которые считаются достаточными, чтобы остановить развитие депрессивной фазы.

При тревожных депрессиях, особенно у пожилых больных, к основной терапии трициклическими антидепрессантами целесообразно добавление анксиолитических нейролептиков типа тизерцина (нозинана) и хлорпротексена.

При безуспешной терапии антидепрессантами рекомендуется проведение электросудорожной терапии ОСТ) в течение 6—8 сеансов. Показанием к проведению ЭСТ являются тяжелые депрессии со ступорозными состояниями, отказами от еды, быстрой потерей массы тела и тяжелые ажитированные депрессии с упорными суицидальными мыслями и тенденциями.

При депрессиях с преобладанием идей самообвинения целесообразно сочетание амитриптилина с этаперазином, трифтазином, при адинамических депрессиях — с небольшими дозами нейролептиков.

Депривация сна применяется при лечении депрессивных состояний, больные полностью лишаются сна на 24 или 48 ч. Предполагают, что при депривации сна ночной ацидоз задерживает экскрецию серотонина и его концентрация сохраняется на высоком уровне всю ночь, с чем связывают улучшение настроения.

При длительном и безрезультатном лечении больных с депрессивными состояниями антидепрессантами (резистентные формы) показана резкая отмена препаратов. За 2—3 нед до отмены увеличивают дозы препаратов с обязательным использованием препаратов холинолитического действия: трициклических антидепрессантов, корректоров, хлорпро- тиксена и других нейролептиков.

Одномоментная отмена психотропных препаратов сопровождается своеобразным соматоневрологическим симптомо-комплексом, получившим название синдрома отмены: различные нарушения сна, соматовегетативные и неврологические расстройства, тошнота и рвота, анорексия, потливость, экстрапирамидные изменения, повышение мышечного тонуса, тремор, акатизия. Эти расстройства наиболее выражены к 3—4-му дню и к концу недели редуци-

14—1039 417

руются. Для купирования вегетативных расстройств используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда, при выраженных экстрапирамидных нарушениях назначают пира-цетам в суточной дозе до 2400 мг (циклодол назначать не рекомендуется, так как это может уменьшить эффект отмены). В некоторых случаях для преодоления резистентного к терапии течения применяют повторные отмены препаратов.

Маниакальные состояния. Терапия маниакальных состояний должна быть комплексной и включать назначение нейролептических препаратов и солей лития.

До сих пор одним из наиболее эффективных препаратов при лечении маниакального состояния является аминазин, который оказывает выраженное седативное влияние на двигательное и идеаторное возбуждение. Аффективные расстройства подвергаются редуцированию вторично. Дозы аминазина варьируют от 100 до 600 мг/сут, в комбинации с пипольфеном — 150 мг/сут.

Принято считать, что введение в практику производных бутирофенона (галоперидол и триседил) — это новый этап в лечении маниакальных состояний. Для купирования маниакального состояния рекомендуется при пероральном применении до 100 мг/сут, при внутримышечном — 20— 40 мг/сут.

Триседил является мощным средством купирования маниакального возбуждения, назначают большие дозы препарата — до 45 мг/сут перорально и до 20—25 мг/сут внутримышечно. Отмечено, что малые дозы триседила дают стимулирующий и тимолептический эффект, который выражается в усилении двигательной расторможенности, раздражительности и гневливости.

Большой успех в лечении маниакальных состояний имело введение солей лития. При применении их в отличие от нейролептиков поведение упорядочивалось не за счет седа- тивного эффекта, а за счет влияния на саму манию, с редуцированием ее проявлений.

Соли лития действуют медленнее, чем нейролептики (эффект от применения карбоната лития наступает к 5— 10-му дню, оксибутирата лития — к 2—5-му дню), поэтому рекомендуется начинать лечение с нейролептиков, постепенно присоединяя соли лития. Лечение карбонатом лития рекомендуется начинать с 0,8 г/сут, постепенно повышая дозу за 4—5 дней до 1,6— 2 г/сут. Эффект терапии обусловлен достаточной концентрацией лития в плазме крови. Концентрация определяется

418

утром натощак и должна быть при поддерживающей терапии 0,6—0,8 ммоль/л, при купировании маниакального состояния она может быть выше 1,2 ммоль/л, в ряде случаев доходя до 1,6 ммоль/л в крови. Появление стойкой тошноты и литиевого тремора после продолжительного приема лития указывает на передозировку и требует снижения дозы. Для парентерального введения существует единственный отечественный препарат оксибутират лития (растворимая в воде соль). В ампулах по 2-мл 20% раствора содержится 400 мг оксибутирата лития. Препарат является активным психотропным средством. Он обладает антиманиакальными свойствами лития и транквилизирующим действием гамма-оксимасляной кислоты (ГОМК).

Начинать терапию целесообразно с небольших доз (800— 1200 мг/сут), постепенно увеличивая их на 400—800 мг до достижения клинического эффекта. Концентрация лития в крови не должна превышать 0,8—1,0 ммоль/л.

При лечении маний и депрессий применяется карбама-зепин (финлепсин, тегретол). Терапевтический эффект наступает быстро. Применяются дозы 600—1000 мг/сут.

Концентрация 6—12 г/л обычно достаточна для получения терапевтического эффекта. Профилактика. Применение лекарственных препаратов для профилактики фаз маниакально-депрессивного психоза зависит от характера течения заболевания: монополярного или диполярного. При монополярном течении с депрессивными состояниями применяют антидепрессанты в качестве поддерживающей или профилактической терапии. Профилактическая терапия трициклическими антидепрессантами предотвращает депрессивные приступы.

Профилактическая терапия солями лития эффективна при наличии маниакальных приступов и реже — депрессивных, поэтому при преобладании депрессивных фаз рекомендуется сочетание солей лития с небольшими дозами амитриптилина.

Применение лития с целью профилактики начинается с небольших доз — 300—600 мг/сут с постепенным повышением до 900—1200 мг/сут. Концентрация лития в крови должна быть 0,6—0,8 ммоль/л.

В последние годы для профилактики фаз маниакально-депрессивного психоза используются некоторые антикон-вульсанты: финлепсин (тегретол), конвулекс. Благодаря хорошей переносимости, достаточной эффективности не только при биполярных аффективных расстройствах, но и при

14\* " 419

монополярных периодических депрессиях предпочтение отдается финлепсину. Финлепсин вначале назначают в дозе 0,2 г/сут, затем постепенно ее увеличивают до 0,6— 0,8—1,2 г. Считается, что финлепсин оказывает такое же профилактическое действие, что и соли лития.

26.6.1. Лечение и профилактика

маниакально-депрессивного психоза у детей и подростков

Многие авторы отмечают, что большинство детей достаточно хорошо переносят лечение психотропными препаратами и в связи с быстрым выведением лекарств из организма для достижения терапевтического эффекта необходимы значительные, превышающие средневозрастные, дозы лекарств.

При лечении депрессивных состояний у детей чаще пользуются антидепрессантами с седативным действием. Для активизации ребенка применяют паразидрл, эгланид, ноотропы, малые дозы амитриптилина. В связи с тем что у детей часто отмечаются добавочные симптомы, используются малые дозы нейролептиков и транквилизаторы. Для лечения маниакальных и гипоманиакальных состояний применяются нейролептики антиманиакального действия: галоперидол, тизерцин, сонапакс, неулептил, лепо-некс в сочетании с терапевтическими дозами солей лития.

Для профилактики аффективных доз у детей используются препараты солей лития, которые в большинстве случаев эффективны при монополярных маниакальных состояниях и биполярных фазах, но, как и у взрослых, оказываются неэффективными при периодических и затяжных депрессиях.

В результате проведенных исследований выявлены сроки, необходимые для проведения профилактической терапии у детей: если болезнь дебютировала до 10-летнего возраста, то профилактическая терапия литием может быть прекращена по миновании пубертатного возраста и после наступления юношеского возраста, если манифестные аффективные расстройства возникли в пубертатном.

При имеющихся соматических противопоказаниях к применению солей лития для профилактики используется финлепсин, однако, как отмечается при длительных исследованиях, для достижения эффекта требуются сравнительно большие дозы этого препарата.

420

26.7. Экспертиза

Трудовая экспертиза. Во время приступов (фаз) болезни больные нетрудоспособны и нуждаются в активном лечении в стационаре или амбулаторно. При затяжных фазах или континуальном течении возникает вопрос о переводе больных на инвалидность. Вне приступов трудоспособность восстанавливается.

Судебно-психиатрическая экспертиза. Решения судебно-психиатрической экспертизы зависят от клинических проявлений аффективных состояний. В маниакальном состоянии больные могут совершать различные необдуманные поступки: уход с работы, расторжение и заключение брака, обмен квартиры, переезд в другой город и т. д. При гневливой мании возможны агрессивные действия, конфликты, сопровождающиеся оскорблением окружающих и квалифицирующиеся как хулиганские действия, в связи с которыми больных привлекают к уголовной ответственности. Вопрос о вменяемости определяется тяжестью аффективных расстройств, достигающих или не достигающих психотического уровня.

В депрессивной фазе больные могут совершать суицидальные попытки, носящие характер расширенных самоубийств. Возможны самооговоры депрессивных больных, обусловленные бредовыми идеями самообвинения.

При совершении общественно опасного действия в период аффективной фазы психотического уровня больные признаются невменяемыми в отношении инкриминируемого деяния и направляются для лечения в психиатрическую больницу. При судебно-психиатрической экспертизе в гражданском процессе возникает вопрос о признании недействительным того или иного гражданского акта, совершенного больным в психотическом состоянии. Для правильной экспертной оценки весьма важно оценить начало фазы, ее глубину и выраженность во время совершения гражданского акта. Если психические нарушения наблюдались на непсихотическом уровне, то совершенная сделка не теряет юридической силы (И. Н. Боброва).

Больные, страдающие маниакально-депрессивным психозом, признаются негодными к прохождению военной службы.

421

Глава 27

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

27.1. Систематика психических расстройств позднего возраста

В последние десятилетия увеличилось абсолютное количество психически больных позднего возраста и вырос их удельный вес по отношению к общему числу психически больных всех возрастных групп, что преимущественно обусловлено увеличением средней продолжительности жизни, ростом доли пожилых и престарелых в общем населении (Э. Я. Штернберг, В. А. Концевой). Высоки показатели распространенности психических расстройств в старших возрастных контингентах населения. По данным отечественных и зарубежных авторов, от 10 до 25% всех лиц старше 60—65 лет страдают психическими нарушениями различной тяжести.

Психические расстройства, выявляемые у лиц позднего возраста, неоднородны в клиническом и в этиопатогене-тическом отношении. Их принято распределять на две группы.

К первой группе относятся психические расстройства, развивающиеся в .более ранние возрастные периоды и продолжающиеся или повторно возникающие после начала старения, а также психические заболевания, впервые возникшие в позднем возрасте, но не специфичные для него, способные развиваться в различные периоды жизни. В эту группу входит большинство клинико-нозологических форм психической патологии: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, психопатии, олигофрении, психогенные заболевания, психические расстройства, обусловленные соматическими болезнями, инфекциями, черепно-мозговыми травмами, алкоголизм, токсикомании и наркомании.

Вторую группу составляют психические расстройства, преимущественно или всегда возникающие в позднем возрасте и прямо или косвенно связанные со старением.

Вторая группа включает функциональные психические расстройства позднего возраста, сенильные и пресенильные деменции и психические нарушения, обусловленные цереб- 422

рально-сосудистой патологией — мозговым атеросклерозом и гипертонической болезнью. Комплекс факторов, связанных со старением, оказывает существенное влияние на клинические проявления и динамику психических заболеваний первой группы и играет ведущую роль в этиологии и патогенезе психических расстройств второй группы. Среди этих факторов наиболее существенны следующие:

— нейроэндокринные сдвиги, вызванные климаксом;

— разнообразные функциональные и структурные из менения всех систем и органов, обусловленные старением;

— накопление соматических болезней и возрастных не дугов;

— особая социально-психологическая ситуация, в кото рой оказывается стареющий человек (прекращение трудовой деятельности, сужение социальных связей, одиночество в результате смерти близких, невозможность удовлетворения многих интересов и потребностей, трудности самообслужи вания вследствие возрастных недугов, старческой немощ ности);

— психологическое старение, изменения характера, на ступающие в ходе инволюции (снижение эмоционального фона, обеднение интересов и смещение их в сферу физи ческого и материального благополучия, тревожная мнитель ность, консерватизм, недоверчивость, недостаточная актив ность, инертность психических процессов, ослабление ин- теллектуально-мнестических функций).

Высокая распространенность психических расстройств в старших возрастных контингентах населения, этиопатоге-нетическое и клиническое своеобразие психических расстройств пресениума и старости, особенности терапии психически больных из старших возрастных групп способствовали выделению особого раздела психиатрии — геронтоло- гической психиатрии. К настоящему времени геронтологи-ческая психиатрия в значительной мере сложилась как в научном, так и в организационном отношении.

Созданы различные формы специализированной психиатрической помощи больным позднего возраста: геронтологические отделения в психиатрических больницах, геронтологические кабинеты при психоневрологических диспансерах, дома-интернаты для лиц позднего возраста, страдающих психическими расстройствами.

423

* 1. Клинические проявления
     1. Функциональные психические расстройства позднего возраста Разграничение психических расстройств позднего возраста на органические и функциональные возможно лишь с оговорками, так как основой последних служат в значительной мере необратимые биологические изменения, связанные со старением.

Вместе с тем поздние возрастные психические расстройства, которые принято относить к функциональным, отличаются от психических расстройств органической природы возможностью их полной или частичной редукции и отсутствием выраженного психического дефекта или слабоумия в исходе заболевания.

Функциональные психические расстройства позднего возраста в одних случаях носят непсихотический характер и относятся к области пограничной психиатрии (климактерические неврозоподобные состояния), в других достигают психотического уровня (функциональные психозы позднего возраста).

* + - 1. Климактерические неврозоподобные состояния

Климактерический период играет существенную роль в развитии, обострениях и рецидивах различных форм психической патологии. Он нередко способствует возникновению первых или повторных приступов периодической и приступообразно- прогредиентной шизофрении, фаз маниакально-депрессивного психоза, декомпенсации психопатий, обострений неврозов, выступая при этом в качестве провоцирующего фактора или измененной биологической почвы. Вместе с тем климакс нередко становится непосредственным источником неврозоподобных расстройств, являясь ведущим этиопатогенетическим фактором.

К климактерическим неврозоподобным состояниям относят клинически сходные с неврозами нервно-психические расстройства, которые обусловлены нейроэндокринными

и другими биологическими изменениями, наступающими в ходе патологического климакса.

В общемедицинской практике эти расстройства традиционно обозначаются понятием “климактерический невроз”. Такое название неправомерно, поскольку речь идет о пси- 424

хических расстройствах, вызванных биологическими влияниями, а не переживанием личностью стрессовой ситуации.

Климактерические неврозоподобные нарушения являются составной частью климактерического синдрома наряду с многообразными соматоэндокринными сдвигами. Клиническая картина, динамика и прогноз. Климактерические неврозоподобные расстройства, как правило, развиваются постепенно. Их возникновение часто совпадает с началом патологического климакса. Таким образом, эти расстройства относятся к ранним признакам патологического возрастного криза.

Климактерическим неврозоподобным состоянием свойственны полиморфизм и изменчивость проявлений. Наиболее типичны следующие симптомокомплексы, которые обычно сочетаются в разных пропорциях.

Астеновегетативный синдром характеризуется повышенной утомляемостью при умственном и физическом напряжении, сочетанием неустойчивости и истощаемости вни мания с многообразными вегетативными дисфункциями. Особенно характерны так называемые приливы, т. е. короткие повторяющиеся вегетативно-сосудистые пароксизмы в виде покраснения кожи, ощущений жара, озноба, серд цебиений, головокружения. В более тяжелых случаях бы вают обмороки. Приливы — почти обязательный признак климактерических неврозоподобных расстройств и обычно занимают центральное место в их клинической картине Кроме того, типичны лабильность артериального давления и пульса, колебания аппетита, усиление или ослабление полового влечения, разнообразные нарушения сна с кошмарными сновидениями.

Эмоциональные расстройства преимущественно выражаются в крайней изменчивости настроения с быстрыми маломотивированными переходами от тревоги и уныния или раздражительности к неумеренной веселости и экзальтации. Нередко возникает неглубокая, но субъективная тя гостная депрессия.

Сенестопатически-ипохондрические нарушения часто входят в структуру климактерических неврозоподобных со стояний. Многообразные мучительные ощущения с неопределенной, меняющейся локализацией сопровождаются чрезмерными опасениями за здоровье, которые иногда приобретают навязчивый характер.

Истероподобные расстройства проявляются жалобами на спазмы в горле, внутреннее дрожание, ощущение сла-

425

бости, “ватности” в руках или ногах, затруднения в речи при волнении. Эти жалобы сочетаются с повышенной обидчивостью, капризностью, эгоцентризмом, театральностью поведения, приступами рыданий.

Если один из перечисленных симптомокомплексов доминирует, выделяют астенический, депрессивный, ипохондрический или истерический варианты климактерических неврозоподобных расстройств.

Существенная клиническая особенность этих расстройств — приступообразный характер симптомов, значительные колебания их выраженности.

Часто картину неврозоподобных нарушений дополняют тревожно-пессимистические переживания, которые отражают психологические проблемы климакса (начавшееся увядание, неблагоприятные изменения внешности, снижение сексуальной привлекательности).

Течение и прогноз климактерических неврозоподобных состояний относительно благоприятны. У основной массы больных климактерические неврозоподобные нарушения продолжаются от нескольких месяцев до нескольких лет и завершаются выздоровлением. У некоторых больных неврозоподобные расстройства климактерического генеза отличаются особой длительностью. Они закрепляются, привносят патологические изменения в характер и, таким образом, приводят к патологическому развитию личности. Возможен переход климактерических неврозоподобных нарушений в инволюционный психоз (В. Н. Ильина). Наибольшие стойкость и выраженность присущи неврозоподобным расстройствам, обусловленным искусственным климаксом.

Диагноз. Распознавание климактерических неврозоподобных состояний основано на возникновении в возрасте 40—55 лет нервно-психических нарушений невротического уровня, в картине которых существенное место принадлежит своеобразным вазовегетативным приступам — “приливам”. Учитываются параллельное нарушение периодичности менструального цикла и другие соматические признаки климакса.

Распространенность. Климактерические неврозоподобные расстройства возникают у 20— 30% женщин. Мужской климакс редко сопровождается клинически оформленными неврозоподобными нарушениями.

Этиология и патогенез. Неврозоподобные расстройства — одно из ведущих и типичных проявлений патологического климакса. Они являются следствием наступающих

426

в ходе климакса нейроэндокринных сдвигов, в первую очередь нарушения, а в дальнейшем и прекращения гормональной функции яичников. Определенное патогенетическое значение придается нарушениям деятельности диэн-цефалона, гиперфункции щитовидной железы и общим процессам старения.

Лечение и профилактика. Терапия климактерических неврозоподобных состояний преимущественно проводится в амбулаторных условиях. Основной способ лечения — психофармакотерапия. Назначают транкливизаторы (релани-ум, феназепам, элениум, нозепам, триоксазин) в сочетании с малыми дозами антидепрессантов седативного или сбалансированного действия (амитриптилин, азафен, пирази-дол). Применяются седативные микстуры, беллоид или бел-ласпон, витамины, мягкие препараты общеукрепляющего и психостимулирующего действия (левзея, лимонник), физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура. Иногда используют гормональные средства: эстрогены (фолликулин, синэстрол, климактерии), а при наличии противопоказаний к ним — андрогены (тестостерона пропионат, метилтесто-стерон).

Однако оценки эффективности гормональных препаратов противоречивы.

Полезны психотерапевтические беседы разъясняющего, успокаивающего и ободряющего характера в сочетании с суггестией или аутогенной тренировкой.

Профилактика климактерических неврозоподобных расстройств совпадает с профилактикой патологического климакса. Имеют значение предупреждение и своевременное лечение гинекологических и других соматических заболеваний, улучшение условий труда и быта женщин, благоприятный психологический климат в семье и на производстве. Важны в профилактическом отношении упорядоченный образ жизни, полноценный отдых, регулярные занятия физкультурой, закаливание, другие мероприятия, способствующие укреплению физического здоровья, повышению психологической устойчивости и тренировке вегетативной нервной системы.

* + 1. Функциональные психозы позднего возраста

Функциональные психозы позднего возраста — впервые развивающиеся в пресениуме или старости психотические состояния, которые предположительно обусловлены комп- 427

лексом факторов, прямо или косвенно связанных со старением, и которые не приводят к выраженному органическому снижению уровня личности или слабоумию.

Различают инволюционные психозы (возраст начала — 45—60 лет) и функциональные психозы старости (возникают после 60—65 лет).

* + - 1. Инволюционные (пресенильные) психозы

Инволюционые психозы описаны Э. Крепелином в конце прошлого века. В настоящее время выделяют две клинические формы этих психозов: инволюционную депрессию и инволюционный параноид.

Клиническая картина и динамика инволюционной депрессии (пресенильной меланхолии). Начало инволюционной депрессии обычно медленное, хотя возможно и острое начало в тех случаях, когда возникновению психоза предшествует внезапная психическая травма или острое соматическое заболевание. Появляются и нарастают угнетенность, необоснованные или преувеличенные опасения за собственное здоровье, состояние близких, материальное благополучие. Со временем эти проявления усиливаются и перерастают в картину выраженной тревожной депрессии.

Сочетание депрессии с тревогой — самая существенная клиническая особенность инволюционной меланхолии. Тревога носит беспредметный характер, лишена конкретного содержания или насыщена неоправданными мрачными предчувствиями, ожиданием всяческих несчастий. Она усиливается в вечерние и ночные часы. Часто выявляется симптом нарушения психической адаптации в виде резкого нарастания тревоги с бессмысленным сопротивлением при любых незначительных изменениях привычной обстановки. Например, тревога усиливается при переводе больного на другое место в палате, при появлении нового пациента.

Классической картине инволюционной меланхолии свойственно сочетание тревожно- депрессивного аффекта с речевым и двигательным беспокойством, доходящим в более тяжелых случаях до возбуждения и даже неистовства (ажи-тированная депрессия). Речь больных непоследовательна или бессвязна, состоит из обрывков фраз или бессмысленного перечня слов, сходных по звучанию и выражающих недоумение и тревогу (вербигерация). Больные всхлипывают,

428

причитают, стонут, растерянно озираются, бестолково бродят или мечутся по помещению. Ажитация традиционно рассматривается как существенный клинический признак инволюционной депрессии. Вместе с тем выраженное речевое и двигательное беспокойство или возбуждение не являются обязательными проявлениями этого психоза. В последние десятилетия ажитированная депрессия встречается все реже. Во многих случаях тревожно-тоскливый аффект сочетается не с ажитацией, а с замедленной, невыразительной речью, вялостью, малоподвижностью.

У части больных депрессия сопровождается бредом. Чаще встречаются бредовые идеи несправедливого обвинения, осуждения больного окружающими. Бывают патологические идеи преследования, отравления, ущерба, ревности, ипохондрический бред. Бредовые идеи самообвинения малохарактерны для инволюционной депрессии.

Иногда на высоте тяжелой инволюционной меланхолии развивается бред депрессивно- фантастического содержания (бред Котара, или синдром Котара). Этот синдром характерен для психозов позднего возраста. В более ранние возрастные периоды он возникает редко.

Для синдрома Котара типичен нигилистический бред, или бред отрицания, — своеобразный чувственный бред, близкий к ипохондрическому. Больные утверждают, что у них отсутствуют жизненно важные органы и функции (нет желудка, кишечника, пища попадает непосредственно в брюшную полость и там накапливается, не перевариваясь, месяцами не бывает физиологических отправлений) . В структуру синдрома могут входить идеи злого могущества (своим существованием больной причиняет

неисчислимые страдания и гибель людям, всему человечеству; люди умирают, задыхаясь в заполнивших всю атмосферу ядовитых испарениях, миазмах, исходящих от больного). Бывают идеи мучительного бессмертия (больной считает себя обреченным на вечные страдания, подобно грешникам в аду). Распространение бредовых переживаний на целую страну, планету или даже вселенную является основанием для обозначения такого бреда мегаломаническим, или бредом громадности.

Возникновение синдрома Котара свидетельствует об особой глубине, исключительной тяжести депрессии.

Обманы восприятия в рамках инволюционной меланхолии возникают редко. Возможны вербальные иллюзии и

429

^

галлюцинации, содержание которых соответствует тревожно-депрессивному аффекту. Динамика инволюционной меланхолии чаще всего носит характер затяжного однократного приступа О. Я. Штернберг). При более остром начале психоза и своевременной активной терапии через несколько месяцев иногда наступает достаточно глубокая и стойкая ремиссия. Однако у большинства больных тревожно-депрессивная и бредовая симптоматика сохраняется в течение ряда лет в почти неизменном виде.

Монотонность, однообразие аффективно-бредовых расстройств — одна из клинических особенностей инволюционной депрессии.

Постепенно тревожно-депрессивные и бредовые проявления сглаживаются, становятся более скудными. Формируется своеобразный психический дефект в виде уныло- пессимистической окраски эмоций, склонности к беспокойству по пустякам, косности, ригидности всех психических процессов. К выраженным органическим изменениям психики, слабоумию инволюционная депрессия не приводит. Отмечаемое у части больных некоторое ослабление памяти и интеллекта обусловлено естественными процессами старения и присоединением церебрального атеросклероза.

Клинические проявления и динамика инволюционного параноида (инволюционная паранойя). Начало болезни, как правило, медленное. Возникают и постепенно нарастают недоверчивость, подозрительность. В случайных высказываниях и поступках родственников, соседей больной усматривает признаки недоброжелательного отношения к себе, враждебности. Постепенно эти переживания трансформируются в интерпретативный бред, содержанию которого свойственны мелкомасштабность, конкретность и нередко правдоподобие. Бред касается лиц из непосредственного окружения больного и повседневных житейских событий, что дает основания называть его бредом обыденных отношений или малого размаха.

Особенно характерен бред ущерба. Больные убеждены, что соседи или родственники притесняют их, тайком проникают в помещение, царапают мебель, пачкают и рвут белье, крадут мелкие деньги или вынимают мясо из кастрюли с супом. Нередко возникают идеи отравления, для обоснования которых привлекаются очередное недомогание, патологические ощущения в связи с соматической болезнью или возрастным недугом.

Встречаются и паранойяльные ипохондрические идеи, идеи ревности. Иллюзии, галлюци- 430

нации возникают редко и не занимают существенного места в картине психоза.

В одних случаях бред сопровождается тревожной угнетенностью, в других — настроение больных несколько приподнятое, оптимистичное.

Больным часто присущи активность, стеничность в борьбе с мнимыми недоброжелателями. Больные обращаются с жалобами и заявлениями на “обидчиков” в милицию, административные органы, призывают на помощь общественность.

Течение инволюционных параноидов обычно хроническое. У большинства больных бред сохраняется многие годы, а иногда и всю последующую жизнь, не обнаруживая склонности ни к прогрессированию, ни к обратному развитию. Выздоровления, как правило, не наступает. Вместе с тем инволюционный период, как и инволюционная депрессия, не приводит к деменции.

У части больных бредовые переживания со временем становятся менее интенсивными, оказывают все меньшее влияние на поведение больных, приобретают отрывочный характер или почти полностью нивелируются. Сохраняются лишь некоторая настороженность, подозрительность, эпизодические опасения враждебных действий со стороны отдельных лиц из ближайшего окружения. Параллельно отмечаются явления психической слабости, однообразие, инертность всех психических процессов.

27.2.2.2. Функциональные психозы старческого возраста

Психозы, предположительно обусловленные биологическими и социально- психологическими последствиями старения и не приводящие к выраженному органическому дефекту психики или слабоумию, возникают не только в пресениуме, но и в старости (после 60—65 лет).

У части больных проявления таких психозов идентичны или близки картине инволюционной депрессии или инволюционного параноида. В этих случаях одни психиатры квалифицируют их как поздние варианты пресенильных психозов, другие называют их функциональными психозами старческого возраста.

У престарелых наблюдаются и функциональные психозы иной психопатологической структуры: ворчливые депрессии, оптические, вербальные, тактильные и обонятельные гал-

43t

люцинозы, острые состояния спутанности с грубой дезориентировкой в окружающем, отрывочными галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, двигательным беспокойством и амнезией периода психотических расстройств.

Этиология и патогенез. Отношение к функциональным психозам позднего возраста представителей разных психиатрических школ и направлений неоднозначно. Ряд исследователей отрицают нозологическую самостоятельность этих психозов, рассматривая их как видоизмененные старением, атипичные варианты шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, реактивных или соматогенных психозов. Однако большинство психиатров признают существование особых функциональных психозов позднего возраста.

Сведения об этиопатогенезе функциональных психозов позднего возраста являются в значительной мере гипотетическими.

Давние представления об обусловленности этих психозов наступающими в ходе старения нейроэндокринными и другими биологическими сдвигами пока не получили достоверных научных доказательств. Значение процессов старения в генезе функциональных психозов позднего возраста отчасти подтверждается клиническими связями части этих психозов с патологическим климаксом.

Наиболее распространена концепция, в соответствии с которой функциональные психозы позднего возраста возникают в результате сочетанного действия целой группы факторов, прямо или косвенно связанных с инволюцией. К важнейшим из них относят наряду с биологическим и психологическим старением психические травмы и соматические вредности (С. Г. Жислин, С.М.Плотников). Определенная роль в генезе этих психозов отводится неблагоприятным социально-психологическим последствиям старения: уход на пенсию, социальная изоляция, жилищно-бытовое и экономическое неблагополучие (Η. Φ. Шахматов). За рубежом получила признание гипотеза, в соответствии с которой функциональные психозы позднего возраста (особенно инволюционные параноиды) рассматриваются как неосознаваемые защитные реакции личности на ситуацию старения.

Установлена предрасположенность к функциональным психозам позднего возраста лиц определенного психического склада. Многим больным инволюционной депрессией пре- морбидно свойственны черты тревожной мнительности, ги-потимный эмоциональный фон. Большинство больных инволюционным параноидом изначально отличаются беском- 432

промиссностью, прямолинейностью, неуживчивостью, психической инертностью. Конкретные патогенетические механизмы функциональных психозов позднего возраста неизвестны.

Диагноз. Диагностика функциональных психозов позднего возраста основана на выявлении впервые возникшего после 40—45 лет психотического состояния с характерной клинической картиной и течением: затяжной однократный приступ тревожной или тревожно-бредовой депрессии, хронический интерпретативный бред с преимущественно ущербной тематикой, затяжной галлюциноз. Диагнозу функционального психоза позднего возраста противоречит выявление таких продуктивных расстройств, как бред воздействия, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы. Обязательное условие диагностики этих психозов — отсутствие на отдаленных этапах выраженного органического снижения уровня личности или слабоумия.

Распространенность. Сведения о распространенности функциональных психозов позднего возраста фрагментарны и противоречивы. По разным данным, больные функциональными психозами составляют от 11 до 48 % всех больных психозами в позднем возрасте.

Прогноз. Хотя функциональные психозы позднего возраста не приводят к слабоумию, их прогноз, как правило, неблагоприятный вследствие затяжного или хронического, многолетнего течения. Клиническое выздоровление наблюдается исключительно редко. Особенно неблагоприятны в прогностическом отношении острые состояния старческой спутанности, которые часто предшествуют летальному исходу.

Лечение и профилактика. Терапия функциональных психозов позднего возраста обычно начинается в стационаре и продолжается в амбулаторных условиях в течение длительного времени. В связи с обострениями психоза нередко возникает необходимость в повторных госпитализациях. Основное лечение — медикаментозное. Дозы психотропных средств, назначаемых больным предстарческого возраста, составляют /з— /2 средних доз соответствующих препаратов, применяемых у лиц молодого и среднего возраста. При лечении престарелых дозы психофармакологических средств уменьшаются до ' /з, а чаще до /4 по сравнению с дозами, используемыми у больных зрелого возраста.

Больным инволюционной депрессией показано сочетание антидепрессантов седативного или сбалансированного дей-

433

ствия (амитриптилин, пиразидол) с нейролептиками. При ажитированной депрессии используются нейролептики се-дативного действия (тизерцин, азалептин, сонапакс). Наличие бредового компонента в структуре депрессивного психоза является основанием для назначения нейролептических средств с антипсихотическим действием — трифтазина, эта-перазина, галоперидола в малых дозах. Во многих случаях оправдано назначение эглонила, учитывая его антидепрессивные, противотревожные и противобредовые свойства.

У больных инволюционного возраста с глубокой и стойкой депрессией, бредом Котара при неэффективности психофармакотерапии и отсутствии соматических и неврологических противопоказаний используют электросудорожную терапию (6—10 сеансов).

При бредовых психозах и галлюцинозах применяют нейролептические средства с антипсихотическим эффектом.

Существенное место в комплексной терапии функциональных психозов позднего возраста принадлежит коррекции соматической патологии, возрастных недугов и уходу за физически немощными, неспособными к самообслуживанию больными. Психотерапия в форме успокаивающих и ободряющих бесед и житейских рекомендаций играет вспомогательную роль. Она направлена на восстановление и закрепление социальных связей.

Профилактика функциональных психозов позднего возраста заключается прежде всего в предупреждении патологического климакса, преждевременного или быстропрогрес- сирующего старения и возрастных недугов. Профилактическое значение имеют все мероприятия, повышающие устойчивость стареющей личности к биологическим и психологическим стрессам, достаточная активность после прекращения трудовой деятельности, замена утраченных интересов новыми, доступными по возрасту увлечениями, сохранение социальных связей.

Экспертиза. Больные функциональными психозами позднего возраста нетрудоспособны. В случае совершения правонарушения признаются невменяемыми.

27.2.3. Сенильные и пресенильные деменции

К сенильным и пресенильным деменциям относят cocfo-яния прогрессирующего тотального слабоумия с началом в позднем возрасте, которые обусловлены церебрально- атро-фическим процессом.

434

Наряду с разным возрастом начала сенильные и пресе-нильные деменции имеют ряд клинических и патологоана-томических отличий. Особенно значима в практическом отношении сенильная деменция.

27.2.3.1. Сенильная деменция (старческое слабоумие)

Клинические проявления и динамика. Сенильное слабоумие обычно развивается в возрасте 65—85 лет, хотя возможно и более раннее и более позднее начало. Начало болезни почти всегда медленное, малозаметное, с характерологических изменений. Эти изменения напоминают личностные сдвиги, свойственные естественному старению, но отличаются от последних выраженностью, утрированностью, более быстрым прогрессированием. На инициальном этапе индивидуальные психологические особенности заостряются, а в дальнейшем сглаживаются. Наступают патологические изменения личности, типичные именно для старческого слабоумия (сенильная психопатизация личности). Больные становятся в характерологическом отношении похожими друг на друга.

Им свойственны карикатурный эгоцентризм, черствость, скупость, собирательство старых ненужных вещей. Пропадают прежние интересы и увлечения. Одновременно растормаживаются элементарные биологические потребности. Неумеренно усиливается аппетит. Появляется своеобразная гиперсексуальность в виде повышенного интереса к молодым лицам противоположного пола, склонности к разговорам на эротические темы, а иногда и попыток развратных действий с малолетними. Преобладает угрюмо- раздражительное настроение. В целом душевная жизнь становится все более примитивной, однообразной.

Уже на начальном этапе заболевания возникают признаки мнестико-интеллектуальной недостаточности, которая неуклонно нарастает, выступает на первый план и со временем достигает уровня глубокого слабоумия, распада всей психической деятельности.

Прежде всего страдает механическая память. Далее выявляется фиксационная амнезия, приводящая сначала к дезориентировке во времени, а затем и в окружающей обстановке. Значительно позднее расстраивается ориентировка в собственной личности, иногда доходящая до неузнавания собственного отражения в зеркале. Последующие

435

расстройства памяти развиваются по закономерностям прогрессирующей амнезии. Запасы памяти утрачиваются в направлении от недавно приобретенных, менее прочных знаний и навыков, ко все более старым и автоматизированным. Со временем память опустошается настолько, что больные не знают, где они живут, сколько у них детей, не помнят их имен, не могут назвать свой возраст, профессию. Пробелы в памяти часто заполняются ложными воспоминаниями (замещающими конфабуляциями).

Нарушения мышления, начинающиеся с трудностей при абстрагировании и обобщении, установлении причинно-следственных связей, также постоянно нарастают и доходят до непонимания простейших вопросов, невозможности осмысления окружающей обстановки. Речь сравнительно долго остается упорядоченной, однако со временем и она грубо расстраивается, превращается в бессмысленную болтливость.

Восприятие постепенно становится все более нечетким, расплывчатым.

У части больных возникает “сдвиг ситуации в прошлое”. У них полностью утрачивается память о последних годах, десятилетиях, а затем и большей части своей жизни.

Одновременно оживляются воспоминания о далеком прошлом. Больные погружаются в воспоминания о юности, молодости и в этом ракурсе воспринимают и оценивают происходящее вокруг них. Утверждают, что им не 80 лет, а 20, что недавно вышли замуж и имеют малолетних детей. Обстановку больничной палаты принимают за квартиру, в которой когда-то жили. Узнают в окружающих давно умерших родственников, друзей.

Характерно извращение формулы сна: продолжительный дневной сон сочетается с ночной бессонницей, сопровождающейся суетливостью, бесцельными хождениями. Ночью нередко возникают эпизоды спутанного сознания с ложной ориентировкой, сборами в дорогу, попытками ухода..

Настроению на более ранних этапах свойственны угрюмость, постоянное недовольство, ворчливость, которые позднее сменяются тупой беспечностью, эйфорией.

Поведение больных в начале ослабоумливающего цереб-рально-атрофического процесса относительно упорядоченное. Постепенно они становятся все более суетливыми\*бес- толковыми, беспомощными в житейских делах, неспособными к самообслуживанию и неряшливыми. Нередко больные внезапно уходят из дома и не могут найти дорогу

436

назад, наполняют жилье газом, затопляют его, совершают поджоги.

Течение сенильной деменции непрерывно- или волнообразно-прогрессирующее. Нередко отмечается разрыв между глубоким распадом психической деятельности и относительной физической сохранностью.

Часть больных доживают до стадии маразма. На этой стадии они почти неподвижны, безучастны, лежат в эмбриональной позе, практически недоступны общению, речевому контакту. Сохраняются лишь некоторые жизненные биологические потребности.

Смерть чаще наступает в ходе интеркуррентных заболеваний. От появления начальных признаков старческого слабоумия до летального исхода проходит 2—10 лет.

Психозы у больных сенильной демен-цией. У большинства больных старческим слабоумием психотических расстройств не отмечается (простая форма сенильной деменции). Примерно у 10% больных возникают психозы (психотическая форма старческого слабоумия). Психоз обычно развивается на относительно ранних этапах болезни. Чаще встречается мелкомасштабный бред ущерба, преследования, ограбления, отравления. Реже возникают галлюцинации, галлюцинаторно-бредовые состояния, пара- френные состояния с бредом и конфабуляциями фантастического содержания. По мере прогрессирования слабоумия продуктивная психотическая симптоматика становится все более скудной, фрагментарной и в итоге исчезает.

Этиология, патогенез и патологическая анатомия. Многие геронтопсихиатры относят сенильную деменцию к эндогенно-органическим психическим заболеваниям и рассматривают ее как выражение патологического старения всего организма и мозга.

Определенное значение в развитии сенильной деменции придается наследственным факторам. Доказано, что риск возникновения сенильной деменции у родственников больных старческим слабоумием существенно выше, чем у остального населения. Известная роль в развитии сенильной деменции отводится тяжелым соматическим заболеваниям. Предполагается, что возникновению сенильной деменции способствуют возрастная недостаточность иммунных систем и аутоиммунные процессы, приводящие к деструктивным изменениям в центральной нервной системе.

Анатомической основой сенильной деменции являются 437

диффузная атрофия коры головного мозга и ряд сопутствующих ей морфологических изменений. При патологоана-томическом исследовании обнаруживают уменьшение массы головного мозга до 1000 г и менее, истончение извилин и расширение борозд, расширение желудочков мозга вследствие внутренней гидроцефалии, вторичное сдавление гипофиза. Микроскопические исследования показывают, что количество нервных клеток значительно уменьшено. Определяются сморщивание или набухание клеток паренхимы мозга, дистрофические и некротические изменения в них. Для мозга больных сенильной деменцией особенно характерны множественные сенилыше бляшки, которые представляют собой пораженные амилоидозом участки нервной ткани. Кроме того, в нейронах коры мозга встречаются своеобразные изменения нейрофибрилл (альцгеймеровские нейрофибриллы).

Сходные морфологические сдвиги нередко обнаруживают и при макро- и микроскопическом исследовании головного мозга многих лиц, умерших в старческом возрасте, но не страдавших сенильной деменцией. Однако у них отмеченные изменения носят менее регулярный и выраженный характер.

Диагноз. Основанием для диагностики сенильной демен-ции является возникающее в старости и неуклонно нарастающее обеднение всей психической деятельности, которое в течение нескольких лет приводит к тотальному слабоумию, а в дальнейшем и к маразму. Определенное диагностическое значение имеют выявляемые при пневмоэнце- фалографии, компьютерной томографии признаки диффузной атрофии коры головного мозга, внутренней гидроцефалии в виде расширения мозговых желудочков.

Распространенность. Сенильная деменция относится к частым формам психической патологии позднего возраста. Старческим слабоумием страдает 5—10% всех лиц старше 65 лет. В группах позднего возраста с увеличением возраста риск возникновения сенильной деменции растет-Среди больных старческим слабоумием женщин в 2 раза больше, чем мужчин.

Прогноз сенильных деменции крайне неблагоприятный в связи с неизбежностью возникновения глубокого слабоумия, маразма и гибелью больных в пределах 8—10 лет от появления первых клинических признаков деменции. Несколько лучше прогноз при особенно позднем начале стар-

438

ческой деменции (после 80—85 лет). В этих случаях темп нарастания слабоумия более медленный.

Лечение, уход и профилактика. Больные старческим^ слабоумием прежде всего нуждаются в наблюдении и уходе. Необходимо обеспечить больным диетическое питание, следить за регулярностью физиологических отправлений, чистотой кожи, добиваться посильной двигательной активности и по возможности привлечения к простейшим формам деятельности. Должен быть обеспечен постоянный контроль за поведением больных, поскольку они могут совершать опасные поступки.

Эффективная терапия сенильной деменции не разработана. Остановить ослабоумливающий процесс не удается.

В основном применяется симптоматическое лечение, направленное на поддержание деятельности сердечнососудистой системы и других жизненно важных соматических функций. Используются витамины и лекарственные средства, предназначенные для коррекции возрастных недугов.

На более ранних этапах сенильно-атрофического процесса иногда назначают ноотропные препараты (пирацетам, аминалон). Однако существенной компенсации интеллек-туально- мнестической недостаточности обычно не наступает. Для коррекции расстройств сна назначают нитразепам, хлорпротиксен.

При возникновении психозов применяют лучше переносимые нейролептики (сонапакс, хлорпротиксен, этаперазин) и мягкие антидепрессанты (пиразидол, азафен). Дозы психотропных средств должны составлять не более /з— /4 средних доз, используемых у больных зрелого возраста. При более выраженной сенильной психопатизации, старческой суетливости используют малые дозы сонапакса, хлор-протиксена. Транквилизаторы назначаются редко в связи с их неудовлетворительной переносимостью лицами старческого возраста.

Больные сенильной деменцией нуждаются в госпитализации лишь при возникновении психоза или грубых расстройствах поведения. Следует учитывать, что всякое изменение привычного уклада жизни, включая помещение в больницу, может способствовать ухудшению психического и физического состояния больных старческим слабоумием, приближению летального исхода.

Реальные меры профилактики сенильных деменции не известны. Определенное профилактическое значение может

439

иметь своевременная эффективная терапия соматической патологии у лиц позднего возраста.

Экспертиза. Больные сенильной деменцией нетрудоспособны, нуждаются в уходе и недееспособны. В случае совершения противоправных действий признаются невменяемыми.

27.2.3.2. Пресенильные деменции

Пресенильные деменции — сборная группа развивающихся в предстарческом возрасте состояний слабоумия, обусловленных атрофией мозга. В рамках пресенильных деменции выделяют ряд самостоятельных нозологических форм, среди которых ведущее место с учетом их большей встречаемости принадлежит болезням Альцгеймера и Пика. Другие заболевания, относящиеся к пресенильным демен-циям (хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона), диагностируются очень редко.

Болезнь Альцгеймера. Заболевание описано А. Альцгей-мером в 1906 г. Оно развивается в возрасте 45—65 лет, чаще всего в 55—60 лет.

Дебют болезни медленный, течение — прогредиентное. Ослабоумливающий процесс начинается с мнестических нарушений в виде ослабления памяти на текущие события, которое постепенно переходит в фиксационную амнезию, а затем в прогрессирующую амнезию. Возникает глубокая амнестическая дезориентировка. В течение нескольких лет почти полностью опустошаются запасы знаний и умений. В отличие от старческой деменции для болезни Альцгеймера не характерны конфабуляции, сдвиг ситуации в прошлое.

Параллельно с расстройствами памяти нарастают нарушения мышления. Они начинаются с затруднений в более сложной аналитико-синтетической деятельности, а заканчиваются полной интеллектуальной беспомощностью. В итоге выявляется глубокое слабоумие.

На ранних этапах болезни нередко возникают продуктивные психотические расстройства в виде мелкомасштабного бреда ущерба, отравления, ревности, реже — в форме галлюциноза. У многих больных отмечаются эпилептиформные припадки.

Одна из особенностей болезни Альцгеймера по сравнению с сенильной деменцией состоит в том, что на ее начальной стадии сохраняется сознание собственной несостоятельно-

440

ста, болезненной измененное™, которому сопутствуют тревога и растерянность, позднее сменяющиеся безучастностью, полным равнодушием.

Самое существенное клинические своеобразие болезни Альцгеймера заключается в сочетании усиливающейся ин-теллектуально-мнестической недостаточности с нарастающими расстройствами высших корковых функций — речи, чтения, письма, счета, гнозиса и праксиса.

Первые признаки неврологических нарушений корковых функций часто удается обнаружить уже на ранних этапах заболевания (С. И. Гаврилова). Они выражаются в затрудненном осмыслении чужой речи, в нечеткости произношения, затруднениях и ошибках при письме, чтении, счете, забывании названий отдельных предметов.

Указанные нарушения интенсивно прогрессируют и сменяются сенсорной, амнестической и агностической афазией. Речь становится все более дизартричной, все большее место в ней занимают стереотипные речевые обороты, междометия, вводные слова. Происходят задержки при произнесении начальных букв и слогов, многократное повторение их (логоклоническое заикание). В дальнейшем активная речь ограничивается бессмысленным повторением обрывков слов или отдельных звуков. Почти полностью утрачиваются способности чтения, письма, счета.

Начальная неловкость движений со временем превращается в неспособность к наиболее автоматизированным, жизненно необходимым действиям. Больные как бы разучиваются вставать, садиться, ходить. Они молча лежат, почти не меняя положения.

Продолжительность болезни от 1—2 до 8—10 лет. Смерть чаще наступает в ходе присоединившейся респираторной инфекции.

Болезнь Пика. Заболевание описано А. Пиком в конце XIX века. Оно обычно начинается постепенно в возрасте 40—65 лет. Особенно часто его первые проявления возникают в 55—60 лет.

На начальной стадии болезни Пика в отличие от болезни Альцгеймера преобладают эмоционально-волевые нар yln е н и я, а не расстройства интеллектуально-мнести-ческой сферы. Особенно характерна аспонтанность: безучастность, пассивность, отсутствие внутренних побуждений к деятельности при сохраняющейся способности к действиям под влиянием стимулов извне. Реже выявляются симпто-мокомплекс, клинически сходный с картиной прогрессивного

441

паралича, в виде снижения морально-этического уровня личности, беспечности, эйфории, расторможения влечений, некритического отношения к собственному поведению (псевдопаралитический синдром).

Одно из отличий болезни Пика от болезни Альцгеймера заключается в преобладании нарастающей интеллектуальной недостаточности (ослабление способностей к обобщению и абстрагированию, построению адекватных суждений и умозаключений, установлению причинно-следственных зависимостей) над расстройствами памяти. Выраженные нарушения памяти возникают поздно, амнестиче-ская дезориентировка отсутствует.

Значительно реже, чем при болезни Альцгеймера, возникают галлюцинаторно-бре-довая симптоматика и эпилептиформные припадки.

При болезни Пика среди проявлений тотального слабоумия ведущее место занимают расстройства речи, тогда как характерные для болезни Альцгеймера нарушения гнозиса и праксиса выражены значительно меньше.

Расстройства речи, начинаясь с затрудненного понимания чужой речи, смыслового и грамматического упрощения, обеднения собственной речи, со временем переходят в речевую беспомощность. Речь насыщается персеверациями, эхолалиями, постепенно утрачивает фразовый характер, сводится к бессмысленному повторению одних и тех же словосочетаний и слов (“стоячий симптом”, типичный именно для болезни Пика).

Позднее наступает мутизм.

У части больных развивается маразм. Больные умирают в результате вторичных инфекций спустя 5—6 лет от начала ослабоумливающего церебрально-атрофического процесса.

Этиология, патогенез и патологическая анатомия. В этиологии болезней Альцгеймера и Пика определенное значение придается генетическим факторам. У большинства больных пресенильными деменциями наследственность психопатологически не отягощена. Вместе с тем выявляются семейные случаи болезни Альцгеймера и Пика. Для родителей, братьев и сестер лиц, страдающих болезнями Альцгеймера и Пика, риск возникновения пресенильной демен-ции выше, чем в общем населении.

При этих формах психической патологии обнаружены разнообразные отклонения в синтезе белков и их функциях на клеточном уровне, установлены нарушения взаимодействия нейротрансмиттерных систем, сниженная концентрация ацетилхолина, катехоламинов и повышенное содержа-

442

ние некоторых микроэлементов в мозговых тканях. С этими биохимическими сдвигами гипотетически связывают атрофию головного мозга, являющуюся анатомической основой болезней Альцгеймера и Пика.

Церебральные патоморфологические изменения при болезни Альцгеймера сходны с таковыми при сенильной де-менции. Их наиболее существенная особенность заключается в избирательном, а не диффузном характере цереб-рально-атрофического процесса, который при болезни Альцгеймера преимущественно локализуется в височных и теменных долях. Избирательность мозговой атрофии сочетается с ее большей выраженностью.

Как и при старческом слабоумии, микроскопически определяется значительное количество сенильных бляшек. Именно для этого заболевания особенно характерны своеобразные патологические изменения в нейрофибриллах (альцгеймеровское перерождение нейрофибрилл).

При болезни Пика, как и при болезни Альцгеймера, атрофия мозга избирательна, но имеет иную локализацию. В атрофический процесс предпочтительно вовлекаются наряду с височными лобные, а не теменные доли.

Микроскопические изменения в мозге существенно отличаются от микроскопической картины болезни Альцгеймера. Старческие бляшки и альцгеймеровские нейрофиб-риллы, как правило, не обнаруживаются. Определяются атрофия и гибель части корковых нейронов и набухание нервных клеток за счет особых внутриклеточных образований (телец Пика), а также накопление липоидов в клетках паренхимы мозга и глиоцитах.

Диагностика. Распознавание пресенильных деменций основывается на возникновении в предстарческом возрасте прогрессирующего слабоумия тотального типа. Более раннему выявлению типичных для этих заболеваний интел-лектуально-мнестических нарушений и расстройств высшей корковой деятельности способствует применение экспериментально- психологических методик. Диагностическое значение имеют пневмоэнцефалография и компьютерная томография, обнаруживающие атрофию головного мозга, внутреннюю гидроцефалию, расширение желудочков мозга. При разграничении болезней Альцгеймера и Пика учитывают их клинические особенности, приведенные выше, и различия в локализации мозгового атрофического процесса, определяемые при помощи пневмоэнцефалографии и компьютерной томографии (атрофия преимущественно темен-

443

ных и височных областей при болезни Альцгеймера и лоб-но-височных при болезни Пика).

Распространенность. Заболеваемость и болезненность пресенильными деменциями изучены недостаточно. Есть данные, что риск возникновения пресенильных деменций равен 0,1%• Среди всех госпитализированных в психиатрические стационары лица, страдающие болезнью Альцгеймера, составляют 0,3—0.5%. Болезнь Пика встречается в 2—4 раза реже болезни Альцгеймера. Эти болезни диагностируются значительно реже, чем сенильное слабоумие. Среди лиц с болезнями Альцгеймера и Пика женщин существенно больше, чем мужчин.

Прогноз пресенильных деменций крайне неблагоприятный вследствие фатального и быстрого распада психической деятельности и наступления смерти в ближайшие несколько лет от начала болезни.

Лечение и профилактика. Лечение болезней Альцгеймера и Пика практически не отличается от терапии се-нильной деменций. Методы лечения, способные замедлить или остановить ослабоумливающий процесс, пока не найдены. Проводится терапия сопутствующих соматических заболеваний и возрастных недугов, отдаляющая в части случаев летальный исход. Психотропные средства в малых дозах назначаются при возникновении психоза, более грубых расстройствах поведения и нарушениях сна.

Исключительно важен систематический уход за больными.

Экспертиза. Больные пресенильными деменциями нетрудоспособны, неспособны к самообслуживанию и недееспособны. В случае совершения правонарушений они признаются невменяемыми.

Глава 28

ПСИХОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Под психогенными заболеваниями понимают различные расстройства психической деятельности, включающие острые и затяжные психозы, психосоматические нарушения, неврозы, аномальные реакции (патохарактерологические и невротические) и психогенное развитие личности, возникающее под влиянием психической травмы или в психотрав- мирующей ситуации.

Сама психическая травма представляет собой весьма сложное явление, в центре которого находится субклини-

444

ческое реагирование сознания на саму психическую травму, сопровождающееся своеобразной “защитной” перестройкой, происходящей в системе психологических установок в субъективной иерархии значимого. Эта защитная перестройка обычно нейтрализует патогенное действие психической травмы, предотвращая тем самым развитие психогенной болезни. В этих случаях речь идет о “психологической защите”, выступающей как весьма существенная форма реакции сознания на перенесенную психическую травму.

Понятие “психологическая защита” сформировалось в психоаналитической школе и, согласно взглядам представителей этой школы, в “психологическую защиту” входят специфические приемы переработки переживаний, нейтрализующие патогенное влияние этих переживаний. Они включают феномены типа “вытеснения”, “рационализации”, “сублимации” и др.

Психологическая защита является нормальным повседневным психологическим механизмом, играющим большую роль в сопротивлении организма болезни и способным предотвращать дезорганизацию психической деятельности.

В результате проведенных исследований выделены люди, “хорошо психологически защищенные”, способные к интенсивной переработке патогенных воздействий, и “плохо

психологически защищенные”, которые неспособны развить эту защитную активность. У них легче возникают клинически очерченные формы психогенных заболеваний.

Общим признаком всех психогенных расстройств является обусловленность их аффективным психогенным состоянием — ужасом, отчаянием, оскорбленным самолюбием, тревогой, страхом. Чем острее и выраженнее аффективное переживание, тем отчетливее аффективно-суженное изменение сознания. Особенностью этих расстройств являются единство структуры всех наблюдаемых расстройств и связь их с аффективными переживаниями.

Среди психогенных расД-ройств выделяют продуктивные и негативные. Для отграничения продуктивных расстройств психогенной природы от других, психических заболеваний пользуются критериями К. Ясперса, которые, несмотря на формальный характер, имеют значение для диагностики:

болезнь возникает вслед за психической травмой;

содержание психопатологических проявлений вытекает из характера психической травмы и между ними существуют психологически понятные связи;

445

все течение болезни связано с травмирующей ситуацией, исчезновение или дезактуализация которой сопутствуют прекращению (ослабление) заболевания. В 1910 г. К. Ясперс сформулировал понятие об аномальном, или патологическом,

развитии личности. Это понятие было необходимо, чтобы отдифференцировать изменения личности при шизофрении от изменений личности при других заболеваниях, в том числе и психогенных.

К. Ясперс подчеркивал, что при психогенных заболеваниях у личности не возникает новых черт, не свойственных им ранее, а появляются те особенности реакций и поведения, которые были характерны для больного в более молодом возрасте и в процессе жизни оказались подавленными более адекватными для окружающей среды формами поведения. Иными словами, в результате психогенного заболевания у больного утрачивалась сдержанность, умение прогнозировать ситуацию, оценивать ее более широко, принимать соответствующее решение и т. д.

В связи с тем что при аномальном развитии личность утрачивает свойственные ей качества, способствующие ее адаптации к окружающей среде, у нее возникают патохарактерологические расстройства, т. е. психопатиза-ция личности. Эти расстройства можно оценить как негативные, как возникающий дефект личности, утрату выработанных в течение жизни качеств личности, характерные именно для психогенных заболеваний (Н. Д. Лакосина).

28.1. Реактивные психозы

Под реактивными психозами понимают болезненное расстройство психики, возникающее под влиянием психической травмы и проявляющееся целиком или преимущественно неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности с возникновением не свойственных нормальной психике явлений (бред, галлюцинации и

др.).

Для всех реактивных психозов характерно наличие продуктивной психопатологической симптоматики, аффективно-суженного состояния сознания, в результате чего утрачивается способность адекватно оценивать ситуацию и свое состояние.

446

* + 1. Клинические проявления

Разнообразие реактивных психозов можно условно в зависимости от характера психической травмы и клинической картины разделить на три группы: 1) аффективно- шоковые реакции, возникающие обычно при глобальной угрозе жизни большим

контингентам людей (землетрясения, наводнения, катастрофы и т. д.); 2) истерические психозы, которые возникают, как правило, в ситуациях, угрожающих свободе личности;

3) психогенные психотические расстройства (па-раноиды, депрессии), обусловленные субъективно значимыми психическими травмами, т. е. психическими травмами, имеющими значение для определенной личности.

* + - 1. Аффективно-шоковые реакции

Это кратковременные психотические состояния, возникающие в ситуациях, остро угрожающих жизни. Они характеризуются переживанием ужаса, отчаяния, глубоким аффективно-суженным состоянием сознания, из-за чего утрачивается контакт с окружающими, двигательными и вегетативными расстройствами. Выделяют гипо- и гиперкинетические варианты аффективно-шоковых реакций.

Гипокинетический вариант характеризуется внезапно возникшей в травмирующей ситуации двигательной заторможенности (“остолбенел от страха”), достигающей \* ряде случаев полной обездвиженное™ и мутизма (аффектогенный ступор). В таком состоянии больные не воспринимают окружающее, на лице у них выражение страха, ужаса, глаза широко открыты, кожные покровы чаще бледные, покрыты холодным потом, наблюдаются непроизвольное мочеиспускание, дефекация. Гипокинетический вариант соответствует описанию Э. Кречмером (1924) состояния “мнимой смерти”. Воспоминания об этом периоде у больных отсутствуют.

Гиперкинетический вариант отличается острым психомоторным возбуждением — “двигательной бурей” по Е. Кречмеру. Больные бесцельно мечутся, стремятся куда-то бежать, движения хаотичны, нецеленаправленны. На лице у них выражение ужаса, они часто издают нечленораздельные звуки, кричат, рыдают. Состояние сопровождается выраженными вегетативными реакциями: тахикардией, потливостью, бледностью или гиперемией кожных покровов, непроизвольными мочеиспусканием и дефекацией.

Воспоминания об этом периоде не сохраняются. 447

Продолжительность аффективно-шоковых реакций — от нескольких минут до нескольких часов, реже дней.

Аффективно-шоковые реакции у детей и подростков проявляются в тех же вариантах. У детей отмечается значительная выраженность вегетативных расстройств: замедление пульса, акроцианоз, озноб, гипертермия, обездвижен-ность обычно частичная.

Выраженность реакций часто обусловлена поведением взрослых.

У подростков аффективно-шоковые реакции могут встречаться в виде “мнимой смерти” и “двигательной бури”.

Острое транзиторное сумеречное состояние как гиперкинетический вариант часто проявляется паническим бегством, нецеленаправленными действиями и амнезией на период этого расстройства.

Гипокинетический вариант — острый реактивный ступор характеризуется внезапным оцепенением, мутиз-мом и амнезией. У подростков наряду с отмеченными расстройствами при аффективно-шоковых реакциях наблюдаются обморочные состояния, головная боль и головокружение.

Кроме двух вариантов аффективно-шоковых реакций, у подростков выделяют особый вариант нарушенного сознания — эмоциональный ступор. В этом состоянии подросток, оказавшийся в тяжелой травмирующей ситуации, совершает сложные целенаправленные действия, чтобы спастись от опасности и спасти других, с полной эмоциональной безучастностью к происходящему. Амнезия при этом бывает частичная и касается главным образом происходящих событий (А. Е. Личко).

* + - 1. Истерические психозы

С истерическими психозами чаще приходится встречаться судебным психиатрам, и только некоторые их варианты встречаются в общей психиатрической практике. К

истерическим психозам относят псевдодеменцию, пуэрилизм, синдром Ганзера, синдром бредоподобных фантазий и синдром регресса психики (“одичания”). Четких границ между отдельными формами не наблюдается — возможны как сочетания их, так и переходы одной формы в другую.

Истерические психозы иногда называют психогенными расстройствами сознания. Сознание при них бывает сужено под влиянием аффекта — аффективно-суженное или изменено в виде погружения в фантастические переживания.

448

L

На период психоза наблюдается амнезия, что указывает на состояние измененного сознания.

Псевдодеменция. Относительно легким и неглубоким из истерических расстройств считается псевдодеменция. Обычно через несколько недель после привлечения человека к ответственности и в ожидании наказания поведение его становится неправильным. Он перестает правильно отвечать на вопросы, с нарочито расстроенным выражением лицам оглядывается по сторонам, таращит глаза, как бы изображая слабоумного и беспамятного. На простые вопросы дает нелепые ответы, но, как правило, по содержанию вопроса.

Неправильные ответы иногда сочетаются с неправильными действиями: так, больной, успешно совершая более сложные движения, не может отпереть ключом дверь, открыть коробку спичек и совершить другие простейшие операции. Типичной особенностью псевдодементного состояния является контраст между неправильными ответами, поступками и действиями в простых обстоятельствах при одновременном сохранении сложных решений и действий.

Псевдодементное поведение может продолжаться до нескольких недель, после чего происходит восстановление психических функций.

Пуэрилизм. Пуэрилизм (от лат. puer — дитя, ребенок) также возникает под влиянием психической травмы и сопровождается истерическим сужением сознания. Речь больных становится детской, они говорят с детскими интонациями, шепелявят, иногда не выговаривают отдельные буквы, неправильно, как дети, произносят слова, обращаясь к окружающим, называют их “дяди” и “тети”, заявляют, что хотят “на ручки”, “в кроватку”. В движениях, гримасах также проявляется детскость. Больные суетливы, дотрагиваются до -всех предметов, не ходят, а бегают мелкими детскими шажками. Аффективные реакции сопровождаются детской мимикой. Они надувают губы, хнычут, сосут пальцы, топают ногами, когда им что-то не дают, играют коробочками, катают их, как машинки. Псевдодеменция и явления пуэрилизма могут наблюдаться и при остром истерическом сумеречном расстройстве сознания, которое было описано С. Ганзером в 1897 г. и с тех пор называется синдромом Ганзера.

Синдром Ганзера. Характеризуется истерическим сумеречным помрачением сознания с преобладанием в клинической картине явлений мимоговорения (неправильные ответы на вопросы).

15—1039 449

Бредоподобные фантазии (бредоподобные идеи) — возникающие у больных реактивных психозом идеи преследования, величия, реформаторства, обвинения и самообвинения и т. д., содержание которых изменяется в зависимости от внешних обстоятельств. В отличие от бреда при бредо-подобных фантазиях у больного отсутствует убежденность в этих идеях; они сопровождаются театральностью поведения. Больные рассказывают о своих изобретениях, открытиях, космических полетах, богатствах, успехах, иногда пишут научные труды. В содержании высказываний прямо или косвенно звучит травмирующая ситуация. На период бредоподобных фантазий может наблюдаться полная или частичная

амнезия. В процессе развития истерического психоза бредоподобные фантазии могут возникнуть после псев-додементного поведения или пуэрилизма, при утяжелении психоза после бредоподобных фантазий могут появиться псевдодементные или пуэрильные формы поведения.

Синдром регресса психики (“одичания”). Этим термином обозначают возникающее на фоне истерического расстройства сознания поведение больного, напоминающее повадки животного. Больной не носит белье, бегает на четвереньках, лакает из миски, издает нечленораздельные звуки, проявляет агрессивность, кусается, рычит, пищу обнюхивает, при приближении скалит зубы, принимает угрожающую позу.

Такое состояние может возникнуть остро при психической травме особой тяжести либо при утяжелении состояния после других истерических расстройств.

У детей истерические психозы наблюдаются крайне редко. Они могут проявляться в виде кратковременных состояний пуэрилизма или псевдодеменции: дети начинают вести себя, как младенцы, картавят, лепечут, просятся на руки. При псевдодеменции не могут ответить на простые вопросы, не говорят, а показывают жестами, что не знают, неправильно определяют части своего тела.

У подростков истерические психозы наблюдаются редко, обычно в случаях привлечения к судебной ответственности. Истерические психозы у подростков, как и у взрослых, могут проявляться в виде пуэрилизма, псевдодементного поведения, бредоподобных фантазий. Считается, что истерические психозы у подростков если и возникают, то на фоне истероидной психопатии.

450

28.1.1.3. Реактивные психозы, обусловленные субъективно значимой психической травмой

К этой группе относятся различные варианты психогенных депрессий и психогенные бредовые состояния.

Реактивные депрессии. Реактивные депрессии как самостоятельное психогенное заболевание выделены французским ученым Е. Регли (1910). Выраженность депрессивных переживаний различна, диапазон их колеблется от психологически адекватных переживаний утраты, сопровождающихся грустью и подавленностью, до витальной глубокой тоски с переживанием безысходности, невосполнимости утраты и идеями самообвинения.

Наиболее частой психической травмой, приводящей к депрессии, является ситуация эмоционального лишения, т. е. потеря близкого, его смерть, отъезд, уход. “Эмоциональным лишением” является и переезд, особенно пожилого и одинокого человека, в другое место с утратой эмоциональных привязанностей и эмоциональных контактов (описаны депрессии у пожилых в связи с переездом), переезд в другую страну, вынужденная жизнь далеко от родины и близких.

В зависимости от закономерностей развития депрессивной симптоматики выделяют чистую, или простую, депрессию, истерическую и тревожную.

Депрессивная симптоматика возникает обычно через несколько дней после известия о случившемся несчастье. Считается, что в эти дни происходит внутренняя обработка, оценка значимости потери.

В момент известия о трагическом событии у части больных, у которых может возникнуть истерическая или тревожная депрессия, наблюдаются кратковременные аффективно- шоковые реакции (гипо-и гиперкинетические). Они являются прогностическим признаком клинического варианта реактивной депрессии и представляют опасность для больного, так как в состоянии психомоторного возбуждения с аффективной суженностью сознания они могут внезапно выпрыгнуть из окна, броситься под машину.

При чистой, или простой, депрессии, как правило, не наблюдается аффективно-шоковой реакции, вся клиническая картина исчерпывается депрессивными расстройствами,

тоскливое настроение обычно сопровождается двигательной заторможенностью, замедлением течения мыслительных процессов. Все переживания сконцентрированы на случив-

15\* 451

шемся, отвлечь внимание, переключить мысли на другие события обычно не удается. Будущее рисуется в мрачных красках, возникают идеи самообвинения. Тоскливое настроение усиливается к вечеру и при оживлении воспоминаний о психотравмирующей ситуации (беседа, встреча с людьми, посещение тех мест, где произошло несчастье, кладбища и т.д.).

Депрессия сопровождается вегетативными симптомами — расстройствами сна и аппетита, тахикардией, гипергидрозом, гипертензией. Могут наблюдаться гипнагогиче-ские галлюцинации, отражающие содержание психической 'травмы.

Больная Р., 46 лет. Росла и развивалась правильно, училась хорошо, по характеру была спокойной, уравновешенной, общительной. Первый муж погиб на фронте, тяжело переживала его смерть. Второй брак удачный, муж хорошо относился к ней и сыну от первого брака. Родила еще двух детей, но особую привязанность испытывала к старшему сыну. Во время купания он утонул в реке. Получив известие, ничего не могла сказать — “застыла на месте”. После похорон стала тосклива, лежала в постели, отказывалась от еды, высказывала суицидальные мысли, уверяла, что она виновата в смерти сына, “не уберегла”, “недосмотрела”. По вечерам слышала его шаги, звонок в дверь, голос. Плохо спала, засыпала с трудом, просыпалась с чувством тяжести на сердце. Все мысли сосредоточились на несчастье. Была убеждена в исключительности своего горя и своей потери. О будущем думать не могла: “Все стало мрачным и сейчас и в будущем”. О младших детях не заботилась и не думала. Вспоминала мельчайшие подробности из жизни погибшего сына, его слова, выражения, привычки, поступки. Ходила медленно, часами сидела в одной позе с выражением скорби на лице. Аппетит понижен: “все как трава”. Пульс учащен до 96 ударов в минуту. Артериальное давление 150/90 мм рт.ст., гипергидроз, запоры.

В данном наблюдении реактивная депрессия возникла у личности без психопатических черт в преморбидном периоде. Развитию болезни предшествовала тяжелая психическая травма типа “эмоционального лишения” — внезапная смерть 20-летнего сына.

Клиническая картина реактивного психоза исчерпывалась только депрессивной симптоматикой, поэтому о таких вариантах говорят как о “чистых”, или простых, психогенных депрессиях.

При истерическом варианте депрессии аффект тоски бывает менее глубоким, сочетается с недовольством, раздражительностью и капризностью. Тоска сопровождается демонстративным поведением, театральностью, стремлением вызвать к себе сочувствие окружающих. Идей самообвинения, как правило, не бывает или они носят нарочитый, демонстративный характер. Чаще имеется тенденция обвинять окружающих в своих несчастьях. На фоне депрессии могут на-

452

блюдаться истерические “стигмы”, расстройства походки, блефароспазм, параличи, афония и др. Психогенные галлюцинации обычно ярки и сценоподобны: больные могут видеть целые сцены, связанные с психической травмой, или умершего родственника, разговаривают с ним, кормят его и т. д.

Больная А., 25 лет. Развитие правильное. Окончила школу с золотой медалью, поступила в университет, отличалась непосредственностью реакций, эмоциональной живостью, всегда выглядела моложе паспортного возраста. В 24 года полюбила молодого человека, который был моложе ее на 6 лет. Решила выйти за него замуж. После конфликта (она

отказалась ехать вместе с ним на работу в город, где жили его родители) молодой человек повесился.

В первый момент не могла осознать, что случилось, бесцельно металась по комнате. Затем возникла слабость, все время лежала, плохо спала, боялась выключить свет. Окружающее было, “как в тумане”, “говорили как не про меня”. Ходила с трудом, ноги были “как резиновые”. Во время еды возникала рвота, “сжимало горло”. Тоска появилась на похоронах. На следующий день, надев траурное платье, сидела на видном месте в холе общежития. Почти ничего не ела, плохо спала. На 7-й день была помещена в больницу.

Ориентирована правильно, общительна, говорит, что все стало “мрачным и неинтересным”. Временами слышит его “голос”, оклики по имени, ощущает его прикосновение. Винит себя в его смерти, считает, что теперь не имеет права на счастье. Возникают яркие представления о его речи, отчетливо вспоминает сказанные им фразы. Постоянно думает о нем, часто плачет. Считает, что “никто ранее не переживал ничего подобного”. Постепенно стала общительнее, проявляла интерес к окружающим больным, охотно ходила в кино, гуляла, но продолжала утверждать, что “все житейское ей неинтересно”.

Вся депрессивная симптоматика у этой больной сопровождается истерическими расстройствами: рвотой, ощущением кома в горле, демонстративностью высказываний и поведения.

При тревожной депрессии наиболее часто наблюдаются аффективно-шоковые реакции гиперкинетического типа. Нарастающая депрессия сопровождается двигательным беспокойством, тревогой до ажитированных приступов отчаяния. Эти больные наиболее опасны в отношении совершения самоубийств.

Больная В., 48 лет. Рано лишилась родителей, вынуждена была начать работать с 14 лет. Внезапно получила известие о гибели мужа. В течение нескольких часов металась по комнате, громко кричала, не понимала обращенную к ней речь, рвалась убежать, выпрыгнуть в окно, возбуждение сменялось приступами слабости. В последующем не помнила, что с ней было в первые часы. Во время похорон то кричала, то лежала неподвижно “в обмороке”. После похорон усилилась тоска и тревога. Была возбуждена, не могла сидеть на одном месте, испытывала неприятные ощущения в теле, боли в области сердца, постоянно высказывала суицидальные мысли и была стационирована.

453

Ориентирована правильно, тревожна, ходит по отделению, заламывает руки, говорит, что не переживет такой утраты, не сможет жить без него. Не может сосредоточиться ни на чем. При засыпании видит у постели мужа, слышит его голос, кажется, что он сидит рядом. Испытывает тоску, в груди “жжет”, давит на сердце, “нечем дышать”.

Отказывается от еды: “зачем есть, когда его нет”. Злобно настроена в адрес виновников гибели мужа, пишет в различные инстанции, требуя их наказания.

Больные с тревожной реактивной депрессией представляют серьезную опасность из-за возможности совершения ими суицидальных действий, особенно в первые недели развития заболевания.

Психотические реактивные депрессии у детей не наблюдаются, у подростков встречаются достаточно редко.

Выделяют два варианта реактивной депрессии: так называемую открытую, при которой имеются все признаки депрессивного состояния с переживанием тоскливого настроения, слезливостью, заторможенностью, фиксацией на несчастье, и диссимулятивную, при которой отсутствуют активные жалобы на тоску, больные стараются не говорить о травмирующей ситуации, держатся тихо и незаметно. Переживания не раскрывают.

Суицидальные мысли скрываются, суицидальные попытки готовятся и часто оказываются неожиданными для окружающих.

Отмеченные различия депрессивных состояний у взрослых и подростков обусловлены преморбидными особенностями заболевших. Так, чистые, или простые, депрессии наблюдаются обычно у личностей, близких к гармоничным: сдержанных, собранных, активных, целеустремленных, отличающихся четкими эмоциональными привязанностями к своим близким.

Истерические варианты реактивных депрессий обычно наблюдаются у лиц с чертами психического инфантилизма и истерическими акцентуациями.

Тревожные депрессии чаще возникают у лиц эмоционально неустойчивых или тревожно- мнительных, склонных к постоянным сомнениям, неуверенных в себе.

Диссимулируемый вариант психогенной депрессии чаще наблюдается у сенситивных подростков, включение ипохондрических расстройств в структуру депрессии обычно встречается у истероидных и лабильных подростков.

Атипичность депрессий у подростков дала основание выделить эквиваленты депрессий: делинквентный, ипохондрический, астеноапатический.

Делинквентный эквивалент реактивной депрессии встречается примерно в 20% случаев у мальчиков в млад-

454

шем и среднем подростковом возрасте и проявляется нарушениями поведения. Подросток становится угрюмым, озлобленным, прогуливает уроки, слоняется без дела по улицам. На всех поступках лежит печать отчаяния. Несмотря на мрачность, подросток обычно отрицает угнетенное настроение. Этот вариант еще называют психопатоподобным (О. Д. Сосюкало).

Ипохондрический эквивалент характеризуется постоянными жалобами на плохое соматическое состояние. Такие подростки охотно обращаются к врачам, ложатся в больницу, подвергаются обследованиям, выполняют различные процедуры. Уклоняются от учебы, бездельничают, бывают плаксивы и раздражительны, особенно если не верят их “болезни”. Плохое настроение обычно связывают с “тяжелым заболеванием”. Этот эквивалент наблюдается в среднем и старшем подростковом возрасте.

Астеноапатический эквивалент реактивной депрессии характеризуется прежде всего затруднениями в учебе за счет повышенной утомляемости. Подростки становятся вялыми, недостаточно активными, бездеятельными. Утрачивается интерес к развлечениям и компаниям сверстников. Аппетит и сон обычно не нарушены, но едят без удовольствия, сон не освежает и не приносит бодрости. Больные не отмечают тоски, но жалуются на скуку, хандру, испытывают недовольство собой, бывают идеи самообвинения и суицидальные мысли. Этот вариант наблюдается у подростков среднего и старшего возраста (А. Е. Личко).

Реактивные (психогенные) параноиды. Реактивным па-раноидом называют бредовый психоз, возникающий вследствие психической травмы.

Реактивные параноиды были описаны во второй половине прошлого века в группе тюремных психозов. Позднее С. А. Суханов наблюдал параноиды у лиц, приехавших из глубокой провинции в шумный, многолюдный город, а также аллерс-параноиды у военнопленных в иноязычной среде и у тугоухих, плохо понимающих речь окружающих. Аллерсом были описаны боязливо-тревожные состояния с бредом преследования, с отказом от пищи у русских военнопленных из национальных меньшинств, не знавших никаких языков, кроме своего родного; перевод их в другие учреждения, где их понимали, приводил к исчезновению бреда и успокоению, появлению критического отношения к пережитым страхам и “глупым мыслям” [цит. по В. А. Гиляровскому, 1931].

455

Острым реактивным параноидам обычно предшествует период выраженной тревоги, беспокойства, “предчувствия несчастья”. Затем остро возникает бред отношения,

преследования, особого значения, сопровождающийся галлюцинациями. Наблюдается более или менее выраженное изменение сознания по типу аффективно-суженного.

В бредовых идеях отражается содержание травмирующей ситуации. Настроение тревожно-тоскливое с выраженным аффектом страха. В этом состоянии больные могут быть возбуждены. Мечутся по отделению, прячутся, стремятся куда-то бежать, просят пощады, плачут, прощаются с родными или лежат неподвижно, “ждут своей участи”, на лице выражение тревоги, страха, обреченности.

На высоте психоза наблюдаются расстройства сна, который становится тревожным и поверхностным, с кошмарными сновидениями. Иногда по ночам возникают устрашающие зрительные галлюцинации. Возможны суицидальные тенденции, “чтобы избежать наказания”.

Психотравмирующей ситуацией может быть новая, непривычная ситуация, создающая тревогу, беспокойство, вынужденное лишение сна. Такая ситуация имеет место у транзитных пассажиров, которые вынуждены по нескольку дней находиться в дороге, плохо спать, тревожиться за вещи, испытывать влияние непривычных ранее воздействий. Бредовые психогенные психозы, возникающие в такой ситуации, были описаны Е. А. Поповым (1931) и С. Г. Жис-линым (1934). С. Г. Жислин дал им название “железнодорожные параноиды” и в возникновении их большое значение придавал “измененной почве”, т.е. соматическому состоянию больного.

Психотическое состояние при острых параноидах продолжается 1—5 нед и сменяется постреактивной астенией. Выздоровление обычно сопровождается появлением критики, однако наблюдаются случаи, когда бредовая интерпретация окружающего исчезает, но критическое отношение к перенесенному бреду появляется через более или менее продолжительное время.

Реактивное паранойяльное бредообразование характеризуется возникновением сверхценных или паранойяльных идей, не выходящих за рамки психотравмирующих обстоятельств. По содержанию могут быть идеи ревности, изобретательства, ипохондрические, которые часто сопровождаются сутяжными и кверулянтскими тенденциями. Боль-

456

ные обычно насторожены, подозрительны, тревожны. Те матика бреда психологически понятна и связана с реаль ными, конкретными ситуациями, обидой, ущемлением ин тересов, оскорблением их достоинства и т. д. Бред носит интерпретативный характер, в ситуациях, не связанных с бредом, длительное время сохраняется достаточно правильное поведение.

Индуцированный бред (индуцированное помешательство) — такое болезненное состояние, при котором бред, чаще преследования, возникает как результат передачи “заражения” от одного лица к другому. Индуктором обычно бывают лица, страдающие психическим заболеванием, например параноидной шизофренией. Индуцированию подвергаются близкие люди, находящиеся под влиянием больного и эмоционально к нему привязанные, интеллектуально ограниченные, пассивные, легко внушаемые, неспособные правильно оценить ситуацию.

Изоляция от индуктора ведет к постепенному исчезновению бреда.

Близкими по механизмам формирования являются бредовые расстройства у тугоухих и бред в иноязычной среде (в чужой стране, без знания языка).

В прошлом были описаны психические эпидемии, связанные с широким распространением индуцированного бреда (В. X. Кандинский, А. А. Токар-ский и др.). Многие психиатры расценивали “психические эпидемии” как массовые истерические психозы, в основе которых лежит подражание и внушение. Чаще наблюдались истерические судорожные эпидемии и кликушество (массовые припадки с резкими криками, взвизгиваниями, которые обычно проходили в церквях при богослужении).

Реактивный параноид у детей и подростков встречается крайне редко, в детском и подростковом возрасте он может возникнуть в результате длительных травмирующих ситуаций, во время которых длительно переживаются страх и тревога.

Определенную роль в формировании и систематизации бреда у подростков играет индуцирующее влияние среды и в первую очередь родителей (В. В. Ковалев).

Реактивные параноиды у пожилых людей могут проявляться чувственным ипохондрическим бредом. Параноидным переживаниям сопутствуют кратковременные периоды с измененным сознанием, тревогой, страхами, слуховыми галлюцинациями, отражающими содержание психической травмы.

В старости почти не встречаются аффективно-шоковые 457

реакции. Начало заболевания чаще бывает медленным, клинические проявления отличаются фрагментарностью, монотонностью. Им свойственна меньшая глубина расстройств. Удельный вес психогенных депрессий в старости обычно бывает достаточно высоким. Постоянно ведущими в клинической картине являются различные ипохондрические симптомы.

Реактивные бредовые психозы в старости встречаются реже, чем депрессии, и носят стертый, неочерченный характер.

28.1.1.4. Психогенные аномальные реакции

Термин “психогенная реакция” — общее название патологических изменений психической деятельности, возникающих в ответ на психическую травму или психическое напряжение и находящихся с ними в психологически понятных связях.

Типичными признаками аномальных реакций является неадекватность стимулу как по силе, так и по содержанию.

Невротическими (психогенными) являются также реакции, содержание которых критически оценивается пациентом и которые проявляются главным образом вегетативными и соматическими расстройствами.

Психопатическим (ситуационным) реакциям свойственна недостаточность критического отношения к ним. Психопатические реакции оцениваются как реакции личности, однако реакции личности — понятие более широкое. Под реакцией личности понимают ограниченное во времени состояние измененного поведения, обусловленное теми или иными ситуационными воздействиями, которые являются субъективно значимыми для личности. Характер и выраженность реакции определяются, с одной стороны, воздействиями среды, с другой — особенностями личности, включая историю ее развития, социально и биологически детерминированными компонентами.

Патохарактерологические реакции проявляются в выраженных и стереотипно повторяющихся отклонениях в поведении, сопровождающихся соматовегетативными и другими невротическими расстройствами и приводящих к временным нарушениям социальной адаптации.

Условно выделяют реакции оппозиции, отказа, имитации, компенсации, гиперкомпенсации и др.

Реакции оппозиции возникают при предъявлении ребенку 458

или подростку чрезмерных требований и в результате утраты им привычного внимания и заботы со стороны близких и особенно матери.

Проявления этих реакций различны — от уходов из дома, прогулов школы до попыток самоубийства, часто демонстративных.

Эти реакции обычно преследуют цель избежать трудностей либо привлечь к себе внимание.

Реакции отказа наблюдаются у детей при внезапном отрыве от матери, семьи, помещении в детское учреждение и проявляются в отказе от контактов, игр и иногда от пищи. У подростков такие реакции наблюдаются редко и свидетельствуют о выраженном инфантилизме.

Реакции имитации проявляются в подражании в поведении определенному лицу, литературному или кинематографическому герою, лидерам подростковых компаний, кумирам молодежной моды.

Отрицательная реакция имитации проявляется в том, что все поведение строится как противоположное определенному лицу. Например, в противопоставление грубому отцу, пьющему и устраивающему постоянные скандалы, подросток вырабатывает сдержанность, доброжелательность, заботливость о близких и т. д.

Реакции компенсации заключаются в том, что неудачи в одной области подростки стремятся компенсировать в другой. Например, физически слабый мальчик компенсирует свою неполноценность успехами в учебе и, наоборот, затруднения в учебе компенсируются определенными формами поведения, смелыми поступками, озорством и т. д. Считают, что, пока поведение способствует социальной адаптации, — это реакция компенсации, если же эти реакции приводят к дезадаптации, то речь идет о реакции гиперкомпенсации. Эти поведенческие реакции могут быть как вариантами нормального поведения, так и патологическими реакциями.

Патологические поведенческие реакции характеризуют следующие признаки: 1) склонность к генерализации, т. е. они могут возникать в разных ситуациях и в связи с неадекватными причинами; 2) склонность к повторению однотипных поступков по разному поводу; 3) превышение определенного “потолка” нарушений поведения; 4) нарушение социальной адаптации (А. Е. Личко).

459

28.1.2. Этиология и патогенез

Причиной реактивных психозов является психическая травма, однако одна и та же психическая травма не у каждого человека вызывает реактивный психоз и даже не всегда у одного и того же человека. Все зависит не только от психической травмы, но и от ее значимости в данный момент для данного человека и еще от состояния нервной системы этого человека. Конечно, легче возникают болезненные состояния у людей, ослабленных соматическими болезнями, длительным недосыпанием, утомлением, эмоциональным напряжением.

Для таких реактивных психозов, как аффективно-шоковые реакции, не имеют большого значения премор-бидные особенности личностей. В данной ситуации действует сила и значимость психической травмы — угроза жизни.

При истерических психозах болезнь возникает по механизмам внушения и самовнушения и по механизмам защиты от непереносимой для личности ситуации. В возникновении истерических психозов, по-видимому, играет роль механизм представления о психических болезнях, распространенный у недостаточно грамотных и образованных людей: “сошла с ума” и “стал глупым”, “превратился в ребенка”, “стал как зверь”. Чем образованнее становится общество, тем реже наблюдаются столь примитивные формы реагирования.

Истерические психозы утратили свое своеобразие и четкость.

В ситуациях субъективно значимых значительная роль принадлежит преморбидным особенностям личности, уровню ее зрелости.

В результате проведенных исследований было обнаружено, что некоторые лица могут заболеть реактивной депрессией только в ситуации “эмоционального лишения”.

Черты характера у этих людей близки к гармоничным, но они прямолинейны, ригидны, бескомпромиссны. Инертность в мышлении, повышенная самооценка, подозрительность способствуют возникновению реактивных пара-ноидов.

Отмеченные при реактивных психозах биохимические, патофизиологические и иммунологические изменения связаны с особенностями генотипа.

460

* + 1. Дифференциальный диагноз

Диагностика реактивных психозов, как правило, больших затруднений не вызывает. Психоз развивается после психической травмы, в клинической картине отражаются переживания, связанные с психической травматизацией. Эти признаки не являются бесспорными, так как психическая травма может спровоцировать иное психическое заболевание: маниакально-депрессивный психоз, шизофрению, сосудистый психоз и т. д. Большое значение для диагностики имеет структура синдромов психогенных расстройств. Типичны центрированность всех переживаний и тесная связь всех расстройств с аффективной симптоматикой, которая определяется более или менее выраженной аффективной суженностыо сознания. Если в бредовых расстройствах появляется иная фабула, не связанная с психической травмой, это дает основание заподозрить заболевание непсихогенной природы.

* + 1. Распространенность и прогноз

Конкретных сведений о распространенности реактивных психозов нет. Считается, что женщины заболевают ими в два раза чаще, чем мужчины. Имеются данные, что среди реактивных психозов наиболее часто отмечаются реактивные депрессии и они составляют в последние десятилетия 40—50% всех реактивных психозов.

Прогноз реактивных психозов обычно благоприятен, после исчезновения или дезактуализации психической травмы проявления болезни исчезают. Полному выздоровлению предшествуют более или менее выраженные астенические проявления. Отмечено, что некоторые варианты реактивной депрессии при выздоровлении проходят этап истерической симптоматики, при этом у больных чаще возникают истерические формы поведения.

У небольшой относительно части больных не наступает полного выздоровления, течение болезни принимает хронический характер, и постепенно на смену психогенным симптомам болезни появляются расстройства характера, происходит психопатизация больного или начинается постреактивное аномальное развитие личности. В зависимости от преобладания патохарактерологических расстройств выделяют астеническое, истерическое, обсессивное, эксплозивное

461

и паранойяльное развитие. Симптомы аномального развития свидетельствуют о том, что картину болезни определяют негативные симптомы, с появлением которых прогноз значительно ухудшается.

28.1.5. Лечение

Лечение реактивных психозов комплексное и зависит от ведущего клинического синдрома и сроков развития болезни.

При аффективно-шоковых реакциях и острых реактивных параноидах с выраженным психомоторным возбуждением больной нуждается в немедленном стационировании в психиатрическую больницу. Аффективные расстройства и возбуждение купируются внутримышечным введением нейролептиков — аминазина в дозе 100—300 мг/сут, ти- зерцина — 50—150—200 мг/сут.

При истерических психозах назначаются производные препараты фенотиазина: меллерил, сонапакс, неулептил, терален в среднетерапевтических дозах, рекомендуется внутримышечное введение аминазина и тизерцина в дозах от 100 до 300 мг/сут.

На всех этапах развития реактивных психозов проводится психотерапия. На первом этапе развития реактивной депрессии психотерапевтическое воздействие носит успокаивающий характер, в дальнейшем перед врачом стоит задача создать для больного новую

жизненную цель, новую жизненную доминанту. При этом следует учитывать возможности больного и ориентировать его на вполне достижимые цели.

При тяжелых реактивных депрессиях с тревогой рекомендуется назначение амитриптилина в дозах до 150 мг/сут с тераленом или сонапаксом до 30 мг/сут. При более легких депрессивных состояниях показан пиразидол до 100— 200 мг/сут с добавлением малых доз нейролептиков (тера-лена 15 мг/сут, сонапакса 20 мг/сут). В некоторых случаях к антидепрессанту целесообразно добавлять по нескольку капель 0,2% раствора галоперидола, с помощью которого достигается успокаивающий эффект при тревоге, но отсутствует седативное действие, как при транквилизаторах.

При легких депрессиях у пожилых, особенно у мужчин, целесообразно назначение азафена в дозах до 200— 300 мг/сут.

При реактивных параноидах необходима интенсивная терапия нейролептическими препаратами. Г. Я. Авруцкий

462

считает, что наряду с нейролептиками седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен) следует сразу назначать внутримышечно такие препараты, как трифтазин (до ЗОмг/сут), галоперидол (до 15мг/сут).

При лечении реактивных психозов у лиц в инволюционном возрасте психотропные препараты применяют осторожно и в меньших дозах, так как часто отмечается повышенная чувствительность в этом возрасте к лекарствам. Это относится и к терапии больных в старческом возрасте.

Реактивная депрессия у подростков мало поддается терапии антидепрессантами, большое значение имеет активная психотерапия. Смягчить напряженный аффект у подростка можно малыми дозами амитриптилина или транквилизаторами (тазепам, седуксен, элениум).

При делинквентном эквиваленте реактивной депрессии целесообразно назначать корректоры поведения: неулептил, меллерил в дозах до 40 мг/сут.

Психотерапия у подростков должна быть направлена на поиск выхода из сложившейся ситуации, при неразрешимости ее — на создание новой жизненной цели в другом, доступном подростку направлении.

При реактивных параноидах необходимо назначение нейролептиков внутримышечно для подавления тревоги и страха. Психотерапевтические беседы должны носить вначале успокаивающий характер, а в дальнейшем рациональная психотерапия должна быть направлена на формирование критического отношения к бредовой симптоматике.

У подростков большое значение имеет групповая и семейная психотерапия.

28.1.6. Экспертиза

Трудовая экспертиза. Во время реактивного психоза больные нетрудоспособны. При затяжных реактивных психозах или аномальных постреактивных (особенно ипохондрических) развитиях личности больные могут нуждаться в инвалидности, однако этот вопрос должен решаться индивидуально в каждом случае.

С у д е б н о-п сихиатрическая экспертиза. Вопрос о судебно-психиатрической экспертизе может возникать в двух случаях: когда больной, находясь в реактивном психозе, совершил общественно опасное действие и когда реактивный психоз возник после совершения такого действия.

463

Общественно опасные действия в состоянии реактивного психоза совершаются редко, в этих случаях больные признаются невменяемыми в отношении инкриминируемых им деяний.

Если реактивные психозы возникают после совершения правонарушения, то на период болезни возможно временное приостановление уголовного дела до выздоровления подследственного, после чего он снова должен предстать перед судом.

* 1. Неврозы

Неврозы — обратимые пограничные психические расстройства, обусловленные воздействием психотравмирую-щих факторов, протекающие с осознанием больным факта своей болезни, без нарушений отражения реального мира и проявляющиеся в основном психогенно обусловленными эмоциональными и соматовегетативными расстройствами.

В определении В. А. Гиляровского приводится несколько признаков, которые характеризуют неврозы: психогенный характер возникновения, личностные особенности, вегетативные и соматические расстройства, стремление к преодолению болезни, переработке личностью сложившейся ситуации и возникшей болезненной симптоматики. Обычно, давая определение неврозу, оцениваются первые два-три признака, хотя весьма важными для диагностики невроза являются критерий, характеризующий отношение к ситуации возникшей болезни, и борьба с целью ее преодоления.

В связи с этим до этапа сформировавшейся борьбы за восстановление социального статуса больного целесообразнее говорить о невротических реакциях, которые включают вегетативные, сенсомоторные и аффективные расстройства. Переход на идеаторный уровень, т. е. появление оценки болезни и соответствующего ей поведения, свидетельствует о сформировавшемся неврозе.

Этот механизм борьбы и защиты у различных лиц и при разных неврозах отличен. Так, при фобическом неврозе — это формирование ритуалов, при истерическом неврозе — формирование рентных в прямом и косвенном плане установок, часто недостаточно осознаваемых или вытесняемых. Эти клинические особенности рассматриваются как механизмы психологической защиты.

В отечественной психиатрии выделяют три основных 464

невроза: неврастению, истерический невроз, невроз навязчивых состояний. Последние двадцать лет отечественные психиатры стали выделять депрессивный невроз, или невротическую депрессию. В Международную классификацию болезней IX пересмотра включено большое число неврозов: фобии невротические, невроз страха (тревоги), ипохондрический и др. Они чаще являются этапами динамики неврозов.

* + 1. Клинические проявления 28.2.1.1. Неврастения

Этот невроз проявляется повышенной возбудимостью и раздражительностью в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью. Г. Бирд, впервые описавший неврастению, связывал ее с быстрым развитием цивилизации, с тем, что нервная система не в состоянии выдержать растущие требования и темп жизни в капиталистическом мире.

Б. К. Краснушкин, рассматривая причины возникновения неврастении, писал, что физиологическое учение об утомлении свидетельствует против частого наступления переутомления (гиперфатигация) и нервного истощения, так как утомление является защитным сигналом к прекращению деятельности. Однако волевым усилием человек может побороть утомление и продолжить необходимую деятельность — это наблюдается при выполнении большого объема работы в сжатые сроки. Надо думать, что в этих случаях речь идет не только о чрезмерной рабочей, но и аффективной нагрузке, стимулирующей волевое напряжение. Перегрузка при срочной работе, продолжение утомления, часто вынужденная бессонница, лишающая организм отдыха и восстановления сил во сне, уменьшение резервов организма и приводят к нервному истощению. В результате формируется симптоматика, метко оцененная Г. Бирдом и позднее рассматриваемая как общепризнанное стержневое расстройство при неврастении,

— “раздражительная слабость”. Этот симптом неврастении выделял И. П. Павлов, считая его основным признаком, и дал ему четкую характеристику.

Для неврастении, так же как и для других неврозов, характерна последовательность включения систем организма в клиническую картину болезни. На первых этапах появляются вегетативные нарушения, особенностью которых является раздражительная слабость. При волнении или физической нагрузке у больных появляются тахикардия, потливость, похолодание конечностей, нарушаются сон и аппетит. Возникающие вегетативные реакции, неадекватные по силе, быстро исчезают. Больной легко засыпает, но при малейшем шуме просыпается, затем опять достаточно быстро засыпает. Остро возникает чувство голода, но после

465

нескольких ложек съеденной пищи аппетит исчезает и в некоторых случаях появляется отвращение к еде.

Одной из частых жалоб больных неврастенией является жалоба на головную боль. Обычно такие больные говорят, что голову сдавливает, сжимает, как обручем. Эти ощущения усиливаются при волнении, при попытке продолжать работу, на чем-либо сосредоточиться. В ряде случаев головная боль носит пульсирующий характер, пульсация совпадает с шумом в ушах. Е. К. Краснушкин писал, что головная боль, правильнее, ненормальное ощущение, появляется как сигнал утомления при всякой умственной деятельности. У больных неврастенией головная боль принимает характер раннего вегетативного расстройства.

На следующем этапе развития неврастении появляются сенсомоторные расстройства: повышение чувствительности к различным раздражителям, к ощущениям со стороны внутренних органов. Больные начинают жаловаться, что плохо переносят перепады температуры, им зябко в прохладную погоду, жалуются, что при жаре у них повышенная потливость. Яркий свет их раздражает, возникают неприятные ощущения в глазах, головная боль. Шумы, которые раньше были безразличны, становятся неприятными, мешают уснуть, постель кажется слишком жесткой, белье грубым. У больных появляются ощущения шума в ушах, они “чувствуют работу сердца”, в животе “что-то перекатывается”, “сжимается” и т. д. Эти ощущения вызывают у больного ипохондрическую настроенность, еще больше привлекают внимание к работе внутренних органов, что в свою очередь создает условия для понижения порога ощущений и расширения ипохондрических жалоб.

Больным неврастенией становится трудно выполнять мелкие точные движения, долго сохранять однообразную позу. Крайне мучительным становится ожидание. На это расстройство обратил внимание И. П. Павлов, объяснив это тем, что при неврастении страдает внутреннее торможение и поэтому именно ожидание для больных особенно мучительно. Студенты, заболевающие неврастенией, часто отмечают, что они не могут спокойно сидеть на лекции, вынуждены постоянно менять позу, не могут найти удобное положение, что не дает сосредоточиться и мешает окружающим.

В дальнейшем присоединяются аффективные нарушения. Типичной становится “эмоциональная инконтиненция” (О. Бумке). Больные не владеют своими чувствами, они 466

невоздержаны по пустякам, по ничтожному поводу расстраиваются до слез, у них возникают неадекватные реакции обиды, раздражения, но неожиданно они быстро успокаиваются. Самочувствие у больных крайне неустойчивое, подвержено значительным колебаниям в зависимости от внешних причин. Однако настроение чаще пониженное, но не тоскливое, с недовольством собой и постоянной готовностью ответить реакцией обиды и раздражения.

По утрам самочувствие чаще бывает плохое, на людях “разгуливаются” и первое время чувствуют себя лучше, но с появлением утомления возвращаются симптомы болезни.

Если больной неврастенией продолжает выполнять (вернее, пытается) прежние обязанности, то, кроме усиления вегетативной, сенсомоторной и аффективной симптоматики, на первый план начинают выступать затруднения в интеллектуальной деятельности, т. е. появляется идеаторный уровень неврастенических расстройств. Это выражается в жалобах на затруднение усвоения материала при обучении. Больные не могут сосредоточить внимание на более или менее непродолжительный срок.

Включившись в работу, уже через несколько минут они ловят себя на мысли, что думают о другом, не могут воспроизвести прочитанное, затем нарушается память на отвлеченные понятия, номера телефонов, имена, даты и т. д.

При попытке заставить себя работать появляются неприятные ощущения в голове, раздражительность, недовольство собой и окружающим, слабость, чувство разбитости. Испытывая недовольство своей непродуктивностью, больные неврастенией строят нереальные планы, пытаются наверстать упущенное, берутся сразу за несколько дел, но ни одно не могут довести до конца из-за отвлекаемое™ и появляющихся симптомов болезни. Неудачи, как правило, ухудшают самочувствие и настроение, убеждают в полной несостоятельности.

Общение с друзьями, веселые компании, которые раньше доставляли удовольствие, иногда на короткий срок захватывают больного, но все быстро начинает надоедать и раздражать, вызывает головную боль, приводит к конфликтам, так как здоровые люди не могут понять изменившееся состояние и поведение больного.

Больной неврастенией склонен к анализу своих ощущений, которые, как указывалось ранее, не доходили до сознания больного: шума в ушах, различных ощущений в области сердца, кишечника и т. д. Больной с тревогой при-

467

слушивается к этим ощущениям, мрачное настроение рождает мысли о серьезных и опасных болезнях, причем больной находит у себя все признаки этих заболеваний. В связи с неустойчивостью внимания мысли о болезнях часто меняются: то больной думает о раке желудка, то о сердечном заболевании, то еще о каком-либо страдании.

При длительном течении неврастении наблюдается расширение симптоматики за счет присоединения других невротических расстройств. Этому обычно способствуют дополнительные экзогенные вредности, соматические заболевания, отсутствие правильного лечения и др.

В ряде случаев под влиянием дополнительных экзогенных воздействий на основе уже существующей неврастении может возникнуть и закрепиться иная невротическая симптоматика, например, истерические невротические реакции, что дало основание ряду авторов оценивать неврастению как пре-невротическое состояние, предшествующее другим неврозам.

Обычно выделяют два варианта неврастении: невроз истощения, причиной которого являются непомерные, главным образом интеллектуальные, нагрузки, и реактивную неврастению, обусловленную травмирующими ситуациями с предшествующими астенизирующими факторами в виде недосыпания, соматической болезни, утомления и др.

Это деление носит условный характер, так как при неврозе истощения обычно имеется и реактивный компонент — тревога за успех исполнения работы в связи с ограниченными сроками, страх за качество работы, последствия при невыполнении работы в указанное время и т. д. Это особенно выражено у студентов, которые в связи с переходом на другой факультет или в другой вуз вынуждены изучать больше дисциплин, сдавать дополнительное число зачетов и экзаменов в ограниченный период времени. При этом большую роль играет эмоциональный фактор — страх перед последствиями неудачи.

В отечественной литературе принято выделять г и π о-и гиперстеническую неврастению. Правильнее рассматривать эти формы как стадии в динамике заболевания. Для

гиперстенической формы неврастении характерны раздражительность, повышенная чувствительность к внешним раздражителям, склонность к аффективным реакциям, нарушение внимания и др. При гипостенической неврастении ведущими являются снижение трудоспособности, постоянное чувство усталости, вялость, иногда сонливость, понижение интереса к окружающему, быстрая исто-

468

щаемость при любой деятельности. В процессе развития заболевания возможны переходы из гиперстенической формы в гипостеническую.

Течение неврастении может стать неблагоприятным, затяжным с усложнением невротической симптоматики.

При катамнестическом обследовании отмечают благоприятный исход неврастении. Так, по данным некоторых авторов, через 10—25 лет 49,6 % больных были здоровы, у 24,8% отмечалось стойкое улучшение.

* + - 1. Истерический невроз

Древнегреческие врачи возникновение у женщин истерии связывали с нарушениями функции матки. Истерический невроз (hysteria; от греч. hystera — матка) — это невроз, проявляющийся полиморфными функциональными психическими, соматическими и неврологическими расстройствами и характеризующийся большой внушаемостью и самовнушаемостью больных, стремлением любой ценой привлечь к себе внимание окружающих. Этим объясняется многообразие и изменчивость истерических расстройств. “Истерия — это протей, который принимает бесконечное множество различных видов; хамелеон, который беспрестанно меняет свои цвета” (Т. Сиденгам). Симптомы истерии обычно напоминают проявления самых различных болезней, поэтому Ж. М. Шарко назвал ее “великой симулянткой”.

Французские психиатры (П. Жанэ, Д. Дюпре и др.) выделяли основные симптомы истерии: сужение сознания до возможности восприятия только узкого круга переживаний и отрыв идей и целых функций от личности и в связи с этим неспособность к синтезу; приписывали основную решающую роль особой истерической конституции.

Е. К. Краснушкин, опираясь на опыт мировой войны, писал, что для возникновения истерической реакции и истерического соматического расстройства часто не требуется истерической конституции, причины чаще лежат в биологических пластах психики.

Э. Крепелин считал, что для истерии характерно распространение эмоций на все области психических и соматических функций и превращение их в симптомы болезни, которые соответствуют искаженным и преувеличенным формам душевных волнений. Так, по мнению Э. Крепе-лина, у каждого человека при сильном волнении могут исчезнуть голос, подкоситься ноги и т. д. У истерической личности в результате лабильности всей психической деятельности эти нарушения возникают легко и при ничтожных поводах закрепляются. Э. Крепелин оценивал эти особенности психической деятельности как приспособительные формы защиты.

К. Бонгеффером (1911) была предложена так называемая теория желания истерии, которая основывалась на том, что при истерических расстройствах всегда чувствовалось желание болезни, было что-то искусственное, утрированное, показное изображение страдания.

469

К истерическим расстройствам склонны лица с признаками психического инфантилизма с эмоциональной лабильностью, аффективной незрелостью, непосредственностью эмоциональных реакций, впечатлительностью и живостью. Истерические расстройства чаще наблюдаются у женщин.

При истерическом неврозе наблюдаются три основные группы симптомов: вегетативные, двигательные и сенсорные. Все они напоминают соматические и неврологические заболевания.

Вегетативные расстройства часто бывают в виде обмороков, вегетативных кризов с сердцебиением, головокружением, тошнотой, рвотой, в виде спазмов в желудке и т. д. Двигательные расстройства обычно наблюдаются в виде гиперкинезов или непроизвольных движений (дрожь, вздрагивание) и симптомов выпадения движений — акинезии (парезы и параличи). Гиперкинезы носят характер тиков, грубого ритмичного тремора головы и конечностей (который усиливается при фиксации внимания), блефаро- спазма, хореоформных движений и подергиваний, более организованных и стереотипных, чем при хорее. Истериче,-ские гиперкинезы зависят от эмоционального состояния, они временно ослабевают или могут исчезнуть при переключении внимания или под влиянием психотерапии.

Истерические параличи могут иметь характер моно-, теми- и параплегии и напоминать в одних случаях центральные спастические, в других — вялые периферические параличи. Топография истерических параличей обычно не соответствует расположению иннервации или локализации очага в центральной нервной системе. Они охватывают либо всю конечность, либо ее часть, ограниченную суставом. Не обнаруживаются и патологические рефлексы или изменения сухожильных рефлексов при истерических параличах. Атрофии мышц обычно незначительны, обусловлены бездействием.

Сенсорные нарушения проявляются расстройствами чувствительности (анестезии, гипер- и гипестезии) и болевыми ощущениями в различных частях тела. Чаще всего наблюдаются нарушения чувствительности конечностей. Распределение этих нарушений часто носит произвольный характер и зависит от того, как больной представляет себе это нарушение, поэтому для больных истерией характерны анестезии в виде носков, чулок, перчаток, жилетки, пояса, половины лица и т. д.

Истерические алгии (боли) могут наблюдаться 470

в любой части тела (головные боли, боли в спине, суставах, конечностях, сердце, языке, в области живота). Имеются описания характерного для больных истерией вида живота (“шахматная доска”), деформированного рубцами после многочисленных лапаротомий. Подобные состояния описаны под названием синдрома Мюнхаузена. Больные с этими расстройствами кочуют из одной хирургической клиники в другую с единственной целью подвергнуться оперативному вмешательству. Каждый раз при поступлении в стационар они сообщают вымышленные сведения о своей жизни и истории заболевания. Кроме анестезий и алгий, при истерическом неврозе наблюдается утрата функций органов чувств: глухота, слепота, концентрическое сужение поля зрения (при этом больные видят окружающее как бы через трубу), истерическая скотома, амавроз.

При истерическом неврозе при воздействии острой психической травмы могут возникать генерализованные судорожные движения, сопровождающиеся вегетативными расстройствами и нарушением или сужением сознания, которые приобретают картину истерического припадка. В отличие от эпилептического припадка в этих случаях сознание не утрачивается полностью и больной падает, не получая повреждений и сохраняя способность воспринимать и оценивать происходящее вокруг. В связи с этим чем больше волнений у окружающих вызывает припадок, тем ο%дольше может продолжаться.

В связи с патоморфозом истерических расстройств в настоящее время редко можно наблюдать клиническую картину развернутого истерического припадка.

Истерический припадок в современных проявлениях истерического невроза чаще напоминает гипертонический криз, сердечный приступ или какой-либо другой вегетососудистый пароксизм, возникающий в связи с травмирующей ситуацией. В структуре истерических припадков часто наблюдается тотальный тремор — “трясучка всем телом” или подергивание частей тела, которые врачами общего профиля часто не оцениваются как проявления истерической симптоматики.

В патоморфозе истерических расстройств, несомненно, большую роль играют популярные лекции на медицинские темы, повышение общеобразовательного уровня населения, привлечение внимания к наиболее серьезным и опасным заболеваниям.

Вместо потери чувствительности по типу носков, пер- 471

чаток, жилеток и т. д., которые были описаны психиатрами ранее, сейчас наблюдаются онемение конечностей, ощущение ползания мурашек, покалывание, чувство жара или холода в одной или обеих конечностях. Эти ощущения могут быть похожи на органические расстройства и затрудняют своевременную диагностику.

Типичные параличи и парезы, астазия-абазия наблюдаются редко. У больных преобладают слабость в руках и ногах, обычно возникающая при волнениях. Больные отмечают, что ноги делаются как ватные, подкашиваются, одна нога вдруг делается слабой, заплетается или появляются тяжесть, пошатывание при ходьбе. Эти расстройства содержат элемент демонстративности: когда за больным наблюдают, они становятся наиболее отчетливыми.

Вместо мутизма (невозможности говорить) в настоящее время чаще наблюдаются заикание, запинки в речи, трудности в произношении отдельных слов и т. д.

Затруднения в правильной оценке состояния обусловлены и тем, что после неоднократных бесед с врачом, особенно если последний допускал деонтологические ошибки, больной начинает отрицать психогенный характер расстройств.

При истерическом неврозе больные, с одной стороны, всегда подчеркивают исключительность своих страданий, говорят об “ужасных”, “непереносимых болях”, “сотрясающем ознобе”, подчеркивают необыкновенный, неизвестный ранее характер симптомов и т. д., с другой — они как бы безразличны по отношению к “парализованной конечности”, не тяготятся “слепотой” или мутизмом.

Аффективные нарушения характеризуются лабильностью эмоций, быстрой сменой настроения, склонностью к бурным аффективным реакциям со слезами, часто переходящими в рыдания.

Течение истерического невроза бывает волнообразным. При неблагоприятно складывающихся обстоятельствах истерическая невротическая симптоматика усиливается и постепенно на первый план начинают выступать аффективные расстройства. В интеллектуальной деятельности появляются черты эмоциональной логики, в поведении — элементы демонстративности, театральности со стремлением любой ценой привлечь к себе внимание, эгоцентрическая оценка себя и своего состояния.

У больных повышается чувствительность к внешним раздражителям, впечатлительность со склонностью к непосредственному реагированию на происходящие события.

472

Психогенный характер вегетативно-соматических расстройств при истерическом неврозе дал основание оценивать их как конверсионные нарушения. О конверсии (от лат. conversio

* обращая, направляя) говорят в тех случаях, когда под влиянием эмоциональных факторов возникают изменения физического самочувствия. Большинство психиатров, кроме французских, ограничивают конверсию симптомами, проявляющимися в функциях, регулируемых и зависящих от воли человека.

Конверсионные симптомы делят на три группы: нарушения двигательных актов, расстройства чувствительности и всех форм поведения и оценки окружающего. В отечественной литературе сравнительно редко используют термин “конверсия”. Чаще всего, оценивая вегетативно-соматические нарушения при неврозах, используют объяснение П. К. Анохина, который, ссылаясь на Ланге и критикуя термин “задержанные эмоции”, писал, что эмоцию, эмоциональный заряд, если он возник у человека, задержать невозможно — можно задержать только внешние проявления эмоций, например мимику и

др., в остальном он все равно разрешится, включая самые периферические аппараты, найдя выход по вегетативным путям, создавая вегетативно-соматические расстройства, характерные для неврозов.

* + - 1. Невроз навязчивых состояний

Невроз навязчивых состояний — общее название неврозов, проявляющихся навязчивыми страхами, представлениями, воспоминаниями, сомнениями и т. д.

Болезнь обычно начинается с навязчивого страха — фобии. П. Жанэ (1903) выделил навязчивые состояния в самостоятельное заболевание под названием “психастения”. В настоящее время этот термин используется для обозначения конституциональных психопатий. В нашей стране используется термин немецких авторов “невроз навязчивости”.

При этом неврозе могут наблюдаться навязчивые страхи, обсессивные состояния с навязчивыми мыслями, идеями, представлениями, влечениями и действиями (компульсивные расстройства). При длительном наблюдении за больными с этими расстройствами прослеживается определенная последовательность появления симптомов невроза. На первых этапах возникают фобии, затем навязчивые компульсивные расстройства (типа контрастных влечений) и позднее — другие навязчивые состояния типа обсессивных расстройств.

473

При формировании фобий наблюдается характерная для всех неврозов последовательность в возникновении расстройств. На фоне возникших вегетативных, сенсомоторных и аффективных расстройств появляется навязчивая мысль, т. е. включается идеаторный компонент и этим завершается формирование фобии.

В начале болезн'и фобии возникают по механизму условного рефлекса в идентичных ситуациях, затем условия возникновения страха расширяются. Эта особенность дала основание Η. Μ. Асатиани (1967) выделить три стадии в развитии фобического этапа невроза навязчивых состояний. Для первой стадии характерно возникновение страха при непосредственном столкновении с травмирующей ситуацией, например при поездке в метро, где возник страх. Во второй стадии фобии возникают уже при ожидании встречи с травмирующей ситуацией, т. е. при ожидании поездки в метро. И для третьей стадии характерно возникновение страха при одном только представлении о возможности этой ситуации.

Типичным для развития фобических расстройств является расширение ситуаций, вызывающих страх: вначале больной испытывает страх ездить в метро, затем в электричке, травмае и т. д. Раширение ситуаций зависит от фабулы страха, но чаще всего бывают следующие мысли: “водитель не успеет открыть автоматически закрывающиеся двери”, “большое расстояние между станциями в метро, не успеют оказать помощь, если сделается плохо”. Часто больные с ипохондрическими фобиями, чаще кардиофобиями, выбирают специальный маршрут, где по пути имеются медицинские учреждения или аптеки, чтобы обезопасить себя на случай плохого состояния.

При неврозе навязчивых состояний фобии чаще моно-морфны. Среди фобий наблюдаются страхи пространства и положения — агорафобии, клаустрофобии, страх транспорта и др., наряду с этим бывает страх неспособности выполнения привычных функций, обусловленный тревожным ожиданием неудачи (невроз ожидания). Невроз ожидания может распространяться как на физиологические функции, так и на профессиональные действия. Возможны так называемые социофобии: страх публичных выступлений, страх покраснеть, быть неловким или проявить замешательство в обществе и этим обратить на себя внимание. При этом у больных появляется внутренняя напряженность, скованность. К навязчивым страхам обычно присоединяются различ-

474

ные защитные действия — ритуалы. На начальном этапе болезни ритуалы носят характер прямой защиты (по Η. Μ. Асатиани) , которая выражается в избегании травмирующей ситуации с последующим усложнением защитных действий. Например, мытье рук при страхе загрязнения, выбор маршрута поездки при кардиофобиях или поездка только в сопровождении человека, который сможет оказать помощь, и т. д. Однако при фобическом неврозе ритуалы не носят символического характера, а всегда конкретны и обоснованны.

Обычно больные сохраняют критическое отношение к навязчивым страхам, и это является отличительной особенностью навязчивостей. Только на высоте страха, на короткий период может утрачиваться критическое отношение.

Так, больной с кардиофобией, оставшись один в квартире, подумал, что он один и никто ему не поможет, если будет плохо. Сразу же возникли сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, казалось, что сердце то бьется, то останавливается. Больной покрылся холодным потом, пальцы казались посиневшими, он решил, что умирает, выскочил на улицу полуодетым и в страхе пробежал около километра до поликлиники. Как только вступил на ее порог, страх исчез и появилось критическое отношение к случившемуся. Врачу с юмором говорил: “Думал, что инфаркт, а бежал с такой скоростью, не жалея сердца”.

Некоторые больные сами рассказывают о своих защитных действиях, а других врач должен уметь расспросить о них. Часто больные сами создают себе систему защитных мероприятий и успешно справляются со страхами.

Особое место в этом ряду занимает страх сойти с ума и потерять контроль над своим поведением. Это обычно появляется при усложнении навязчивостей и возникновении навязчивых контрастных влечений (желание сделать недозволенное, противоречащее установкам личности).

28.2.1.4. Депрессивный невроз (невротическая депрессия)

Невротическая депрессия — психогенно обусловленная легкая форма депрессии с преобладанием грустного настроения, адинамии, нередко с навязчивыми идеями и ипохон-дрически-сенестопатическими явлениями.

При невротической депрессии, как и при других неврозах, на первом этапе отмечается значительная выраженность вегетативно-соматических нарушений (этап соматических жалоб).

Невротическая депрессия чаще развивается у людей, в преморбидном состоянии которых отмечаются прямолинейность, ригидность, гиперсоциальность, бескомпромиссность.

475

Этим лицам свойственна аффективная насыщенность переживаний со стремлением тормозить внешние проявления эмоций. Психотравмирующие ситуации, как правило, длительные, субъективно значимые, неразрешимые и в значительной степени обусловленные преморбидными особенностями личности больных.

Выделяют два варианта ситуаций, приводящих к невротической депрессии: 1) “неудачна вся жизнь больного” (О. В. Кербиков); при этом во всех сферах деятельности больного складываются неблагоприятные взаимоотношения; 2) больной вынужден жить в ситуации эмоционального лишения, которое обусловлено длительной разлукой, отсутствием эмоционального контакта с близкими, взаимоотношениями, которые надо скрывать, неудовлетворенностью жизнью, отсутствием эмоциональной отдушины в жизни и др.

Психотравмирующие ситуации существуют долго, отрицательные эмоции, вызванные ими, подавляются больным. Однако отрицательные эмоции подавить невозможно. При подавлении эмоциональный разряд разрешается по вегетативным путям, и у больного возникают вегетативно-соматические расстройства (П. К. Анохин). Это и наблюдается на первом этапе невротической депрессии.

У больных появляются вегетодистонические расстройства, колебания артериального давления, сердцебиения и головокружения или дисфункции желудочно-кишечного тракта. С жалобами на эти нарушения больные обычно обращаются к терапевтам, получают симптоматическое лечение. После этого этапа начинает нарастать пониженное настроение, которое сами больные редко связывают с травмирующей ситуацией, а врачи склонны объяснять соматическим состоянием, так как у больного наблюдается стойкая гипотония и явления спастического колита.

Тоска обычно неглубокая, больные жалуются на грусть, утрату радости от житейских удач, снижение активности. Речи о психогенной ситуации обычно не бывает. На “отсутствие осознания причин болезни” обращали внимание все специалисты, изучающие невротическую депрессию.

Почти у всех больных наблюдаются нарушения сна. Чаще отмечается затрудненное засыпание, больные не могут отрешиться от событий прошедшего дня или нарушения носят характер невроза ожидания.

Более мучительными для больных бывают пробуждения среди ночи или в ранние утренние часы, которые сопровождаются чувством тревоги и сердцебиением, од- 476

нако “страха за сердце” и ипохондрической фиксации на неприятных ощущениях в сердце не возникает.

Ухудшение самочувствия в утренние ча-с ы считается типичным депрессивным расстройством. Однако у этих больных по утрам не отмечается усиления тоски или тревоги, чаще они испытывают слабость и разбитость, как больные неврастенией. Значительное число больных отмечают снижение активности, но это касается установления контактов, выбора развлечений. У большинства наблюдается “бегство в работу”, особенно если травмирующая ситуация носит се-мейно-сексуадьный характер. Только на работе такие больные чувствуют себя здоровыми.

“Бегство в болезнь” встречается крайне редко, только на этапе перехода невротической депрессии в невротическое истерическое развитие личности.

Типичным для невротической депрессии является симптом, условно названный нами “надежда на светлое будущее” (Н. Д. Лакосина). Он характеризуется тем, что у больных нет тоскливой оценки будущего, их не беспокоит мысль о беспреспективности ситуации и состояния. Даже при явно неразрешимой ситуации они как бы не замечают и не учитывают ее при построении планов на будущее.

Течение депрессии волнообразное, при ее нарастании появляестя слезливость. Больные по любому поводу и без повода не могут удержать слезы. Именно слезливость часто приводит таких больных к врачам.

При длительном течении невротической депрессии на этапе перехода в невротическое развитие личности появляется расстройство, условно названное нами “б о л т л и-в о с т ь”. Малоразговорчивые, склонные скрывать свои переживания люди начинают рассказывать часто малознакомым людям о своих душевных переживаниях, о неблагополучии в семье и т. д. Возникшая “болтливость” была несвойственна им ранее и воспринимается ими как чуждая, как проявление болезни. Больные стараются с ней бороться, стыдятся непривычной словоохотливости. После приступа говорливости ругают себя за это, затем вновь не могут не “болтать”. Речь в эти периоды ускоренная, сами они выглядят оживленными. Невротическая депрессия является одним из вариантов психогенных расстройств на невротическом уровне.

Для структуры самого синдрома невротической депрессии характерны следующие особенности: отсутствие аффекта

477

тоски, проецируемого в будущее, и отражение психогенной ситуации в высказываниях больных. Снижение активности и инициативы долго носит парциальный характер, имеет место “бегство в работу”. Указанные особенности синдрома невротической депрессии помогают отдифференцировать его от депрессивных состояний иного генеза.

28.2.2. Сравнительно-возрастные особенности неврозов

Депрессивный невроз возникает в позднем возрасте в связи со стойкой, трудноразрешимой травмирующей ситуацией, выходящей за рамки проблем личности стареющего человека. Депрессивный невроз в позднем возрасте обычно развивается медленно. Клиническая картина бывает аморфной, стертой, характеризуется синдромальной незавершенностью и более выраженной тревожностью и слезливостью. Сам субдепрессивный аффект часто сопровождается ворчливостью или апатией, ипохондрическими и астеническими жалобами.

В этом возрасте и в этом состоянии достаточно часто возникают суицидальные мысли, недифференцированные и без тенденции к реализации. Для этого невроза характерны диффузные ипохондрические опасения за свою жизнь и суицидальные мысли.

У лиц позднего возраста депрессивному неврозу сопутствуют близкие к сверхценным идеи ущемленности, невезения, непоправимости случившегося. Сравнительно редко наблюдается тенденция обвинять окружающих в своих неудачах.

В инволюционном и старческом возрасте наблюдается возрастной исход депрессивного невроза — постепенное поглощение его симптоматики нарастающими изменениями психики сосудисто-возрастного генеза.

Клиническая картина депрессивного невроза у детей различна в разные возрастные периоды. У детей дошкольного возраста она атипична, так как из-за незрелости психики депрессивный аффект не может быть дифференцированным: у них преобладают вегетативные расстройства, тревога, страхи, нарушения поведения. Обычно нарушен сон, аппетит, уменьшена масса тела.

К травмирующим ситуациям, приводящим к депрессивному неврозу, относятся потеря родителей, длительная разлука с ними. В зарубежной литературе придают значение раннему сиротству.

478

В младшем и среднем школьном возрасте травмирующей ситуацией являются школьная неуспеваемость, особенно если интеллектуальные возможности ребенка невысокие, а родители предъявляют к нему чрезмерные требования, или переживание ребенком собственного физического дефекта.

В младшем школьном возрасте у одних детей наблюдаются вялость, заторможенность, грусть с оттенком раздражительности, у других преобладают грубость, упрямство, озлобленность по отношению к окружающим. Детей третьей группы характеризуют тревожность, боязливость, нарушения сна, страхи темноты и одиночества, плаксивость. Течение депрессивного невроза у детей кратковременное, но известны случаи затяжного течения с переходом в невротическое развитие личности.

Истерические невротические расстройства у детей представлены вегетативными и сенсомоторными расстройствами: истерической рвотой, задержкой мочи, нарушениями сна, головокружениями, обмороками, сердцебиениями, одышкой, редко сейчас наблюдающимися типичными для истерического невроза нарушениями чувствительности или парезами и параличами. Иногда отмечаются расстройства типа астазии-абазии, ребенок не может ни стоять, ни ходить, при попытке поставить валится на пол, однако в постели свободно двигает ногами.

Чаще встречаются припадки с хаотичным двигательным возбуждением. Они наблюдаются в основном в младшем дошкольном возрасте. В ответ на запрет или какую-то другую неприятность ребенок падает на пол, громко кричит, машет руками и ногами, отбивается

от пытающихся его поднять. Это состояние может пройти, если удастся отвлечь внимание ребенка или оставить его в покое.

После моторного приступа может развиться аффект — респираторный приступ, который характеризуется остановкой дыхания на несколько секунд (до 30 с) и сопровождается цианозом. Иногда на фоне задержки дыхания возникают генерализованные судороги.

Выход из приступа не сопровождается сонливостью и оглушенностью, что отличает его от эпилептиформных припадков.

У подростков клиническая картина истерического невроза идентична его клинике у взрослых.

Астенический невроз у детей характеризуется типичной для взрослых раздражительной слабостью, наиболее отчетливо проявляющейся в вегетативной и моторной симптоматике. У детей, кроме вегетативных расстройств, отмечается

479

неусидчивость, двигательная расторможенность, невозможность длительно сохранять одно положение, находиться без движения.

У детей выделяют невроз страхов и невроз навязчивых состояний. Страхи носят сверхценный характер, обычно связаны с травмирующей ситуацией. У дошкольников это часто страхи темноты, животных, предметов, которые ранее испугали ребенка, часто в страхах фигурируют отрицательные персонажи сказок: “Кащей”, “Баба-яга” и др.

У младших школьников наблюдается страх перед школой, особенно если вначале учитель был несправедлив к ребенку, ругал его или наказывал. Такие дети по утрам уходят из дома, бродят по улицам, затем, опасаясь наказания, убегают или уезжают из дома. У некоторых детей могут утрачиваться навыки опрятности, появляется дневной энурез, энкопрез.

У подростков страхи связаны с опасениями за жизнь, со смертью.

Невроз навязчивых состояний имеет два варианта: об-сессивный и фобический. Обсессивный невроз характеризуется различными навязчивыми действиями — тикообразными подергиваниями, которые воспринимаются как чуждые и болезненные. У школьников навязчивые действия приобретают характер ритуалов, играющих защитную роль от навязчивых страхов и опасений. Например, ребенок моет руки при

страхе заражения. Ритуалы могут носить и символический характер, когда больной, чтобы избежать предполагаемой опасности, совершает сложные действия, дотрагивается или не дотрагивается до определенных предметов и т. д.

При фобическом неврозе у школьников возникает страх загрязнения, острых предметов, страх и тревога за здоровье родителей. В более старшем возрасте появляются ипохондрические страхи, кардио- и канцерофобии и др.

К системным неврозам относят заикание, тики, энурез, энкопрез.

Под невротическим заиканием понимают нарушения ритма и плавности речи, обусловленные судорогами мышц, участвующих в речевом акте.

У детей младшего возраста заикание может возникнуть не только в связи с испугом, но и с разлукой с родителями. В школьном возрасте у заикающихся появляется реакция на дефект речи и как результат этого — логофобия (страх речи), приводящая к школьной дезадаптации.

480

Несмотря на то что заикание относят к системным или моносимптомным неврозам, при нем обычно наблюдаются и другие невротические симптомы: раздражительность, нарушения сна и аппетита, тики, энурез и др.

Кроме невротического заикания, выделяют неврозопо-добное, связанное с резидуально- органическим церебральным поражением различного генеза.

Невротические тики — это различные автоматизированные привычные действия: мигание, подергивание головой, плечами, покашливание, привычка двигать носом. Эти действия первоначально могут иметь защитный характер, а в последующем — зафиксироваться.

Тики возникают обычно в травмирующей ситуации, однако основным является соматическое неблагополучие.

Невротический энурез — психогенно обусловленное неосознанное упускание мочи, чаще в ночное время. Об энурезе можно говорить после достижения детьми четырехлетнего возраста, т. е. того периода, когда ребенок должен контролировать мочеиспускание.

Невротический характер энуреза подвтерждается тем, что он связан с травмирующей ситуацией. Возможно острое начало заболевания при испуге или постепенное — в травмирующей ситуации.

От невротического энуреза отличается неврозоподобный, при котором выявляется резидуально-органическая церебральная симптоматика и отсутствует тесная связь с травмирующей ситуацией.

Невротический энкопрез характеризуется непроизвольным выделением небольшого количества кала при отсутствии каких-либо соматических нарушений, объясняющих это расстройство. Возникновение его наблюдается при длительной конфликтной ситуации в семье, появлении второго ребенка, при чрезмерно строгом воспитании. Часто у детей отсутствует позыв на дефекацию. У младших школьников наблюдается эмоциональная реакция на энкопрез.

Патологические привычные действия. К ним относятся зафиксировавшиеся произвольные действия, характерные для детей раннего возраста: сосание пальца, языка, раздражение половых органов, напоминающее мастурбацию, обкусывание ногтей (онихофагия), которое наиболее часто наблюдается в младшем школьном возрасте. Эти действия наблюдаются в ситуациях эмоционального напряжения у возбудимых и тревожных детей. К патологическим привычным действиям относится три-

16—1039 481

хотилломания (от греч. trichos — волосы + tillo — выдер-гивать) — навязчивое выдергивание волос, часто сопровождаемое невротическими симптомами: расстройствами сна и аппетита у детей дошкольного возраста, страхами, капризностью и двигательной расторможенностью. Трихотиллома-ния чаще наблюдается у девочек. Дети могут выщипывать волосы не только на голове, где образуются плешины, но и брови и ресницы. Нередко дети проглатывают волосы и тогда может образоваться клубок волос, который иногда достигает таких размеров, что приходится прибегать к хирургическому удалению его.

Описаны различные варианты рудиментов трихотилло-маний, которые выражаются в интересе к волосам: накручиванию их, перебиранию пальцами. Своеобразная игра с волосами чаще бывает с матерью или бабушкой, но описаны случаи выдергивания волос не только у себя, но и у кукол и животных (В. М. Быков).

Яктация — ритмичные произвольные раскачивания головой и телом у маленьких детей перед засыпанием. Попытки лишить их этой патологической привычки вызывают плач и бурную реакцию недовольства.

* + 1. Невротическое развитие личности

При длительном и неблагоприятном течении неврозов происходят изменения в клинической картине. Как уже отмечалось, при затяжном неврозе расширяется невротическая симптоматика, при невротическом развитии личности один из невротических синдромов при воздействии патогенных факторов, подчиняясь законам синдромокинеза (при соблюдении закономерности формирования психических функций в онтогенезе), начинает “двигаться”, усложняться. Этот развивающийся синдром в

дальнейшем будет определять структуру патохарактерологических расстройств невротического развития личности.

Клинически это обычно проявляется в возникновении на фоне затяжного невроза с полиморфной невротической симптоматикой патохарактерологических реакций.

О. В. Кербиков считал, что невротическое развитие — это промежуточные клинические формы между неврозами и психопатиями и в их проявлениях находят отражение как признаки невроза (парциальность расстройств, критическое к ним отношение), так и психопатии.

Выделяют истерическое невротическое развитие лич- 482

ности, для которого характерно появление демонстративно-сти, театральности, склонности к бурным аффективным реакциям, эмоциональной логики; обсессивное невротическое развитие, характеризующееся, с одной стороны, тревожностью, неуверенностью в себе, с другой — склонностью ограничивать себя ото всех нагрузок из- за опасения вновь заболеть, и эксплозивное развитие, характеризующееся склонностью к взрывчатости, ригидности, застреванию на отрицательных эмоциях, к сверхценным ипохондрическим реакциям.

* + 1. Этиология и патогенез

Основной причиной возникновения неврозов является психическая травма, но такая прямая связь наблюдается сравнительно редко. Возникновение невроза обусловлено часто не прямой и непосредственной реакцией личности на неблагоприятную ситуацию, а более или менее длительной переработкой личностью сложившейся ситуации и неспособностью адаптироваться к новым условиям.

Можно представить соотношение психической травмати-зации и личностных особенностей при возникновении невроза следующим образом: чем больше предрасположенность, тем меньшая психическая травма достаточна для развития невроза. Психическая травма при неврозах всегда субъективно значима, и для различных личностей психо-травмирующее значение имеют разные стороны и последствия одной и той же, казалось бы, психической травмы.

Понятие “предрасположение к неврозу” неоднозначно, оно складывается из факторов наследственности, особенностей формирования личности, уровня ее зрелости и асте- низирующих факторов, непосредственно предшествующих неврозу. Несомненно, могут наследоваться некоторые личностные особенности, такие как замкнутость, робость, тревожность, взрывчатость, педантичность и др., хотя эти черты могут возникнуть под влиянием постоянных контактов с родителями, имеющими такие же особенности личности.

В возникновении неврозов имеют значение задержки психического развития именно некоторых личностных структур с сохранением инфантильных черт. При сохранении у взрослого человека тех или иных инфантильных черт имеет значение возраст, когда ему пришлось пережить неблагоприятные ситуации, нарушившие формирование личности. 16\* 483

Замедление формирования личности на аффективном этапе приводит к сохранению у взрослого человека эмоциональной лабильности, непосредственности реагирования на ситуацию, преобладанию эмоциональных оценок над интеллектуальными. Задержка развития на идеаторном этапе может привести к сохранению таких особенностей, как склонность к рассуждательству, отвлеченности, нерешительности и сомнениям.

Большую роль в формировании личности и ее нарушений играет воспитание ребенка в семье. При гиперопеке, когда родители подавляют активность ребенка, навязывают ему собственные интересы, решают за него все проблемы, предъявляют повышенные требования к успехам в школе, унижают его достоинство, формируются такие черты, как

робость, нерешительность, неуверенность в своих силах, безынициативность, трудности общения со сверстниками. Эти особенности предрасполагают к формированию фобического и обсессивного неврозов.

При воспитании ребенка по типу “кумир семьи”, ребенок не получает никаких запретов, им восторгаются окружающие, внушают, что он необыкновенно хороший и способный. В результате такого воспитания вырабатываются такие черты, как эгоизм, эгоцентризм, стремление привлекать к себе внимание и др. Эти черты характера чаще предрасполагают к возникновению истерического невроза.

При формировании неврозов прослеживается определенная последовательность включения в структуру болезни различных систем. Эта последовательность не случайна, она имеет место в формировании психологически адекватных реакций на значимую ситуацию. Так, под влиянием ожидания какого-то важного события вначале появляется вегетативная реакция (сердцебиение, замирание сердца, потливость), затем сенсомоторная (суетливость, чувствительность к внешним раздражителям и др.), далее эмоциональная (тревога, эмоциональное напряжение, огорчение и т. д.). При неблагоприятном исходе ожидаемого события происходит интеллектуальная обработка и оценка происшедшего. У здорового человека эти реакции исчезают в более или менее короткий срок.

Выявленная последовательность важна в диагностическом плане, так как она наиболее отчетливо выявляется именно при неврозах.

484

* + 1. Дифференциальный диагноз

При неврозах возникают большие диагностические трудности, так как четкой связи между клинической картиной невроза и психической травматизацией часто выявить не удается.

Для диагностики имеет значение определенная последовательность формирования расстройств с включением вегетативных, сенсомоторных, аффективных и идеаторных. Это наиболее отчетливо выявляется на начальных этапах развития невроза. При неврозоподобной шизофрении в инициальном периоде часто выявляются деперсонализационные и аффективные эпизодические расстройства.

При неврозоподобных расстройствах часто обнаруживается несоответствие между выраженностью невротической симптоматики и реакцией личности на болезнь, приводящую к инвалидизации.

* + 1. Распространенность

Точных данных о распространенности неврозов среди населения нет. Сведения об учтенных случаях имеются по отдельным регионам: от 15,8 до 21,8 на 1000 населения. Среди психических заболеваний на долю неврозов приходится 20—25% (Б.Д.Петраков). Среди студентов больные неврозами составляют 54,6%.

А. С. Киселев и 3. Г. Сочнева (1988) считают, что среди непсихотических расстройств неврозы и психопатии занимают второе место (30,5%). Между переписями (1968 и 1983гг.) психически больных доля неврозов сократилась существенно. Такая структура непсихотических расстройств была характерна для развитых стран в 30—40-е годы, когда доля пограничных состояний составляла 44%. На протяжении последующих десятилетий происходил быстрый рост распространенности неврозов и психопатий, которые только за последние 14 лет выросли в два раза. В результате в 70—80-е годы в европейских странах именно эти психические расстройства определяли картину непсихотических состояний.

Суммарная доля неврозов и психопатий составила 83%.

Уменьшение доли неврозов среди учтенных больных происходит по двум причинам: во- первых, внимание уделялось более тяжелым психическим заболеваниям и больные неврозами оказались “обделенными” помощью; во-вторых, из-за “бегства” больных от устаревших форм учета.

* + 1. Прогноз

Неврозы как временные функциональные заболевания протекают благоприятно и заканчиваются выздоровлением. Однако при выраженных акцентуациях характера, недоста-

485

точном уровне зрелости личности, соматической отягощенное™ и неразрешимой психотравмирующей ситуации появляется тенденция к затяжному течению и переходу в невротическое развитие личности.

Именно при недостаточной зрелости личности обнаруживаются затруднения в оценке ситуации, преобладает ее аффективная оценка, наблюдаются ригидность, косность, неспособность создать новую жизненную доминанту.

С появлением полиморфизма в невротических расстройствах и особенно патохарактерологической симптоматики терапевтические возможности уменьшаются. Дальнейшее расширение симптоматики при аномальных развитиях личности происходит под влиянием все более усложняющихся взаимоотношений между больным и психотравмирующей средой, в которую включаются не только продолжающая существовать основная травмирующая ситуация, ее последствия, но и реакция на собственное состояние здоровья, свою несостоятельность, что еще более затрудняет терапию и реабилитацию.

28.2.8. Лечение

Лечение больных неврозами должно проводиться психиатром или психотерапевтом, которые решают вопрос о целесообразности стационарной или амбулаторной терапии. При тяжелых неврозах больного желательно “вывести” из травмирующей ситуации, а так как это чаще всего семейный конфликт, то в связи с этим лучше всего его поместить в специальное отделение для лечения больных неврозами при соматической или психиатрической больнице.

Комплекс лечебных мероприятий включает общеукрепляющее лечение (применение витаминов, ноотропных средств, режим питания, прогулки, физические упражнения, массаж, водные процедуры и др.), лекарственную терапию, которая при каждом неврозе имеет свои особенности, и обязательно психотерапию.

Так, при истерическом неврозе назначают нейролептики типа тиоридазина (сонапакс, меллерил) в дозах до 40—60 мг/сут, терален до 20—30 мг/сут, можно принимать аминазин или тизерцин по 25 мг на ночь (в этих случаях следует учитывать возможность резкого понижения артериального давления). При неврастении рекомендуется назначать транквилизаторы — тазепам, седуксен (сибазон) до 20—25 мг/сут. При выраженности вегетативной симпто-

486

j

матики, вялости и адинамичности рекомендуется гравдаксин утром и днем по 100 мг. При неврозе навязчивых состояний рекомендуется сочетание антидепрессантов в малых дозах (амитриптилин, пиразидол, азафен) с нейролептиками в каплях (0,2% раствор галоперидрла по 2—3 капли 3 раза в день, терален, неулептил по нескольку капель 2—3 раза в день).

При выраженных фобиях целесообразно в первые дни назначать препараты с выраженным анксиолитическим действием, а затем переходить на сочетание антидепрессантов с нейролептиками.

При невротической депрессии показаны антидепрессанты со стимулирующим действием, при тревоге — малые дозы нейролептиков, предпочтительно в каплях.

Выбор психотерапевтического воздействия зависит от клинической формы невроза. При истерическом неврозе для снятия моносимптомов, например мутизма, блефароспазма,

проводится несколько сеансов гипнотерапии. При неврастении и неврозе навязчивых состояний рекомендуется обучение приемам аутогенной тренировки; при невротической депрессии следует проводить психотерапевтические беседы для выявления психотравмирующей ситуации и отношения к ней. Задачей таких бесед является создание у больного новой жизненной установки и отношения к травмирующей ситуации.

Всем больным неврозами показана групповая психотерапия и семейная, если это не встречает у больного отрицательной реакции.

28.2.9. Экспертиза

Трудовая экспертиза. При неврозах трудоспособность бывает нарушена в остром периоде, в связи с чем целесообразно проводить активное лечение в условиях стационара или амбулаторных условиях с освобождением от работы на несколько недель (не менее 4).

При невротическом развитии личности, особенно при обсессивном с ипохондрическими включениями, выраженность расстройств такова, что больные становятся нетрудоспособными и в ряде случаев возникает необходимость временно переводить их на инвалидность.

При истерическом неврозе и истерическом невротическом развитии личности могут возникать сложности в определении трудоспособности, особенно в тех случаях, когда 487

истерические расстройства были уже оценены как тяжелые соматические или неврологические заболевания; например, при астазии-абазии поставлен диагноз рассеянного склероза и установлена группа инвалидности. В последующем у таких больных начинают преобладать рентные установки, препятствующие восстановлению трудоспособности.

С у д е б н о-п сихиатрическая экспертиза.

Больные неврозами редко подвергаются судебно-психиат- рической экспертизе. Они способны отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, поэтому признаются вменяемыми.

При невротическом развитии личности, истерическом и эксплозивном неврозе возможны неправильные формы поведения, приводящие к совершению правонарушения, однако и в этих случаях больные признаются вменяемыми. В ряде случаев возникает необходимость оценить состояние при сутяжно-кверулянтном поведении у больных с эксплозивным развитием и сверхценными ипохондрическими жалобами. Как правило, такие больные признаются дееспособными и в назначении опеки не нуждаются.

Больные с затяжными неврозами признаются ограниченно годными для службы в армии и могут быть призваны только в военное время.

Глава 29

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЯХ И КАТАСТРОФАХ

Стихийные бедствия и катастрофы — обычно внезапно возникающие экстремальные ситуации, при которых создается угроза не только нормальному существованию и здоровью, но и самой жизни значительного количества людей.

Подобные экстремальные ситуации являются следствием следующих причин: природно- естественные катаклизмы в виде землетрясений, наводнений, ураганов, циклонов, извержений вулканов, сходов снежных лавин, заносов и оползней; случайные опасные происшествия: катастрофа на транспорте, пожар в многолюдном помещении, гибель корабля, опасные взрывы на производстве и т. д.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) характеризует стихийные бедствия (катастрофы) как ситуации,

488

создающие непредусмотренную серьезную и непосредственную угрозу общественному здоровью.

Психические нарушения, возникающие при стихийных бедствиях и катастрофах, по DSM- 3-R называются посттравматическими стрессовыми расстройствами, по МКБ-10 они относятся к кругу невротических, стрессовых и соматофор-мных расстройств .

* 1. Классификация, клиническая картина, течение

Единой классификации психических нарушений вследствие стихийных бедствий и катастроф пока нет.

В нашей стране наиболее разработанная и обоснованная характеристика различных состояний психической дезадаптации и болезненных расстройств, возникающих в экстремальных условиях, принадлежит Ю. А. Александровскому с сотр. Эта классификация основана в первую очередь на изучении психических нарушений при землетрясениях, но может быть в силу своей схематичности и общности целого ряда условий экстраполирована и на другие виды стихийных бедствий и катастроф, так как содержит анализ всего развития экстремальной ситуации, вызывающей различные психогенные расстройства как с психотической, так и с непсихотической симптоматикой. По этой классификации, основанной на динамическом принципе, в развитии жизнеопасной ситуации авторы выделяют три основных периода.

Первый период характеризуется преобладанием переживаний страха, ужаса при угрозе собственной жизни и гибели близких. Мощное стрессорное воздействие в это время вызывает неспецифические, внеличностные психогенные реакции, затрагивающие главным образом жизненные инстинкты.

Психические расстройства выражаются преимущественно реактивными психозами, а также непсихотическими психогенными реакциями.

Первый период длится обычно от момента начала мощного стрессорного воздействия до организации спасательных работ (минуты, часы).

Во втором периоде (во время развертывания

1 В связи с этим в последнее время появился даже новый термин “медицина катастроф”. 489

спасательных работ) в формировании психических расстройств значительная роль принадлежит личностным особенностям пострадавших, а также осознанию ими жизне- опасной ситуации, ожиданию новых страшных воздействий, переживаний в связи с потерей близких, разрушением жилищ, потерей имущества.

В начале второго периода превалирует эмоциональное напряжение, постепенно сменяющееся повышенной утомляемостью и “демобилизацией” с астенической депрессивной или апатодепрессивной симптоматикой.

Третий период начинается после эвакуации пострадавших в безопасные районы. В это время у многих происходит сложная эмоциональная и мыслительная переработка пережитой ситуации, обостряется горечь утрат и потерь. Стойкие психогенные нарушения непсихотического уровня могут возникать в связи с изменением жизненного стереотипа, необходимостью проживать в условиях эвакуации или в разрушенной местности. При этом нередки соматогенные психические расстройства, обычно подострого характера.

Имеет место соматизация многих невротических нарушений.

Психические расстройства при стихийных бедствиях и катастрофах могут быть представлены самыми различными психогенными нарушениями. Однако наиболее характерными именно для экстремальных ситуаций (преимущественно в первом периоде развития этих ситуаций) являются реактивные психозы в виде аффективно-шоковых реакций и истерических психозов.

Аффективно-шоковые реакции (иногда называемые также шоковыми реакциями, шоковыми неврозами, эмоцио-генными неврозами, эмоцией-шоком) обычно проявляются реактивным ступором или реактивным двигательным возбуждением.

Реактивный (психогенный) ступор выражается во внезапно наступившей обездвиженности. Человек, несмотря на смертельную опасность, не трогается с места, не может сделать ни одного шага, ни одного движения, не в силах произнести ни одного слова (мутизм). Именно это состояние легло в основу широко известного выражения: “От ужаса остолбенел”. После выхода из такого ступора человек, как правило, не помнит всего происходившего.

Реактивный ступор длится недолго (минуты, часы) и часто переходит в другой тип психогенной реакции, обычно депрессию.

490

Женщина 24 лет, ожидая на перроне поезд, в котором должны были приехать ее брат и престарелая больная мать, внезапно увидела, что стоявшие на соседних путях цистерны взорвались и заполыхало пламя. Она тут же застыла в одной позе, никак не реагировала на происходящее вокруг, хотя уже началась паника. Такое состояние продолжалось несколько минут, сменившись затем депрессивным, которое длилось более двух месяцев, несмотря на то что близкие ее не пострадали.

Изредка при шоковой реакции преимущественно страдает эмоциональная сфера, наступает так называемый эмоциональный паралич, когда все чувства на какой-то момент как бы атрофируются, человек становится безучастным и никак эмоционально не реагирует на происходящее вокруг. В то же время мыслительные способности почти полностью сохраняются, человек все видит, все замечает, несмотря на нередко смертельную опасность, за всем наблюдает как бы со стороны.

Вот как описал немецкий профессор Бельц подобное состояние во время землетрясения в Токио, пережитое им в начале нашего столетия: “При полной сохранности интеллектуальной сферы у меня совершенно исчезли на некоторое время всякие чувствования высшего порядка: сострадание, забота и тревога за свою семью, даже испуг и страх и т. п. Это сопровождалось ощущением облегчения мыслительной деятельности. Вскоре все пришло в норму”.

Реактивное психогенное возбуждение характеризуется внезапно наступившим хаотическим, бессмысленным двигательным возбуждением. Человек мечется, совершает массу ненужных движений, бесцельно размахивает руками, кричит, молит о помощи, не замечая подчас при этом реальных путей к спасению. Иногда внезапно бросается куда-то бежать без всякой цели (фугиформная реакция — от лат. fugio — убегаю).

Если несколько человек охвачено таким психогенным возбуждением, то подобное явление называется паникой (от имени древнегреческого бога Пана, при звуке трубящего рога которого все живое приходило в ужас и замешательство).

Подобные реакции могут иногда принимать характер массового индуцированного психоза, особенно в том случае, если “индуктором” становится чрезвычайно внушаемая истерическая личность. Реактивное возбуждение, так же как и ступор, сопровождается обычно состоянием помраченного сознания с последующей амнезией.

При шоковых реакциях характерны разнообразные вегетативные нарушения в виде тахикардии, резкого поблед-нения, потливости, профузного поноса и т. д.

491

Истерические психозы в последнее время представлены главным образом истерическим сумеречным помрачением сознания (см.) и крайне редко пуэрилизмом, псевдодемен-цией и т. д.

При истерическом сумеречном помрачении сознания обычно в поведении больных всегда отражается конкретная психотравмирующая ситуация, нередко сопровождаемая громким демонстративным плачем, неадекватным смехом или даже громким хохотом. Возможны истерические припадки.

После минования острого периода может наступить кратковременная эйфория (минуты, часы), когда у пострадавших возникает неадекватно повышенное настроение с переоценкой своих сил и возможностей, пренебрежением реальной опасностью.

Эйфория у пострадавших при землетрясениях и катастрофах возможна и как следствие нередких в таких ситуациях черепно-мозговых травм.

После острого психотического состояния наиболее типично развитие реактивной депрессии (см.). Депрессии при этом могут иметь различный характер [тоскливая, тревожная, маскированная (см.) и т. д. ], но с часто появляющейся характерной чертой: чувством вины перед погибшими, отвращением к жизни, сожалением, что остался жив. Наряду с острыми реактивными психозами у подавляющего числа пострадавших в первом периоде возникают непсихотические расстройства в виде растерянности, невозможности сразу осмыслить ситуацию. Такое состояние длится обычно недолго и сменяется ориентированностью в происходящем, мобилизацией сил, воли, активности.

Из психических нарушений при стихийных бедствиях и катастрофах наиболее частыми являются непсихотические расстройства невротического уровня, начиная от невротических реакций до неврозов и невротических развитии (см. главу 28).

Особенно характерно развитие разного рода навязчивых страхов, тематически обычно связанных с экстремальной ситуацией, а также тягостных навязчивых воспоминаний о пережитом. Эти состояния могут длиться долгое время, то затухая, то вновь обостряясь, особенно в ситуациях, хоть чем-то, даже весьма отдаленно напоминающих пережитую катастрофу. По таким же механизмам может возникать или резко обостряться истерическая симптоматика.

Долгое время может сохраняться нарушение сна, нередко 492

с кошмарными сновидениями, также отражающими ужас всего пережитого. Психогенные воздействия могут также реализовываться в виде психосоматических заболеваний (см. главу 30), таких как инфаркт миокарда, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, экзема и т. д.

Клиническая картина психических нарушений при стихийных бедствиях и катастрофах может быть значительно изменена за счет воздействия дополнительных вредных факторов, нередко сопутствующих экстремальным воздействиям самой ситуации. К ним относятся психические расстройства, связанные с кровопотерями (см.), черепно- мозговыми травмами (см.), смогами (см.), синдромом длительного раздавливания, размозжения мягких тканей обломками домов, глыбами земли и т. д. (травматический токсикоз, краш-син-дром, миоренальный синдром). В связи с этими дополнительными вредностями возникают различные состояния помрачения сознания вплоть до сопора и комы, эпилептифор-мные припадки, тяжелые органические поражения головного и спинного мозга.

Сравнительно-возрастные особенности. У подростков и особенно у детей, переживших катастрофы и стихийные бедствия, чаще всего возникают тревога и разнообразные страхи, в том числе ночные. Тревожно-фобические явления обычно появляются на фоне пониженного настроения и вегетативных расстройств (В. М. Башина и др.). Возможны задержки физического и особенно психического развития, дети трудно адаптируются в новой ситуации, им трудно усваивать новый материал.

* 1. Этиология и патогенез

Этиология. Постоянным этиологическим фактором, вызывающим психические нарушения при стихийных бедствиях и катастрофах, является психическая травма, тем более мощная, если бедствие носит массовый характер, имеет большую разрушительную силу, наступает внезапно (эффект неожиданности, внезапности). В то же время психогении (см.) при экстремальных ситуациях нередко бывают не единственным вредным фактором: нередко

они сопровождаются травмами головного и спинного мозга, травматическими токсикозами, ожогами, ранениями, кровопотерями.

Патогенез. При массовых катастрофах и стихийных бедствиях патологические сдвиги происходят главным об-

493

разом на системных уровнях. Благодаря этим функционально-динамическим сдвигам нарушаются обычные взаимоотношения коры и подкорки, первой и второй сигнальных систем. При экстремальных воздействиях эти сдвиги достигают такой силы, что кора временно утрачивает свою обычную регулирующе-синтезирующую роль.

В патогенезе психических нарушений, возникающих в экстремальных ситуациях, наряду с другими факторами большая роль принадлежит ретикулярной формации либо в виде патологической активизации определенных ее систем (в частности, адренергической), либо, напротив, патологического блокирования ее неспецифически-блокирующей им- пульсацией.

Наряду с изменениями в нервной системе происходят и гуморальные сдвиги, являющиеся следствием стресса, вызываемого не только тяжелой психотравмирующей ситуацией, но и дополнительными факторами (сильная боль, тяжелые интоксикации и т.д.).

Г. Селье, создавший учение о стрессе — “состоянии, проявляющемся специфическим синдромом в виде неспецифически обусловленных изменений в биологических системах”, показал, что при общем синдроме адаптации организма к вредности любой природы, в том числе и к сильным эмоциональным нагрузкам, происходит определенная перестройка внутренней среды организма, связанная с функциями гипофизарно-адренало- кортикальной системы. Эта перестройка внутренней среды организма является, как ее образно называют, “призывом к оружию”, мобилизацией защитных сил организма.

Адаптационный синдром, по Селье, развивается по стадиям. В частности, после “фазы шока”, характеризующейся явлениями острой надпочечниковой недостаточности, наступает вторая фаза — “фаза противотока”, когда отмечается усиление функции надпочечников, выделение в кровь кортикостероидов, увеличение объема крови, повышение содержания сахара и хлоридов в крови и т. д. Неспецифическая адаптивная реакция, по Селье, не всегда проходит гармонично, отмечаются и так называемые болезни адаптации, зависящие от диспропорции антагонистических гормонов, избытка или недостатка адаптационных гормонов в период стресса и т. д.

Данные Селье, основанные на большом фактическом материале, представляют значительный интерес, но имеют определенный недостаток, заключающийся в недооценке 494

роли нервной системы. В частности, Селье признает, что при эмоциональном стрессе первые сдвиги происходят в мозге, в подбугровой области, но тем не менее недооценивает роль нервной системы, отводит ей второстепенное значение. Между тем только единством нервных и гуморальных факторов можно объяснить патогенез ряда психогенных реакций, где имеет место торможение коры и активация подкорковых образований с разнообразными функциями, в том числе и нейросекреторной.

По данным И. П. Анохиной, возникновение реактивных психозов связано с нарушениями функций катехоламиновых систем мозга, что обусловлено определенными биологическими свойствами функций адреналовых механизмов центральной нервной системы, не только в первую очередь реагирующих на стрессовые ситуации, но и имеющих тенденцию к затяжным формам реакции.

Специальные исследования, проведенные с целью изучения патогенеза реактивного ступора (Г. В. Морозов), показали, что важную роль в возникновении двигательной заторможенности играет связанное с застойным очагом возбуждения в коре застойное возбуждение структур сетевид-ного образования среднего мозга и гипоталамуса с

патологическим активированием адренергического субстрата. Кроме того, при реактивном ступоре имеет место также и патология центральных холинергических элементов.

При наличии целого ряда существенных особенностей (множественность и внезапность воздействующих психо-травмирующих факторов, необходимость бороться за выживание, за жизнь окружающих и т. д.) психические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с клинической картиной нарушений, развивающихся при иных психотравмирующих ситуациях. Следовательно, в ряде случаев и патогенез психических расстройств при катастрофах и стихийных бедствиях имеет сходство с таковым при психогениях в целом, особенно если болезненная симптоматика выражается в нарушениях невротического уровня.

В этом плане представляют большой интерес данные, связанные с изучением ультраструктурных и биохимических изменений в коре больших полушарий при экспериментальном неврозе (Μ. Μ. Хананашвили), свидетельствующие о таких изменениях в нейронах и синапсах, которые отражают нарушение протеинового и гликопроте-инового синтеза и в то же время реализацию процессов

495

защиты (в частности, развитие лизосом), предотвращающих гибель нервных клеток . В основе патогенетических механизмов, по которым болезненная психическая симптоматика может обостряться спустя иногда даже длительное время после

катастрофы, лежит принцип “следовых реакций”, смоделированный и описанный А. Д. Сперанским: значительное время спустя после сильного наводнения маленькая струйка воды, пущенная под дверь, вызвала у животного те же самые невротические расстройства, которые были несколько лет назад при наводнении.

* 1. Распространенность и прогноз

Из всех экстремальных ситуаций, создающих угрозу общественному здоровью, в эпидемиологическом отношении наиболее изучены землетрясения. В момент воздействия острые реактивные психозы возникают у 10—25% пострадавшего населения (Ю. А. Александровский). Количество лиц, у которых психические нарушения выявляются на последующих этапах развития ситуации, колеблется от 3 до 35% от всего пострадавшего населения. В последующие годы после землетрясения или другого стихийного бедствия или катастрофы значительно возрастает заболеваемость неврозами. Значительно возрастает и количество людей, страдающих той или иной разновидностью психосоматических расстройств.

Прогноз психических нарушений при катастрофах и стихийных бедствиях различен в зависимости от характера ситуации, своевременности оказанной помощи, величины утрат и потерь, наличия или отсутствия тяжелых соматических поражений, личностных особенностей потерпевшего.

* 1. Лечение и реабилитация

Психиатрическая помощь при экстремальных ситуациях должна быть частью общего комплекса медицинских мероприятий, в свою очередь составляющих важное звено первоочередных аварийно-спасательных работ.

1 Подобные данные — еще одно доказательство несостоятельности терминов “структурные” или “функциональные изменения”, когда по сути более адекватными являются такие определения, как “обратимые или необратимые изменения”.

496

Таблица 3. Основные терапевтические мероприятия при психогенных расстройствах, возникающих при стихийных бедствиях и катастрофах

Психические расстройства Этапы ситуаций

первый второй третий

Простые (физиологические) реакции страха

Психогенные реакции: психотические расстройства (аффективно-шоковые реакции и др.) Невротические (истерические, депрессивные, астенические и др.)

Специальное лечение не требуется Преимущественно медико-психологические мероприятия

Внутримышечно (внутривенно) га-лоперидол 0,5% — 1,0, аминазин 2,5% — 2,0, тизерцин

2,5% — 2,0, реланиум 0,5% — 2,0—4,0, феназе-пам 0,1% — 2,0—3,0, амитриптилин 1 %

* 2,0—3,0. Эвакуация в специализированный стационар

Когнитивная психотерапия, терапия: амитриптилин по 0,025 г 2—3 раза в день, реланиум по 0,005 г 3 раза в день, феназепам по 0,001 г 2—3 раза в день, пирацетам по 0,4 г 3 раза в день

Препараты выбора (приводятся ориентировочные дозы).

Таблица 3. Основные терапевтические мероприятия при психогенных расстройствах, возникающих при стихийных бедствиях и катастрофах

Психические расстройства Этапы ситуаций первый второй третий

Простые (физиологические) реакции страха

Психогенные реакции: психотические расстройства (аффективно-шоковые реакции и др.) Невротические (истерические, депрессивные, астенические и др.)

Специальное лечение не требуется Преимущественно медико-психологические мероприятия

Внутримышечно1 (внутривенно) га-лоперидол 0,5% — 1,0, аминазин 2,5% — 2,0,

тизерцин 2,5% — 2,0, реланиум 0,5% — 2,0—4,0, феназе-памО,1% — 2,0—3,0, амитриптилин 1 % — 2,0—3,0. Эвакуация в специализированный стационар Когнитивная психотерапия, терапия: амитриптилин по 0,025 г 2—3 раза в день, реланиум по 0,005 г 3 раза в день, феназепам по 0,001 г 2—3 раза в день, пирацетам по 0,4 г 3 раза в день

Препараты выбора (приводятся ориентировочные дозы).

защиты (в частности, развитие лизосом), предотвращающих гибель нервных клеток . В основе патогенетических механизмов, по которым болезненная психическая симптоматика может обостряться спустя иногда даже длительное время после

катастрофы, лежит принцип “следовых реакций”, смоделированный и описанный А. Д. Сперанским: значительное время спустя после сильного наводнения маленькая струйка воды, пущенная под дверь, вызвала у животного те же самые невротические расстройства, которые были несколько лет назад при наводнении.

* 1. Распространенность и прогноз

Из всех экстремальных ситуаций, создающих угрозу общественному здоровью, в эпидемиологическом отношении наиболее изучены землетрясения. В момент воздействия острые реактивные психозы возникают у 10—25% пострадавшего населения (Ю. А. Александровский). Количество лиц, у которых психические нарушения выявляются на

последующих этапах развития ситуации, колеблется от 3 до 35% от всего пострадавшего населения. В последующие годы после землетрясения или другого стихийного бедствия или катастрофы значительно возрастает заболеваемость неврозами. Значительно возрастает и количество людей, страдающих той или иной разновидностью психосоматических расстройств.

Прогноз психических нарушений при катастрофах и стихийных бедствиях различен в зависимости от характера ситуации, своевременности оказанной помощи, величины утрат и потерь, наличия или отсутствия тяжелых соматических поражений, личностных особенностей потерпевшего.

* 1. Лечение и реабилитация

Психиатрическая помощь при экстремальных ситуациях должна быть частью общего комплекса медицинских мероприятий, в свою очередь составляющих важное звено первоочередных аварийно-спасательных работ.

1 Подобные данные — еще одно доказательство несостоятельности терминов “структурные” или “функциональные изменения”, когда по сути более адекватными являются такие определения, как “обратимые или необратимые изменения”.

496

При этом психиатрическая помощь, как и медицинская в целом, должна быть максимально приближена к пострадавшему населению с целью активного выявления лиц с психической патологией. Острая и неотложная психиатрическая помощь должна оказываться соответствующе подготовленными психиатрическими бригадами, для нее должны быть выделены специальные помещения при развертывании в зоне бедствия общемедицинских поликлиник и стационаров.

Очень важным является организация психотерапевтической работы среди населения не только в районе стихийного бедствия и катастрофы, но и в местах эвакуации.

Психиатрическая помощь (выполняемая с соблюдением общих медицинских принципов в виде поэтапной сортировки, эвакуации и адекватной терапии пострадавших) должна проводиться в соответствии с периодами развития ситуации (Ю. А. Александровский с соавт.) по составленной этими авторами “схеме основных терапевтических мероприятий при психогенных расстройствах” (табл. 3). Во избежание возникновения соматогенных психических расстройств (или во всяком случае для их уменьшения) чрезвычайно важно принятие своевременных мер по лечению всех поражений, причем также начиная с самых ранних этапов.

Реабилитационные мероприятия должны проводиться с учетом характера перенесенного психического заболевания, степени выраженности остаточных явлений его, наличия тех или иных соматических заболеваний и быть обязательно комплексными, включающими, помимо лекарственной терапии, психотерапию в самых различных ее вариантах, физиотерапию, психокоррекционные методики с учетом личностной характеристики пострадавших. По возможности следует проводить профессиональную реабилитацию.

* 1. Профилактика

Профилактика психических нарушений при стихийных бедствиях и катастрофах затруднена, так как эти экстремальные ситуации возникают обычно внезапно и неожиданно.

Большое значение имеет возможное прогнозирование землетрясений в сейсмически неблагополучных регионах с принятием мер, в первую очередь эвакуацией населения. 499

Продолжение табл. 3.

Психические расстройства Этапы ситуаций

первый второй третий

Затяжные реактивные состояния: психотические (псевдодеменция, реактивная депрессия, пуэри-лизм и др.)

Невротический уровень поражения (неврастения, депрессивный, истерический неврозы, невроз навязчивых состояний)

Преимущественно стационарное лечение: галопери-дол по 0,0015 г 3 раза в день, тизерцин по 0,025 г 3 раза, аминазин по 0,0025 г 3 раза, амитриптилин по 0,025 г 3 раза, пиразидол

по 0,025 г 3 раза, реланиум по 0,005 г 3 раза, феназепам по 0,001 г 3 раза, бефол по 0,02 г 2 раза в день

Психотерапия; психофармакотерапия: феназепам по 0,001 г 3 раза в день, меза-пам по 0,005 г 3 раза, реланиум по 0,005 г 3 раза, амитриптилин по 0,025 г 3 раза, азафен по 0,025

г 3 раза, бефол по 0,02 г 2 раза, сиднокарб по 0,005 г 2 раза, трифтазин по 0,005 г 3 раза в день

Продолжение табл. 3.

Психические расстройства Этапы ситуаций первый второй третий

Затяжные реактивные состояния: психотические (псевдодеменция, реактивная депрессия, пуэри-лизм и др.)

Невротический уровень поражения (неврастения, депрессивный, истерический неврозы, невроз навязчивых состояний)

Преимущественно стационарное лечение: галопери-дол по 0,0015 г 3 раза в день, тизерцин по 0,025 г 3 раза, аминазин по 0,0025 г 3 раза, амитриптилин по 0,025 г 3 раза, пиразидол

по 0,025 г 3 раза, реланиум по 0,005 г 3 раза, феназепам по 0,001 г 3 раза, бефол по 0,02 г 2 раза в день

Психотерапия; психофармакотерапия: феназепам по 0,001 г 3 раза в день, меза-пам по 0,005 г 3 раза, реланиум по 0,005 г 3 раза, амитриптилин по 0,025 г 3 раза, азафен по 0,025

г 3 раза, бефол по 0,02 г 2 раза, сиднокарб по 0,005 г 2 раза, трифтазин по 0,005 г 3 раза в день

При этом психиатрическая помощь, как и медицинская в целом, должна быть максимально приближена к пострадавшему населению с целью активного выявления лиц с психической патологией. Острая и неотложная психиатрическая помощь должна оказываться соответствующе подготовленными психиатрическими бригадами, для нее должны быть выделены специальные помещения при развертывании в зоне бедствия общемедицинских поликлиник и стационаров.

Очень важным является организация психотерапевтической работы среди населения не только в районе стихийного бедствия и катастрофы, но и в местах эвакуации.

Психиатрическая помощь (выполняемая с соблюдением общих медицинских принципов в виде поэтапной сортировки, эвакуации и адекватной терапии пострадавших) должна проводиться в соответствии с периодами развития ситуации (Ю. А. Александровский с соавт.) по составленной этими авторами “схеме основных терапевтических мероприятий при психогенных расстройствах” (табл. 3). Во избежание возникновения соматогенных психических расстройств (или во всяком случае для их уменьшения) чрезвычайно важно принятие своевременных мер по лечению всех поражений, причем также начиная с самых ранних этапов.

Реабилитационные мероприятия должны проводиться с учетом характера перенесенного психического заболевания, степени выраженности остаточных явлений его, наличия тех или иных соматических заболеваний и быть обязательно комплексными, включающими, помимо лекарственной терапии, психотерапию в самых различных ее вариантах, физиотерапию, психокоррекционные методики с учетом личностной характеристики пострадавших. По возможности следует проводить профессиональную реабилитацию.

* 1. Профилактика

Профилактика психических нарушений при стихийных бедствиях и катастрофах затруднена, так как эти экстремальные ситуации возникают обычно внезапно и неожиданно.

Большое значение имеет возможное прогнозирование землетрясений в сейсмически неблагополучных регионах с принятием мер, в первую очередь эвакуацией населения. 499

Для организации скорейшей медицинской, в том числе и психиатрической, помощи, способной приостановить, а в ряде случаев и предотвратить развитие психических расстройств у населения в зоне бедствия, существуют специализированные отряды по проведению первоочередных аварийно-спасательных работ, включающие различные службы, в том числе и медицинскую. Расширяется создание таких отрядов и в нашей стране. Подобные прогнозирование необходимо и в районах с возможными наводнениями, оползнями, обвалами, снежными лавинами и т. д. В районах, подверженных землетрясениям, оползням, наводнениям и т. д., необходимо проведение просветительной работы среди населения с соответствующей тактической и психологической подготовкой. Необходимо, чтобы все медицинские работники независимо от места проживания были знакомы с основными положениями медицины катастроф и в том числе психиатрического ее раздела.

Соответственно подготовленные медицинские работники, проживающие в районе, где возникла экстремальная ситуация, смогут сразу же, еще до прибытия специальных отрядов, приступить к необходимым лечебно-профилактическим мероприятиям.

* 1. Экспертиза

При полной обратимости психических нарушений лица, пережившие экстремальную ситуацию, могут быть трудоспособны и возвращаются к своей прежней трудовой деятельности. При неблагоприятном течении заболеваний вопрос о трудоспособности должен решаться в зависимости от уровня поражения: при невротических расстройствах больные либо возвращаются к своей прежней работе, либо направляются на более легкую. При выраженных психических нарушениях, особенно органическом поражении мозга, часто сопровождающемся тяжелыми соматическими расстройствами, больные переводятся на инвалидность.

Вопрос о вменяемости или невменяемости должен решаться строго индивидуально, в зависимости от характера психических расстройств, их стойкости, обратимости или необратимости, степени интеллектуально-мнестических нарушений.

500

Глава 30

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Психосоматическими принято считать расстройства функций органов и систем, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирую-щих факторов (стресс, разного рода конфликты, кризисные состояния и т. д.).

Термин “психосоматическое заболевание”, или “психосоматическое расстройство”, является наиболее распространенным. Значительно реже употребляются такие его синонимы, как “психофизиологическое расстройство”, “болезнь стресса”, “патология

современной цивилизации”, “болезнь коммуникации”, “болезнь адаптации или дезадаптации”, “патология психостаза”.

Если ранее к психосоматическим заболеваниям относили только эссенциальную гипертонию, тиреотоксикоз, нейродермит, бронхиальную астму, некоторые формы ревматоидного артрита, язвенный колит, язвенную болезнь, то в настоящее время “регистр психосоматического реагирования” значительно расширился за счет включения в него заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности ИБС, инфаркта миокарда, гипертонической болезни, большого числа кожных и урогенитальных заболеваний и мигрени. К числу типичных психосоматических заболеваний, особенно в странах Северной Америки и Западной Европы, стали относить нервную анорексию, нервную булимию, кардиоспазм и некоторые формы психогенного ожирения.

* 1. Клиническая картина и течение

Большинство современных исследователей выделяют психосоматические реакции и психосоматические заболевания. Первые по существу еще не являются точно очерченной патологией и встречаются у здоровых людей как единичные, изолированные реакции организма на те или иные стрессовые моменты. Примером этих реакций являются учащение мочеиспускания и диарея у студентов перед трудными экзаменами. В то же время при определенных условиях эти единичные психосоматические реакции могут стать началом психосоматического заболевания.

В последнее время стали выделять “классические пси-хосоматозы”, в клинической картине которых имеется ор-

501

ганическое поражение той или иной системы (язвенная и гипертоническая болезнь, неспецифический язвенный колит и т.д.).

Психосоматозы , являясь по существу психогенными расстройствами, составляют наряду с неврозами и психопатиями самый большой удельный вес среди заболеваний, традиционно относимых к малой или пограничной (внеболь-ничной) психиатрии.

Страдающие психосоматозами никогда не обращаются к психиатрам и длительное время (иногда годами) безуспешно лечатся у врачей других специальностей, нередко переходя от одного врача к другому. Неэффективность многолетнего лечения этих пациентов, покидающих поликлинику или стационар только для того, чтобы, “выйдя из них через одну дверь, тут же войти в другую”, наносит большой моральный ущерб не только отдельным врачам и медицинским учреждениям, но и всей системе здравоохранения, дискредитируя в глазах больного и его семьи, его друзей и сотрудников по работе всю медицинскую науку и практику (В. Д. Тополянский, М. В. Струковская). Именно поэтому врачам общего профиля, терапевтам, гастроэнтерологам, кардиологам, хирургам необходимо иметь хотя бы общее представление о психосоматозах.

Общим для всех психосоматозов является острое или постепенное начало, нередко с невротической депрессии. Клиническая картина заболевания представлена разнооб разными соматическими жалобами и симптомами, за кото рыми стоят отчетливые аффективные расстройства. Психи ческие нарушения при психосоматозах в остром периоде чаще ограничиваются тревогой, реакциями паники, депрес сией. Хроническое течение заболевания приводит к появ лению отчетливых неврозоподобных и, чаще, психопатопо- добных расстройств. ,

В последние годы большое внимание уделяется деятельности пищеварительного аппарата. Ученые уже давно обратили внимание на тесную взаимосвязь эмоций и функций желудочно-кишечного тракта. Последний был даже назван “звучащим органом эмоций”,

ибо первые эмоции человека и животного, несомненно, были связаны с удовольствием от приема пищи.

1 Для краткости здесь и далее вместо термина “психосоматическое заболевание” мы будем использовать все более часто употребляемый в последнее время термин “психосоматоз”.

502

Распространенным психосоматическим заболеванием желудочно-кишечного тракта является язвенная болезнь. Частота заболевания пептической язвой в настоящее время варьирует от 2,6 до 18,2 случая на 1000 населения. При патологоанатомическом вскрытии у 6% умерших выявлены язвы, послужившие причиной смерти. У мужчин язвенная болезнь желудка встречается в 2 раза чаще, а язва двенадцатиперстной кишки — в 7 раз чаще, чем у женщин.

В качестве фактора предрасположенности при язвенной болезни описано врожденное повышение содержания пеп-синогена в плазме, которое закреплено генетически и передается по наследству. Гиперсекреция пепсиногена через связь мать — ребенок приводит к развитию особой личности с весьма определенными реакциями на социальные конфликты, что может быть патогенным во взрослой жизни. Поскольку содержание пепсиногена в плазме коррелирует с секреторной деятельностью желудка, повышение его в плазме может служить предвестником язвенной болезни.

Другим предвестником язвенной болезни является селективное повышение содержания у будущих пациентов иммуноглобулина Μ в психотравмирующей ситуации. Фактором же предрасположенности считается характерная для язвенной болезни повышенная анксиозность. В качестве стрессора при язве обычно выступают длительные отрицательные эмоции (депрессия, тревога, неудовлетворенность собой). Обследование людей с фистулой желудка показало, что депрессия, испуг, подавленность настроения могут приводить к гипофункции желудка, а агрессивность (особенно неотреагированная), гнев, негодование, обида — к гиперфункции его. Интимная связь эмоций и секреторной деятельности желудка подчеркивается усилением выделения желудочного сока при гипоманиакальном состоянии и снижение его уровня при депрессии.

Данные исследования личности больных язвенной болезнью весьма неоднозначны. Одни авторы полностью отрицают наличие специфической личности у этих больных, другие описывают страдающих этим заболеванием как враждебных, гиперсенситивных, с незрелыми реакциями, неспособных к полному самовыражению, поэтому живущих в постоянном напряжении. В собственных глазах и глазах окружающих они “жалкие неудачники, полностью зависимые от окружающих”. Генетические исследования язвенной болезни показали, что монозиготные близнецы в 50% слу-

503

чаев были конкордантны по язве двенадцатиперстной кишки, что в 3 раза выше соответствующих показателей среди дизиготных близнецов. По сравнению с контрольной группой монозиготные близнецы оказались более амбициозными, сенситивными, склонными к колебаниям аффекта. Особо подчеркивается, что для этих больных характерен высокий уровень сенситивности к стрессу в микро- и макроколлективах за счет наличия у них “врожденного невротического характера”.

В целом, учитывая различные факторы этиологии язвенной болезни, это психосоматическое расстройство, по мнению большинства исследователей, развивается по следующей схеме: психическое возбуждение — функциональное нарушение — двигательное и секреторное нарушение — воспаление — изъязвление — склерозирование. Приведем клиническое наблюдение.

Больная Д., 40 лет. Родилась в состоянии синей асфиксии. Первые годы очень плохо ела. постоянно выплевывала пищу. Когда ребенка пытались накормить насильно, появлялась

рвота. Пищу с детства ассоциировала с насилием. Всегда не любила время завтрака, обеда, ужина. В 3 года перенесла дизентерию, с тех пор отмечается склонность к запорам. Аппетита не было до 15 лет. В школе училась хорошо, хотя всегда было трудно отвечать по литературе и истории. Всегда была крайне привязана к матери, во всем советовалась с ней. После окончания технического вуза работала инженером. В 27 лет вышла замуж, мужа не любила, но хотела иметь детей. Жила с мужем, сыном и матерью в трехкомнатной квартире. Когда больной было 30 лет, у ее матери был диагностирован рак желудка. Всегда тревожная, мнительная и ранимая, больная восприняла это известие как “удар судьбы”: стала тоскливой, подавленной, хотя при матери старалась быть “оптимисткой”. В течение 2 лет ухаживала за умирающей матерью, семьей практически не занималась. Хотя и была подготовлена врачами к смерти матери, после кончины ее стала настолько депрессивной, что ей предлагали помощь психиатра. Однако никаких лекарств она не принимала, обвиняла себя в смерти матери, с трудом ходила на работу.

Спустя 1/2 мес после смерти матери однажды вечером почувствовала острую боль в желудке. Сразу же решила, что у нее рак. На следующее утро по ее настойчивой просьбе больной была сделана гастроскопия, которая показала наличие язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. Активно лечилась, тщательно выполняла все назначения врачей, особенно касающиеся диеты. Очень боялась “перерождения язвы в рак”, читала медицинскую литературу, тщательно прислушивалась к своим ощущениям. Часто посещала терапевтов, хирургов, рентгенологов. Требовала все новых и новых исследований. При отказе стала давать бурные реакции с плачем, рыданиями, оскорблениями врачей. Дома была постоянно раздражительной, считала себя тяжелобольной, помыкала всеми родственниками. Уже спустя 6 мес не думала об умершей матери, “всю себя посвятила своему здоровью”. Была направлена на консультацию к психотерапевту. При обследовании больная тревожна, крайне ипохондрична, речь изобилует медицинской терминологией. Считает себя тяжелобольной. Психопатопо-добное поведение дома отрицает. Обвиняет во всем мужа и сына.

504

Из всех психосоматических заболеваний наибольшее внимание психиатров привлекает неспецифический язвенный колит. Это заболевание, как известно, чаще отмечается у молодых людей, предпочтительно у женщин. Эпидемиологические исследования этого заболевания показывают не только ведущую роль в генезе его социального фактора, но и позволяют выявить специфическую предрасположенность к этому заболеванию. Болезнь чаще отмечается в городах. В Западной Европе она регистрируется с частотой 1 случай на 2000 здорового населения. Это заболевание вызывается эмоциональным стрессом, который через сложные кортико-висцеральные связи (К. М. Быков, И. Т. Курцин) приводит к патологическим изменениям в слизистой оболочке толстого кишечника (гиперемия слизистой — ранимость ее — изъязвление).

Особого внимания заслуживает личность этих больных. Они описываются как внешне спокойные, ровные, хотя и зависимые. Но под маской благодушия у них скрывается огромное чувство враждебности, негодования, обиды и вины. Такие эмоции, если они держатся долго и не реализуются, приводят к гиперфункции толстого кишечника с усилением транспортной функции, кровенаполнением сосудов, набуханием слизистой оболочки и появлением небольших геморрагических изъязвлений. По мнению клиницистов, язвенный колит чаще всего характерен для “обсессивно-компульсивной личности” с повышенной враждебностью и с ограниченными контактами с окружающими. Эти больные отличаются пунктуальностью, добросовестностью, упрямством, стремлением к идеальному порядку во всех сферах своей деятельности, придерживаются раз и навсегда установленных форм поведения. Для них также характерны такие черты, как пассивность, инфантильность, эгоцентризм.

Это заболевание носит хронический характер, сопровождаясь частыми эмоциогенно вызванными обострениями, что способствует отчетливой психопатизации и формированию патологического развития личности. Ранее, до применения психотерапевтических методов лечения, неспецифический язвенный колит часто заканчивался летально. С применением же психотерапевтических методов резко снизилась смертность, отмечается значительное урежение приступов болезни. В ряде случаев это заболевание удалось перевести на “субклинический уровень”.

Не менее сложен генез еще одного пока относимого к разделу психосоматической патологии заболевания —

505

бронхиальной астмы. Считается, что бронхиальная астма — это результат сложных взаимосвязей “генетического грима” и факторов внешней среды (инфекции, аллергены, психологическое влияние). Показано также наличие определенной наследственной психопатологической отягощенное™ в семьях больных бронхиальной астмой. Кроме того, у страдающих этим заболеванием выявлена “специфическая уязвимость в виде неизвестного иммунофизи-ологического предрасположения” в форме повышенной сокращаемости и расширения бронхиол, вероятнее всего генетического характера. Перед началом заболевания у всех пациентов были периоды беспричинной тревоги, что в сочетании с генетическим предрасположением считается “маркером” бронхиальной астмы. Хотя провоцирует эту патологию сочетание ряда патогенных факторов (психогенных, аллергических и инфекционных), главное значение большинством ученых отводится именно психогенному воздействию. Характерно, что роль стресса в возникновении брон хиальной астмы во многом определяется возрастом. Так, если до 16 лет стресс до заболевания отмечается только в 12% случаев, то в последующем (16—45 лет) он возрастает в 3 раза, а после 45 лет достигает практически 50%. В том случае, когда стресс не является главным в этиологии бронхиальной астмы, он тем не менее значительно ухудшает ее течение, прогноз и лечение.

Заслуживает внимания особый микроклимат, существующий в семьях больных бронхиальной астмой. Гиперпротекция родителей, тщательно оберегающих детей от любых невзгод, по существу превращает их в “зависимых инвалидов”.

Лечение бронхиальной астмы должно быть комплексным, с обязательным включением в лечебную программу психотерапевтического воздействия в различных его вариантах.

Однако крен в сторону только психотерапевтического лечения и полный отказ от медикаментозной терапии может привести (особенно у детей) к летальному исходу.

* 1. Сравнительно-возрастные особенности

Психосоматическим расстройствам подвержены, хотя и в разной степени, все возрастные группы популяции, включая детский и подростковый возраст. У детей психосоматическая патология выражается главным образом отдельными симптомами в виде разнообразных психосоматических реакций. Эти реакции порой неотличимы от невротических,

50“

обычно непродолжительны и исчезают при ликвидации пси-хотравмирующей для ребенка ситуации.

В формировании психосоматических реакций у детей основное значение имеют патология беременности, травмы в родах, детская невропатия и неблагоприятные микросоциальные условия воспитания (неполная семья и т. д.). В последние годы выявляется все больше данных о том, что профилактикой психосоматических расстройств у детей являются нормальные роды и адекватные условия воспитания в первые годы жизни.

Из всех психосоматических расстройств у детей чаще всего отмечаются функциональные расстройства пищеварительной системы (анорексия, тошнота, рвота, психогенные запоры и поносы и др.). Среди перечисленных расстройств отмечается выраженное

доминирование рвотной реакции, являющейся соматическим проявлением отчетливого отвращения к чему-либо. Рвота часто отмечается у детей при изменении стереотипа жизни: при первом посещении детского сада, школы и т. д. Примером является появление неукротимой рвоты у маленькой героини романа Колина Маккалоу “Поющие в терновнике” перед первым посещением школы. Реже у детей отмечаются психосоматические реакции в виде невротического кашля, псевдоларингоспаз-ма, энуреза и др.

В подростковом возрасте психосоматическая патология практически не отличается от соответствующих расстройств у взрослых.

* 1. Этиология и патогенез

Для объяснения этиологии и патогенеза психосоматозов было предложено множество самых разнообразных гипотез: психоаналитическая, психодинамическая, кортико-висце- ральная, стрессовая, социально-психологическая, теория функциональных систем П. А. Анохина, теория устойчивых патологических состояний Н. П. Бехтеревой. Однако ни одна из них не может дать полного, исчерпывающего объяснения всего разнообразия психосоматических расстройств. Вероятно, поэтому в последнее время стали говорить о мультифакториальном генезе психосоматозов, в котором каждая из предложенных гипотез объясняет одно из звеньев патогенеза этого заболевания.

Как известно, многие психосоматические заболевания могут возникать под действием острого или хронического

507

стресса, биологическая адаптация к которому у человека сильно запаздывает (И. Т. Курцин). При этом стресс не всегда может быть осознаваемым. Решающее значение при этом приобретает “внутренне скрытое накопление” афферентных импульсов (И. М. Сеченов) — бесчисленные следы интеллектуальных, аффективных и сенсорных раздражений, общий эмоциональный фон которых далеко не всегда осознанно воспринимается человеком. Однако при одинаковой силе и выраженности стресса у одних людей возникают психосоматические заболевания, у других — нет. Более того, вопрос о том, почему психическая травматизация у одних людей вызывает появление психосоматозов сердечно-сосудистой системы (ИБС, стенокардия, инфаркт миокарда) , у других — желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, синдром возбудимой толстой кишки и др.), у третьих — дыхательного аппарата (бронхиальная астма, гипервентиляционный синдром и др.), требует своего разрешения. Возможно, в этом процессе играют роль определенные наследственные факторы, включая наличие некой врожденной слабости, функционального несовершенства тех или иных органов, через которые и реализуется будущий психосома-тоз. Конституиональная предрасположенность, как правило, проявляется в критический период (например, в период полового созревания или инволюции) по генетическим или рефлекторным механизмам. При стрессе, как известно, при общем усилении защитных функций организма происходит реактивация подавленных и вытесненных эмоций и конфликтов в виде вегетативных расстройств, являющихся начальным этапом психосоматоза.

Большое значение в последнее время уделяется факторам предрасположения к психосоматозам. К ним, в частности, относят драматические изменения жизни, различные кризисные ситуации (землетрясение, наводнение и т. д.), которые оказываются сверхсильными для личности, потерю близких.

В качестве предрасполагающего момента при этом часто выступает фактор длительного нервного перенапряжения. С большой убедительностью это доказано при исследовании гипертонической болезни у диспетчеров ряда крупных аэропортов, работе которых относится к разряду наиболее напряженных.

В формировании психосоматической патологии, кроме факторов предрасположения и провоцирующих моментов, большое значение придается преморбидным особенностям

508

личности. Естественно, что при множестве психосоматозов трудно выделить характерные только для этого вида патологии личностные особенности, хотя попытки в этом направлении делаются. Так, обязательной чертой этой группы больных является повышенная тревожность, которую пациенты не в состоянии выразить словами и таким образом получить какое-либо облегчение. Неумение выразить в словесной форме свои переживания автор назвал алекситимией (П. Сифнеос). Последняя, по мнению автора, передается по наследству и во многом определяет пассивно-оборонительный стиль поведения больных в стрессовой ситуации.

Описываются также особенности личности, характерные для вполне определенного психосоматического заболевания или группы заболеваний. Например, такие черты, как самоуверенность, агрессивность, нетерпимость, постоянная нехватка времени, неустанная борьба за максимальные достижения в любой деятельности, сверхпреданность работе, оказались характерными для лиц с повышенным риском коронарных заболеваний, включая инфаркт миокарда (так называемый личностный тип А).

Многие исследования в области личности психосоматических больных до сих пор основываются на концепции личностных профилей, разработанной Ф. Дэнбар в 1954 г. Согласно этой концепции, у всех больных выявляется универсальная невротическая структура, в ряде случаев конституционально обусловленная. При этом каждая психосоматическая болезнь коррелирует с вполне определенным личностным профилем. В последних исследованиях эта точка зрения подверглась критике. Стали считать, что концепция профилей личности не выдержала испытания временем, не подтвердилась практикой. Однако отрицание данной теории не снижает общего интереса к изучению личностных особенностей этой многочисленной группы больных.

В частности, предпринята попытка количественного анализа личностных особенностей. Оценку проводят на основе различных клинически ориентированных психологических тестов и опросниковг^

1 В дословном переводе — “для чувств нет слов”. 509

* 1. Распространенность

Хотя статистически достоверных кросскультуральных исследований психосоматических заболеваний до сих пор нет, многие исследователи убеждены в том, что эти заболевания широко распространены во всех странах мира, в том числе и в развивающихся. В то же время в некоторых африканских племенах, изолированных от западной цивилизации, этих заболеваний, по-видимому, нет.

Статистика показывает, что /з больных, получающих медицинскую помощь, страдают первично от эмоциональных расстройств. При этом общее число собственно психосоматических заболеваний у взрослых колеблется от 15 до 50%. Более того, некоторые психосоматические расстройства, например сердечно-сосудистые, стали пандемическими практически во всех промышленно развитых странах.

Эпидемиологические исследования показывают, что к психосоматической патологии более предрасположены люди пожилые и среднего возраста, а также с низким прожиточным уровнем. Эта патология чаще отмечается у женщин.

Таким образом, частота психосоматических заболеваний зависит от многих факторов (пол, возраст, место проживания, наличие или отсутствие вредных привычек и т.д.). По мнению многих ученых, распространенность и тяжесть психосоматических расстройств зависит от культурного и экономического уровня общества. Например, язвенный колит — довольно частое явление на Западе и очень редко отмечается в развивающихся странах Азии и Африки. Эссенциальная гипертония у японцев часто приводит к смерти, а в некоторых районах Новой Гвинеи она практически не

регистрируется. В США это заболевание чаще отмечается среди негритянского населения, причем протекает в наиболее тяжелой и злокачественной форме. В то же время такой частоты и степени злокачественности гипертонии не отмечается в Центральной и Западной Африке.

Известно также, что в западных странах такие психосоматические заболевания, как мигрень, импотенция и запоры, являются приоритетом образованных, процветающих классов населения. Очень редко эти заболевания отмечаются среди представителей низших слоев западного общества, а также в восточных странах.

510

30.5. Лечение, реабилитация, профилактика и прогноз

Лечение больных с психосоматической патологией представляет значительные трудности и в первую очередь потому, что до обращения к психиатру больные длительно и безрезультатно лечатся у врачей других специальностей. Основной недостаток такого лечения заключается в том, что игнорируется психогенная природа психосоматоза, а все внимание обращается лишь на соматический аспект этой патологии.

Лечение этих больных должно быть сугубо индивидуальным и комбинированным. Учитывая то, что при любом психосоматическом расстройстве имеют место выраженная в разной степени “со-матизация” аффекта и наличие в клинической картине депрессивных переживаний, препаратами выбора при лечении психосоматических расстройств являются антидепрессанты в небольших дозах, применяемые длительно в сочетании с транквилизаторами стимулирующего и седативного действия и небольшими дозами нейролептиков, таких как эглонил в сочетании с амитриптилином (на ночь) и фре- нолоном.

Эффективность антидепрессантов при психосоматических расстройствах объясняется тем, что многие исследователи эту патологию рассматривают как разновидность маскированной депрессии.

При лечении психосоматических расстройств главный акцент, естественно, следует ставить на психотерапевтическом воздействии. При этом тип и метод психотерапии выбирают индивидуально в зависимости от типа личности, вида патологии, ее тяжести и длительности, а также наличия или отсутствия психологических форм защиты.

Профилактика. Более сложными и значительно менее разработанными являются вопросы профилактики психосоматических заболеваний. Поскольку теоретически предотвратить их появление нельзя (даже с учетом факторов предрасположения и провоцирующих моментов), внимание специалистов должно быть направлено на улучшение психиатрической и психотерапевтической подготовки врачей, ибо именно к ним в первую очередь и обращаются страдающие психосоматическими заболеваниями.

Прогноз. Предлагаемое психиатром лечение, естественно, должно сочетаться с терапией собственно терапев-

511

тическими средствами. В данном случае идеальным было бы сочетанное одновременное лечение одного и того же больного психотерапевтом (психиатром) и терапевтом.

Сочетание двух подходов — терапевтического и психиатрического — определяет, как правило, хороший прогноз заболевания и адекватную социально-психологическую реабилитацию.

30.6. Экспертиза

В тяжелых, запущенных случаях психосоматических заболеваний больные являются практически нетрудоспособными и вынуждены получать группу инвалидности по соматическому заболеванию.

Однако какова бы ни была тяжесть психосоматического страдания, она не отражается на состоянии вменяемости пациентов, и при совершении противоправных деяний они не освобождаются от уголовной ответственности за совершенное преступление.

Глава 31

НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ, НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ

Нервная (психическая) анорексия — заболевание, выражающееся в сознательном ограничении в еде в целью похудания, в возникающих вторичных сома-тоэндокринных расстройствах и нарастающем физическом истощении .

Нервная (психическая) анорексия свойственна главным образом девочкам-подросткам и молодым девушкам, хотя иногда может встречаться и у лиц мужского пола пубертатного или юношеского возраста. Выражается в чрезвычайно упорном стремлении к похуданию путем целенаправленного, длительного самоограничения в еде, иногда сопровождаемого интенсивными физическими упражнениями или приемом больших доз слабительного.

При невозможности выдержать длительное голодание больные прибегают к такому методу, как вызывание искусственной рвоты после каждого приема пищи.

Нервная булимия — заболевание, проявляюще-

1 В настоящее время большинство авторов считают нервную анорексию классическим примером психосоматической патологии.

512

еся в чрезмерном, несдерживаемом аппетите с поглощением очень большого количества пищи и последующей искусственно вызываемой рвотой.

31.1. Клиническая картина и течение

Нервная анорексия чаще всего связана с другой патологией пубертатного и юношеского возраста — дисморфо-манией.

Болезненная убежденность в собственной “излишней полноте”, чаще всего носящая характер навязчивой, сверхценной или бредовой идеи, постепенно приводит больных к мысли о необходимости “коррекции” этого мнимого или чрезвычайно переоцененного физического недостатка. Ввиду очень свойственной этим больным склонности к диссиму- ляции они всеми силами стараются скрыть от окружающих (и в первую очередь от родителей) не только мотивы своего поведения, но и само осуществление этой “коррекции”, делают все для того, чтобы питаться отдельно от других членов семьи, а если это не удается, прибегают к различным уловкам и хитростям: незаметно выплевывают уже пережеванную пищу и прячут ее, пытаются накормить своей порцией специально для этого заведенную собаку, незаметно перекладывают пищу со своей тарелки в другие и т. д. При этом тщательно изучают питательность каждого продукта, старательно высчитывают калории, избегая тех видов пищи, от которых можно “растолстеть” (не едят гарниров, масла, мучных изделий и т. д.). Достигнув значительной потери веса, они обычно не бывают удовлетворены даже самой низкой массой тела и продолжают ограничивать себя в еде, стараясь при этом регулярно взвешиваться.

Одной из довольно типичных особенностей этих больных является стремление при собственном постоянном самоограничении в еде перекармливать других членов семьи и особенно младших братьев и сестер. При этом больные проявляют большой интерес и способности к приготовлению самых разнообразных блюд, иногда даже специально изучают для этого кухни разных стран. Не удовлетворяясь только самоограничением в еде, больные очень активно начинают заниматься различными физическими упражнениями, иногда по специальной, продуманной ими системе. Кроме того, нередко принимают слабительные средства, подчас в огромных количествах (при длительном голодании прием слабительных обусловливается также такой причи-

17—1039 513

ной, как запоры, весьма упорные вследствие атонии кишечника) .

Одной из клинических разновидностей нервной анорек-сии является стремление больных достичь желаемого результата путем регулярного вызывания искусственной рвоты.

Будучи убежденными в необходимости избавиться от “лишней полноты”, но в то же время не выдерживая длительного голодания, эти больные после каждого приема пищи добиваются ее эвакуации, не только вызывая искусственную рвоту, но подчас и прибегая к помощи желудочного зонда (чтобы “полностью очистить желудок”). У этой группы больных с течением времени развивается булимия, при которой они поглощают огромное количество пищи, а затем вызывают рвоту, причем далеко не всем из них удается достигнуть желаемого результата — похудания. У части из них вместо потери массы тела она постепенно увеличивается, что в свою очередь является поводом к изысканию новых средств “борьбы с полнотой”.

Выбор методов “коррекции” во многом определяется пре-морбидными особенностями личности. Подростки с истерическими чертами характера чаще пользуются не столь тягостно переносимыми методами похудания (искусственная рвота, слабительные, клизмы), в то время как больные психастенического склада считают такие методы “неэстетическими” илтрибегают главным образом к постоянному значительному самоограничению в еде и интенсивным физическим упражнениям. Необходимо отметить, что если на первом этапе, условно называемом дисморфоманическим, у больных могут иметь место идеи отношения и подавленное настроение, то на втором этапе — в периоде активной “коррекции излишней полноты”, или аноректическом, идеи отношения уже полностью исчезают и депрессивные переживания становятся все менее выраженными.

Через 1 /2—2 года после начала болезни наступает третий этап — кахек-тический, характеризующийся уже выраженными сомато-эндокринными нарушениями, постепенно нараставшими в течение второго этапа. К этому времени больные теряют, как правило, от 20 до 50% прежней массы тела и обнаруживают все признаки дистрофии. Наряду с исчезновением подкожной жировой клетчатки самым типичным проявлением изменений со стороны соматического статуса является аменорея, иногда возникающая сразу, иногда

— после периода олигоменореи. У больных истончаются мышцы, кожа становится сухой, шелушащейся, цианотичной, возможно

514

образование пролежней и трофических язв. Имеют место повышенная ломкость ногтей, выпадение волос, кариес и выпадение зубов. Отмечаются обычно также дистрофия миокарда, брадикардия и гипотония, общий энтероптоз, ана-цидный гастрит, атония кишечника. Характерным являются низкое содержание сахара в крови, изменение сахарной кривой, следы белка в моче, признаки анемии в картине крови.

Тщательная диссимуляция больными своего состояния нередко приводит к установлению разнообразных диагнозов, а появление вторичных выраженных соматоэндокринных расстройств чаще всего дает повод заподозрить у них эндокринную патологию. Именно поэтому клиническую картину нервной анорексии должны хорошо знать не только психиатры, но и терапевты, педиатры, эндокринологи и во всех случаях нарастающей потери массы тела самым тщательным образом необходимо собирать анамнез и обследовать больных.

Самоограничение в еде нередко вызывает чрезмерное чувство голода — булимию (волчий голод).

В настоящее время имеется тенденция разграничивать нервную анорексию и нервную булимию как два разных варианта заболевания. Однако многолетнее изучение этой патологии (М. В. Коркина, М. А. Цивилько и др.) показало, что это не варианты, а стадии одного заболевания. При этом собственно самоограничение в еде может иметь очень короткий (всего в несколько дней) период и пройти незаметно для окружающих, сменившись затем выраженным булимическим поведением. Иногда встречается и сосуществование нервной анорексии и нервной булимии, когда больные какое-то время

резко ограничивают себя в еде, а затем не могут удержаться от поглощения очень большого количества пищи.

С течением времени эти гиперфагии с обязательной последующей искусственно вызываемой рвотой нередко принимают характер навязчивого влечения, часто с гедонистическими переживаниями. К числу других психических нарушений при нервной анорексии (нервной булимии как второй стадии) относятся аффективные колебания, чаще в виде депрессий, реже — эйфории, ипохондрические переживания, в том числе навязчивого характера, связанные обычно с областью желудочно-кишечного тракта.

Значительная потеря массы тела (до 20—50%), как правило, не удовлетворяет больных; самоограничение в еде продолжается, притом нередко с регулярным взвешиванием.

Течение

,7\* 515

заболевания обычно длительное (до 7 и более лет), иногда с периодами неполных ремиссий.

Больная Б., 27 лет. Мать властная — “Васса Железнова”, отец практически полностью устранился от семейных дел. Беременность и роды матери без патологии. У больной в первые месяцы жизни отмечались частые срыгивания, с началом самостоятельного питания иногда возникали “пищевые причуды”, когда она отказывалась от тех или иных продуктов. С 5—6-летнего возраста питание наладилось. Масса тела больной, до этого низкая, начала повышаться, однако не превышала верхней границы возрастной нормы. Росла веселой, общительной, отлично училась, при этом во всем всегда хотела быть первой. Менструации с 12 лет. Когда ей было 15 лет, однажды на уроке танцев одна из девочек в присутствии всех громко сказала: “Что это у тебя живот торчит, как у беременной?” Больная очень огорчилась, “еле удержалась от плача”. Дома тщательно рассматривала свою фигуру, без конца измеряла талию и бедра сантиметром, сравнивая их с принятыми иа конкурсах красоты. Пришла к твердому убеждению, что она “безобразная толстуха”. Начала ограничивать себя в пище, постоянно подсчитывала калории съеденного. За 2 года потеряла 25 кг, но продолжала ограничивать себя в еде.

Принимала также большие дозы слабительных и мочегонных средств. Исчезли менструации, отмечались постоянные запоры, энтероптоз, гастрит, трофические нарушения, оволосение спины. Мать водила ее по разным специалистам, но в силу диссимуляции больной врачи ставили различные несоответствующие диагнозы.

Постепенно, испытывая постоянное чувство голода, больная стала “позволять себе есть побольше” с последующим вызыванием искусственной рвоты. Затем чувство голода стало невыносимым, возникал “непреодолимый жор”, и больная начала периодами (чаще к вечеру или даже ночью) употреблять огромное количество пищи.Могла, например, сразу съесть два батона хлеба, 2 кг колбасы, 0,5 кг сливочного масла, миску щей, большой торт, несколько пачек мороженого и т. д. с последующей искуственной “полностью очищающей” рвотой. Подчас чувство голода становилось таким нестерпимым, что она начинала есть даже неприготовленную еду, например сырое мясо. Вначале прибегала к искусственной рвоте раз в день, но затем вызывала рвоту 2—3 раза в день, вновь теряя массу тела. Становилась все более трудной по характеру, в семье раздражалась по пустякам. В то же время с посторонними вела себя по-прежнему. Продолжала учиться, окончила школу и институт (при дважды стационарном и постоянном амбулаторном наблюдении и лечении у психиатра). К 22 годам стала нормально принимать пищу, но в несколько уменьшенных дозах, значительно спокойнее вела себя в семье, периоды “обжорства” исчезли. Восстановились менструации, соматические и трофические нарушения исчезли, нормализовалась масса тела.

31.2. Этиология, патогенез и патологическая анатомия

Этиология нервной анорексии и следующей за ней нервной булимии изучена недостаточно. По данным многочисленных авторов, они имеют многомерный характер.

Большое значение придается семейной ситуации (доминирующая роль матери), преморбидным особенностям больных, наличию в анамнезе частых заболеваний желудочно-кишечного тракта, влиянию микросоциальных факторов. Имеют значение такие черты личности, как аккуратность, упрямство,

516

стремление к самоутверждению, активность, нередко в сочетании с ригидностью и нерешительностью, чрезмерной привязанностью к матери. Значимы психогенные факторы, влияние окружающей микросоциальной среды.

Большую роль играет дисгармонически протекающий пубертатный период.

Патогенез характеризуется сложным взаимовлиянием психических и соматических факторов. Развивающееся истощение и эндокринные нарушения отягощают психическое состояние, и между психогенными и соматогенными патогенетическими механизмами создается нечто вроде циркулярной зависимости.

Патологическая анатомия. Нервнаяанорек-сия может привести к смерти, чаще всего внезапной, при наличии большой двигательной и психической активности больных почти до самого летального исхода. По данным разных авторов, летальный исход может наступить в 4—30% случаев. Клинической причиной смерти нередко служит вентрикулярная тахиаритмия. Возможна смерть и от присоединения разнообразных вторичных инфекций.

При вскрытии обнаруживаются отсутствие подкожного жирового слоя, признаки атрофии внутренних органов, отсутствие жирового депо. Печень, поджелудочная железа, селезенка, надпочечники, щитовидная железа уменьшены в размерах. Уменьшена в размерах также матка, слизистая оболочка ее атрофирована, резко уменьшено число фолликулов в яичниках. Характерна также атрофия желез пищеварительного тракта и выраженная атрофия скелетной мускулатуры.

31.3. Диагноз и дифференциальный диагноз

Нервная анорексия может быть самостоятельным заболеванием круга пограничных нервно-психических расстройств пубертатного возраста, одним из проявлений, чаще всего наиболее ранних, шизофренического процесса, начинающегося в подростковом или юношеском возрасте, или особой формой психического расстройства — эндореактив-ной пубертатной анорексией (А. Е. Личко). В виде отдельных рудиментарных проявлений анорексия может встречаться (наряду с другой типично невротической или психопатической симптоматикой) при многих так называемых классических формах пограничных нервно-психических заболеваний. Для нервной анорексии как самостоятельного заболевания характерны довольно типичные преморбидные

517

черты личности (преобладание в преморбиде истерических или психастенических особенностей).

Большинство этих больных в детстве отличаются несколько повышенным питанием, однако до подросткового периода насмешливые или критические замечания по этому поводу обычно больных не огорчают. Обидные замечания в подростковом возрасте или неприятности, связанные с несколько повышенной массой тела (например, непоступ- пение в желаемую хореографическую группу и т.д.), вызывают формирование ситуационно-обусловленного убеждения в собственной “уродующей полноте” или “безобразной” величине отдельных частей тела (живота, ног, бедер и др.). Особенностями синдрома у больных этой группы являются сверхценный характер дисморфоманических переживаний, умеренная выраженность аффективных расстройств и рудиментарность идей отношения.

В ряде случаев стремление к похуданию было вызвано желанием “походить на идеал” — известных литературных героинь, актрис кино, ограничивающую себя в еде мать. На этих

больных особое влияние оказывало микросоциальное окружение, и в целом их убежденность в необходимости коррекции своей внешности была менее стойкой, чем у больных с собственно дисморфоманическими переживаниями.

Особенностью синдрома нервной анорексии при шизофрении, весьма сходным, особенно на начальных этапах, с таковым у больных пограничной группы, является значительная выраженность идей отношения и более заметное снижение настроения, главным образом в виде вялой депрессии. Кроме того, у больных шизофренией нередко отмечается полидисморфомания. У некоторых больных бредовая убежденность в “безобразной полноте” имеет парадоксальный характер: возникает при дефиците (иногда выраженном) массы тела. О шизофрении свидетельствуют также присоединившиеся деперсонализационно-дереализа-ционные переживания, навязчивости, бесплодное мудрствование. Однако перечисленные различия нередко появляются не сразу (особенно при вялом течении процесса). В таких случаях дифференциальный диагноз определенное время может быть весьма затруднен.

Нервную анорексию следует отличать также от естественного желания избавиться от лишнего веса, когда ограничение в еде носит разумный характер, не доходит до истощения и не основано на болезненном представлении образа своего тела.

518

* 1. Распространенность и прогноз

Распространенность нервной анорексии пока еще точно неизвестна, но, по имеющимся данным, отмечается все большее увеличение числа случаев этого заболевания: один случай заболевания на 200 школьниц в возрасте до 16 лет и один случай на 100 школьниц старше 16 лет, один случай на 50 студенток (А. Крисп, Д. Е. Рид и др.).

По данным многих авторов, особенно часто нервная аноресия встречается среди учащихся балетных школ и манекенщиц, а также среди студентов театральных училищ — один случай на 14 учащихся балетных школ и манекенщиц, один на 20 студенток театральных училищ. Заболевают в основном девочки, подростки и молодые девушки. По данным разных авторов, девочки заболевают в 5—25 раз чаще, чем мальчики, подростки и юноши.

* 1. Лечение и реабилитация

При наличии признаков дистрофии необходимо стационарное лечение. Амбулаторное лечение возможно лишь тогда, когда вторичные соматоэндокринные расстройства не достигают выраженной степени и не угрожают жизни больных.

Независимо от нозологической принадлежности нервной анорексии прежде всего необходимо провести общеукрепляющее лечение, направленное на улучшение соматического состояния (сердечно-сосудистые средства с одновременным введением достаточного количества жидкости, витаминотерапия). Заметный результат дает применение таких витаминных препаратов, как карнитин и кобамамид. С первых же дней больным необходимо назначать дробное 6—7-ра-зовое питание небольшими порциями с последующим постельным режимом не менее 2 ч. В дальнейшем (при продолжении дробного частого питания) терапия должна проводиться дифференцированно в зависимости от нозологической принадлежности нервной анорексии. При нервной анорексии в виде самостоятельного заболевания круга пограничных расстройств особенно показана психотерапия в различных вариантах в зависимости от премор-бидных особенностей больных, а также транквилизаторы и нейролептики с мягким спектром действия в небольших дозах.

Больным шизофренией с аноректическим синромом показано лечение, применяемое при этом заболевании. При

519

определении доз препаратов необходимо учитывать массу тела больных и степень выраженности вторичных сомато-эндокринных нарушений.

Лечение, начатое в клинических условиях, независимо от нозологической принадлежности нервной анорексии необходимо продолжать амбулаторно. Реабилитационные меры нужно осуществлять сразу же после выписки больных. Чаще всего (при продолжении амбулаторного лечения) лучший эффект дает как можно более раннее приобщение больных к трудовой деятельности, выработке у них установки на продолжение учебы, приобретение новых трудовых навыков и т. д.

31.6. Экспертиза

В период выраженной потери массы тела больные практически нетрудоспособны, хотя в силу присущей им активности стараются продолжать учебу или работу, выявляя при этом заметное снижение продуктивности. При склонности заболевания к длительному хронически рецидивирующему течению больные, снижаясь в своей профессиональной деятельности, тем не менее в инвалидности нуждаются далеко не всегда. Перевод на инвалидность требуют только больные с тяжелым течением заболевания и резко выраженными, не дающими обратной динамики психическими и соматоэндокринными нарушениями.

Глава 32

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИИ, ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ)

Под расстройствами личности в международных и американских классификациях подразумеваются выраженные и устойчивые нарушения характера и поведения, которые препятствуют социальной адаптации. В нашей стране для этих случаев обычно используется термин “психопатия”, предложенный В. М. Бехтеревым еще в 1886 г.

Психопатия — аномалия характера, которая, по словам выдающегося московского психиатра П. Б. Ганнушкина, определет психический облик, накладывая властный отпечаток на весь душевный склад, в течение жизни не под-

520

вергается сколько-нибудь резким изменениям и мешает приспособляться к окружающей среде. Эти признаки О. В. Кер-биковым были положены в основу диагностических критериев психопатии: 1) тотальность патологических черт характера; они проявляются везде — дома и на работе, в труде и на отдыхе, в условиях обыденных и при эмоциональных стрессах; 2) стабильность патологических черт характера; они сохраняются на протяжении всей жизни, хотя впервые выявляются в разном возрасте, чаще всего в подростковом, иногда с детства, реже при повзрослении; 3) социальная дезадаптация является следствием именно патологических черт характера, а не обусловлена неблагоприятной средой.

Конституциональные (генуинные, “ядерные”) психопатии обусловлены наследственностью и проявляются даже при самых благоприятных условиях непосредственного социального окружения. Обычно у кого-то из родителей, сиб-лингов или других кровных родственников удается проследить подобные же патологические черты характера.

Психопатическое (патохарактерологическое) развитие (“приобретенные психопатии”, “патохарактерологиче-ские формирования”) является следствием неправильного воспитания или продолжительного дурного влияния окружающей среды, особенно если это приходится на подростковый возраст — период становления характера. Однако далеко не у всех под влиянием одинаковых хронических психогенных факторов наступает психопатическое развитие. Неблагоприятные влияния должны упасть на подходящую почву, которой чаще всего служит акцентуация характера. При этом необходимо не просто любое продолжительное неблагоприятное социально-психологическое воздействие, а лишь такое, которое адресуется к “месту наименьшего сопротивления” данного типа акцентуации. Лишь исключительно тяжкие условия способны сформировать

психопатию на любой почве (например, воспитание с раннего детства До юности в закрытом учреждении с суровым режимом и жестокими взаимоотношениями).

Органические психопатии являются результатом прена-тальных, катальных и ранних постнатальных (первые 2—3 года жизни) вредных воздействий на формирующийся мозг. Этими вредностями могут быть тяжелые токсикозы беременности, травмы плода во время беременности и родов, внутриутробные и ранние мозговые инфекции и нейроин- токсикации, длительные истощающие соматические заболе-

521

вания с первых месяцев жизни. Органические психопатии проявляются с детства, но при повзрослении могут сглаживаться.

Психопатоподобные расстройства на почве резидуаль-ных органических поражений мозга возникают после черепно-мозговых травм, мозговых инфекций и нейроинток-сикаций, перенесенных в возрасте, когда формирование мозга уже завершено, т. е. после 3—4 лет жизни.

Психопатоподобные (псевдопсихопатические) расстройства при шизофрении наблюдаются в виде самостоятельной психопатоподобной формы, во время ремиссии после перенесенного приступа или как один из вариантов исхода заболевания (резидуальная шизофрения). При аффективных психозах (маниакально-депрессивном, шизоаф-фективном) как депрессивные, так и гипоманиакальные фазы могут маскироваться психопатоподобным поведением, особенно в подростковом и юном возрасте.

32.1. Клинические проявления 32.1.1. Типы психопатий

Классификации психопатий весьма разнообразны. Были попытки все разновидности психопатий свести к двум — возбудимой и тормозимой; были описания, включающие более десятка типов. В МКБ-10 включены следующие типы.

Шизоидное расстройство личности (шизоидная психопатия) по МКБ-10 характеризуется следующими чертами характера: неспособностью переживать наслаждение (анге-дония); эмоциональной холодностью и неспособностью выразить теплые или неприязненные чувства к другим; слабой реакцией на похвалу и порицания; малым интересом к сексуальному общению с другими; склонностью к фантазированию про себя (аутистическое фантазирование) и к интроспекции (погружение во внутренний мир); недостатком тесных доверительных контактов с другими; затруднением в понимании и усвоении общепринятых норм поведения, что проявляется эксцентричными поступками. Наиболее яркой чертой характера служит замкнутость и необщительность (с детства предпочитали играть одни). Часто живут своими необычными интересами и увлечениями, в области которых могут достигать успехов (уникальные сведения в какой-либо узкой отрасли, глубокий интерес к философским и религиозным вопросам, необычные кол-

522

лекции и др.). Увлечения и фантазии заполняют внутренний мир, почти всегда закрытый для других. Фантазии предназначены для самих себя и бывают честолюбивыми или эротическими (при внешней асексуальности). Эмоциональная сдержанность выглядит как холодность, хотя внутренние переживания могут быть сильными и глубокими. Трудно устанавливать неформальные эмоциональные контакты. Недостаток интуиции проявляется неумением понять чужие желания, опасения, переживания. Склонны к нонконформизму — не любят поступать “как все”. Тяжело переносятся ситуации, где надо быстро и без разбора устанавливать неформальные контакты, а также насильственное вторжение посторонних в свой внутренний мир.

Диссоциативное расстройство личности (психопатия неустойчивого типа, антисоциальное расстройство личности) по МКБ-10 распознается по следующим признакам:

пренебрежение чувствами других и недостаток эмпатии — способности проникновения в их переживания; безответственность и игнорирование социальных норм, правил и обязанностей; неспособность поддерживать устойчивые отношения с другими; низкая толерантность к фрустрации (невозможность получить желаемое); легкость агрессивных вспышек, включая жестокость; отсутствие чувства вины и неумение извлекать опыт из прошлого, в особенности из наказаний; склонность во всем обвинять других и жаловаться на неудачи; постоянная раздражительность.

Главной чертой является постоянная жажда легких развлечений и наслаждений, праздного образа жизни с уклонением ото всякого труда, учебы, выполнения любых обязанностей, как общественных, так и семейных. С подросткового возраста тянутся к асоциальным компаниям, алкоголю, наркотикам. Сексуальная жизнь служит лишь источником для наслаждений. Не способны ни влюбляться, ни привязываться к близким и друзьям. К своему будущему равнодушны — живут настоящим. Слабовольны и трусливы, от любых трудностей и неприятностей стараются убежать. Одиночество переносят плохо — неспособны сами чем-нибудь занять себя. Пагубной оказывается ситуация безнадзорности, отсутствия опеки и строгого контроля.

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (эмоционально-лабильный тип психопатии, эксплозивная, аффективная, импульсивная, возбудимая, эпилептоидная психопатии) по МКБ-10 представляет сборную группу с различными нарушениями эмоциональной сферы. В русской

523

лсихиатрии принято различать два близких, но не тождественных типа.

Эксплозивная (аффективно-лабильная) психопатия характеризуется эмоциональными вспышками по малейшему поводу, но гнев легко сменяется слезами, ругань и швыряние вещей — стенаниями, агрессия к другим — нанесением самоповреждений, покушениями на самоубийство. Настроение часто меняется, что ведет к неусидчивости, несобранности, отвлекаемости. Совершенно невыдержаны, вскипают при малейших замечаниях или противодействии, крайне болезненно реагируют на эмоциональное отвержение и любые стрессы.

Эпилептоидная психопатия отличается тем, что, кроме эксплозивности (склонности к безудержным аффективным реакциям с агрессией и аутоагрессией), периодически возникают состояния дисфории — мрачно-злобного настроения, во время которого больные ищут, на чем бы сорвать накопившееся зло. Дисфории длятся от нескольких часов до нескольких дней. Бурным аффективным реакциям обычно предшествует постепенное закипание сперва подавляемого раздражения. В аффекте, во время драк звереют — способны наносить тяжкие повреждения. Иногда выявляются нарушения влечений, чаще всего садистско-мазохистские склонности. Получают удовольствие, мучая, изощренно издеваясь или жестоко избивая слабых, беззащитных, зависимых от них, неспособных дать отпор. Нередко еще с детства любят истязать и убивать животных. Но могут получать чувственное наслаждение, причиняя боль себе порезами, ожогами от горящих сигарет. Алкогольные опьянения чаще бывают по дисфорическому типу.

Напиваться любят до бесчувствия. Суицидальные попытки могут быть как демонстративными с целью кого-то шантажировать ими, так и во время дисфории с действительным намерением покончить с собой.

Гистрионическое расстройство личности (истерическая психопатия), согласно МКБ-10, может быть диагностировано при наличии склонности к самодраматизации, театральности поведения, преувеличенном выражении эмоций; внушаемости, легкой податливости влиянию других; поверхностной и лабильной эффективности; эгоцентрично-сти со стремлением себе все прощать и не считаться с интересами других; постоянного желания быть оцененным и легкой уязвимости; жажды ситуаций, где можно быть в центре

внимания окружения; манипулятивного поведения (любые подтасовки), чтобы добиться своих целей.

524

Среди перечисленных черт характера наиболее яркой является постоянное желание быть в центре внимания окружения, демонстративность, претенциозность. С этой целью даже прибегают к спектаклям, изображающим суицидальные попытки. Внушаемость, нередко весьма подчеркиваемая, на самом деле весьма избирательна: внушить можно лишь то, что не противоречит эгоцентрическим устремлениям. Зато высок уровень притязаний: претендуют на гораздо большее, чем позволяют способности и возможности. Под влиянием тяжелых психических травм могут возникать истерические психозы — сумеречные состояния, псевдодеменция и др.

Ананкастное (обсессивно-компулъсивное) расстройство личности (психастеническая психопатия) по МКБ-10 характеризуется нерешительностью, постоянными сомнениями; чрезмерной предусмотрительностью в отношении возможно опасного или неприятного для себя хода событий; перфекционизмом (т. е. стремлением всегда достигать наивысших результатов, все сделать лучшим образом независимо от маловажности дела); потребностью повторно перепроверять сделанное; крайней озабоченностью в отношении деталей в пустяковых вещах и утратой широкой перспективы; чрезвычайной совестливостью, скрупулезностью, озабоченностью, мешающими испытывать удовольствие; педантизмом и соблюдением условностей с ограниченной способностью выразить теплые чувства; ригидностью и упрямством, настаиванием, чтобы другие подчинялись установленному ими порядку; появлением нежелательных мыслей и побуждений, которые, однако, не достигают степени тяжелой навязчивости; потребностью планировать всякую деятельность наперед в самых незначительных деталях.

Навязчивые мысли, движения, ритуалы, опасения, самими придуманные “приметы” и “запреты” наблюдаются почти постоянно, то усиливаясь, то ослабевая (например, для ответственных случаев всегда надевать одну и ту же одежду, ходить только по одному маршруту, не прикасаться ни к чему черному и т. п.). Педантизм, желание все заранее предусмотреть и запланировать в малейших деталях, мелочное соблюдение правил служат компенсацией при постоянном опасении за будущее — свое и своих близких.

Утрированными могут оказаться другие компенсаторные механизмы: нерешительность при уже принятом решении оборачивается нетерпеливостью, застенчивость — неожиданной и ненужной безапелляционностью. Данный тип психопатии

525

обычно проявляется со школьных лет, но усиливается, когда начинают жить самостоятельно и надо отвечать и за себя, и за других.

Тревожное (“избегающее”) расстройство личности (сенситивная психопатия) по критериям МКБ-10 может быть распознано по постоянному чувству внутреннего напряжения и тревоги; застенчивости и чувству собственной неполноценности, неуверенности в себе; постоянным попыткам понравиться и быть принятым другими; повышенной чувствительности к критике со стороны; по склонности отказываться вступать во взаимоотношения с окружающими, пока не будут уверены, что не будут подвергнуты критике; весьма ограниченному кругу личных привязанностей; тенденции преувеличивать потенциальную опасность и риск каждодневных ситуаций, избегая некоторые из них, что, однако, не достигает устойчивых фобий (навязчивых опасений); по ограниченному образу жизни, позволяющему чувствовать себя в безопасности.

Большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности составляют две главные черты. В себе видят множество недостатков и страшатся быть осмеянными и подвергнутыми осуждению. Замкнутость у них чисто внешняя — следствие

отгороженности от чужих людей и незнакомых ситуаций. С теми, к кому привыкли и кому доверяют, достаточно общительны. Невыносимой оказывается обстановка, в которой они становятся предметом недоброжелательного внимания окружающих, когда на их репутацию падает тень или они подвергаются несправедливым обвинениям. Склонны к депрессивным реакциям, во время которых могут исподволь и тайком подготовлять самоубийство или оказываются способными на неожиданные отчаянные поступки, ведущие к тяжким последствиям (вплоть до нанесения тяжких повреждений или убийств обидчиков).

Зависимое расстройство личности по критериям МКБ-10 соответствует одному из видов астенической психопатии. Его характеризует склонность перекладывать ответственность за себя на других и целиком подчиняться интересам того, от кого зависят, пренебрегая собственными желаниями. Себя оценивают как беспомощных, некомпетентных и невыносливых. Им присущ страх быть покинутыми и постоянная потребность в успокоении в этом отношении. Они не переносят одиночества, чувствуют себя опустошенными и бес-

526

помощными, когда обрываются связи с тем, от кого зависели. Ответственность за несчастья переносят на других.

Смешанные типы расстройства личности диагностируются, когда трудно установить отдельный тип из-за того, что черты разных типов представлены относительно равномерно. Однако совершенно “чистые” типы психопатий встречаются относительно редко — тип следует определять по преобладающим чертам. Так же как при акцентуациях характера, смешанные типы могут быть промежуточными (преимущественно наследственно обусловленными, например шизоидно-эпилептоидная психопатия), или амальгамными (на эндогенное ядро одного типа наслаиваются черты другого вследствие длительного неблагоприятного влияния среды, например, на конституциональные черты эмоциональной лабильности при воспитании в детстве как “кумира семьи” накладываются гистрионические, т. е. истероидные, черты).

Органические психопатии чаще всего бывают смешанными, представляя различные сочетания эмоционально-лабильных, гистрионических и диссоциативных черт (т. е. эксплозивной, истерической и неустойчивой психопатии). Диагностика органических психопатий основывается на следующих признаках. В анамнезе имеются внутриутробные, родовые и ранние постнатальные (первые 2—3. года жизни) черепно-мозговые травмы, мозговые инфекции и нейроин-токсикации. Выявляется резидуальная неврологическая “микросимптоматика”: асимметрия лицевой иннервации, нерезкие глазодвигательные нарушения, неравномерность сухожильных и кожных рефлексов, легкие диэнцефальные расстройства. На рентгенограмме черепа видны аномалии оссификации и признаки повышения внутричерепного давления, на ЭЭГ обычно встречаются выраженные диффузные изменения. При патопсихологическом обследовании обнаруживаются нарушения внимания, истощаемость при повторении заданий.

Другие классификации психопатий. Было предложено множество классификаций. Одни из них являются описательными — типы выделяются по наиболее ярким чертам характера, другие исходят из определенного принципа. В русской психиатрии примером первых может служить систематика П. Б. Ганнушкина (1933), а второй — его ученика О. В. Кербикова (1968), а также Б. В. Шостаковича (1988) и А. Е. Личко (1977).

П. Б. Ганнушкин описал несколько групп психопатий. 527

Группа циклоидов (конституционально-депрессивные, конституционально-возбужденные, циклотимики, эмотивно-ла-бильные) отличаются особенностями господствующего настроения — постоянно угнетенного, повышенного, периодически или часто

меняющегося. Группу астеников (неврастеники, “чрезмерно впечатлительные”, психастеники) объединяла склонность к легкой истощаемости и “раздражительная слабость”. Кроме того, выделялись группы шизоидов, паранойиков, эпилептоидов, исторических и неустойчивых психопатов и др., большинство из которых включены в МКБ-10 под теми же или иными названиями. О. В. Кербиков для классификации взял типы высшей нервной деятельности И. П. Павлова и прежде всего разделил психопатии на возбудимые (эксплозивные, эпилеп-тоиды) и тормозимые (астеники, психастеники). Но особо за пределами выбранного принципа были поставлены “патологически замкнутые” (т. е. шизоиды), истерические, неустойчивые, сексуальные и мозаичные (т. е. смешанные) психопатии. Б. В. Шостакович использовал для систематики психологический принцип: преобладание изменений в сфере мышления (шизоиды, психастеники, паранойяльные), в сфере аффективных нарушений (эпилептоиды, возбудимые, циклоиды, истерические) или в сфере волевых нарушений (неустойчивые, сексуальные). А. Е. Личко объединил систематику психопатий и акцентуаций характера, описывая одни и те же типы, являющиеся или вариантами нормы (акцентуации), или достигающие патологического уровня отклонения (психопатии).

32.1.2. Патологическое развитие личности

Паранойяльное расстройство личности. В МКБ-10 оно обозначается как параноидное расстройство. Признаками его считаются чрезмерная чувствительность больных к неудовлетворению своих притязаний; злопамятность, не позволяющая прощать оскорбления, обиды и нанесение ущерба; подозрительность и стремление искажать нейтральные или дружеские действия других, представляя их как зловредные и проявления пренебрежения; воинственное, сопровождающееся угрозами, отстаивание своих прав в каждой ситуации; склонность к патологической ревности; чрезмерная самоуверенность, ощущение собственной важности; поглощенность мыслями, что все находятся в заговоре против них.

528

Важнейшей чертой этого типа является убежденность в своем превосходстве над окружающими, уверенность в первостепенной важности того, чем они заняты, и того, что они сделали. Поэтому малейшее усовершенствование, сделанное ими, представляется выдающимся изобретением, а выявление распространенных нарушений и даже недочетов

* потрясающими разоблачениями, их формальные требования — высоко принципиальными. Они всегда претендуют на исключительное положение, на то, чтобы все делалось так, как они считают нужным. Претендуя на лидерство, обычно сплачивают вокруг себя людей недалеких и недовольных своим положением. Не получая признания своих “выдающихся” качеств и деяний, удовлетворения своих притязаний и требований, озлобляются, всюду видят врагов и завистников, злонамеренные козни против них.

Начинают изощренно и даже жестоко преследовать своих мнимых врагов и действительных противников, считая, что те преследуют их (“преследуемые преследователи”).

Паранойяльному развитию способствуют социальные условия, в которых господствуют формализм, доктринерство, чинопочитание, тоталитарный режим, нетерпение к инакомыслию. Наоборот, в социальных условиях, где открыты просторы для личной инициативы и свободы мысли, где регламентация ограничена и каждый отвечает за себя, паранойяльные развития встречаются реже. Ускоряет развитие как отпор в ответ на притязания, так и ситуация, когда в руках склонного к паранойяльному развитию субъекта оказывается узаконенная власть над другими. В этих условиях на фоне конфликтных ситуаций парнойяльные идеи, обычно будучи сверхценными, могут превращаться в бредовые — в бред преследования, величия, изобретаельства, ревности. Но галлюцинации отсутствуют. Подобные бредовые психозы либо относят к реактивным параноидам, либо

считают особым психическим заболеванием — паранойей. В МКБ-10 они обозначаются как “стойкие бредовые расстройства”.

Паранойяльное развитие обычно развертывается в возрасте 30—40 лет — в период достижения социальной зрелости и ослабевает лишь к старости. В юные годы ему предшествует эпилептоидная, шизоидная или истероидная акцентуация характера. Другие варианты патологического развития личности. Астенический, испохондрический, обсессивный, истерический варианты развития по проявлениям сходны с затяжными неврозами или некоторыми расстройствами лично-

529

ста. Астеническое развитие может соответствовать критериям тревожного расстройства (сенситивной психопатии) и затяжной неврастении. Ипохондрическое развитие повторяет картину длительно текущего ипохондрического невроза. Обсессивное и истерическое развитие сходно с ананкастным и гистрионическим расстройствами. Однако развития являются следствием длительной психической травматизации, когда психогенные факторы адресуются к “месту наименьшего сопротивления” данного типа акцентуации характера.

В детстве и в подростковом возрасте особенно пагубными являются различные виды неправильного воспитания. Например, безнадзорность и гипопротекция способствуют при неустойчивом типе акцентуации характера патохарактеро-логическому формированию, сходному с диссоциативным расстройством личности. Доминирующая гиперпротекция (мелочная опека) благоприятствует обсессивному типу па-тохарактерологического развития, а потворствующая гиперпротекция (“кумир семьи”) — истерическому развитию. Эмоциональное отвержение со стороны близких (например, положение Золушки в семье) может стать причиной сенситивного развития, а воспитание в условиях жестоких взаимоотношений в ближайшем окружении — эпилептоид-ному патохарактерологическому формированию.

Депривационные патохарактерологические формирования. Эти варианты формирования являются следствием тяжелых физических недостатков от рождения или с детства. Реже они возникают, если те же дефекты появляются у взрослых. Слепота в зависимости от типа акцентуации характера может стать причиной астенического, ипохондрического, обсессивного, аутистического (напоминающего шизоидное расстройство личности) и эксплозивного развития. Нередким является склонность к патологическому фантазированию, идеям отношения и обкрадывания, к ипохондрии.

При глухоте чаще возникает развитие по сенситивному или истерическому типу. Отмечается также склонность к идеям отношения. Резкое ограничение двигательной активности (например, при детских церебральных параличах, у перенесших полиомиелит) также может стать причиной патохарактерологического формирования, особенно часто по сенситивному типу.

530

32.2. Динамика расстройств личности и прогноз

Динамика. Расстройства личности, в особенности конституциональные психопатии, отличаются стабильностью: патологические черты характера, выявившиеся в определенном возрасте, сохраняются на всю жизнь. Однако эти черты то заостряются, то смягчаются. Это дало основание московскому психиатру П. Б. Ганнушкину развить учение о динамике психопатий. К динамическим сдвигам были отнесены этапы формирования психопатий, возрастные кризы, компенсации и декомпенсации, психопатические фазы, трансформации типов психопатий. В отдельных случаях оказалась возможной устойчивая депсихопатизация (Ю. В. Попов).

Возрастные кризы — пубертатный и климактерический — обусловлены в основном биологическими факторами. Период полового созревания сильнее выявляет и заостряет

патологические черты характера у мальчиков, климактерический период в этом отношении сильнее действует на женщин.

Компенсация — временное смягчение психопатических особенностей за счет изменения “микросреды” (семейной, трудовой) на такую, где эти особенности не мешают наилучшим образом приспособиться (например, уединенный образ жизи с возможностью целиком отдаться излюбленному увлечению или интересам при шизоидном расстройстве личности). Реже компенсация осуществляется за счет активной выработки механизмов психологической защиты, образа жизни, манеры поведения, порой контрастных психопатическим чертам и затушевывающих эти черты. Однако в трудных ситуациях эти механизмы оказываются недостаточными и истинные психопатические особенности вновь выступают.

Декомпенсация — заострение психопатических черт, сопровождаемое обычно нарушениями поведения и социальной дезадаптацией. Наступает чаще под действием неблагоприятных факторов среды, однако обычно вполне переносимых здоровыми личностями. Иногда же декомпенсации возникают без видимых причин — в силу эндогенных механизмов, например после дисфории при эпилептоидной психопатии. Случается так, что психопаты сами создают вокруг себя психотравмирующую обстановку, которая затем приводит к декомпенсации.

Психопатические фазы — периодические без 531

каких-либо причин резкие ухудшения, также через некоторое время сами по себе проходящие — встречаются только при некоторых типах психопатий. Примером могут послужить дисфории при эпилептоидной психопатии.

Этапы формирования психопатий (по В. А. Гурьевой и В. Я. Гиндикину) обычно удается выявить ретроспективно, когда психопатия уже сформировалась. На протяжении детства, юношеских и молодых лет выделяются этапы начальных проявлений (отдельных эпизодических нарушений поведения), структурирования (нарушения поведения постоянны, но тип психопатии еще определить трудно) и завершения формирования.

Трансформация типов расстройств личности (по Н. И. Фелинской) происходит как в силу эндогенных механизмов, например с возрастом, так и под влиянием неблагоприятных условий среды. Как указывалось, паранойяльное развитие обычно начинается в 30—40 лет, но ему может предшествовать шизоидное или гистри-оническое расстройство или эпилептоидная акцентуация характера. Постоянное пребывание в асоциальных компаниях может сменить гистрионическое расстройство на диссоциативное, а жизнь в условиях жестоких взаимоотношений способствовать трансформации шизоидной психопатии в эпилептоидную.

Депсихопатизация (по Ю. В. Попову) — стойкое сглаживание психопатических черт характера с многолетней компенсацией. Обыденные жизненные трудности и повседневные стрессы переносятся удовлетворительно. Тип характера остается прежним, но не препятствует социальной адаптации. Наступает в благоприятных условиях, особенно при наличии гармоничной семьи, приблизительно в 15% случаев.

Прогноз, При расстройствах личности прогноз зависит от их тяжести и социального окружения. При длительных и почти непрекращающихся декомпенсациях, несмотря на улучшение условий жизни (“глубокие психопатии” по Б. В. Шостаковичу), социальный прогноз неблагоприятен: паразитический образ жизни, пьянство, употребление наркотиков, преступления, нередко тяжкие, приводят к деградации личности. Если декомпенсации вызваны действительными психическими травмами и непродолжительны, то больше надежды на возможность депсихопатизации со временем. При расстройствах личности также высок риск суицидов.

532

* 1. Этиология и патогенез

Ведущей причиной конституциональных психопатий являются наследственные факторы. Однако закономерности наследования не установлены. Предполагается, что психопатические черты характера чаще передаются от матери к сыну и от отца к дочери. Органические психопатии являются следствием нарушенного формирования мозга в раннем онтогенезе под влиянием мозговых травм и инфекций, а также интоксикаций.

Психопатические развития возникают на неблагоприятной почве (выраженные акцентуации характера, резидуально-органическое поражение головного мозга) под действием хронической психической травматизации, особенно адресующейся к месту наименьшего сопротивления данного типа акцентуации.

После очень тяжелых и оказывающих продолжительное влияние психических травм (например, длительное тюремное заключение в особо тяжелых условиях) психопатическое развитие может начаться и у преморбидно здоровых и уравновешенных личностей (псстреактивное развитие по Н. И. Фелинской, “вьетнамский синдром” у военнослужащих США, “афганский синдром” в советских войсках). При тяжелых расстройствах личности (“глубоких психопатиях”) иногда можно наблюдать эндокринные нарушения или морфологические признаки дизонтогенеза.

* 1. Дифференциальный диагноз

При расстройствах личности дифференциальный диагноз проводится в основном в двух направлениях — с психопатическими (патохарактерологическими) реакциями, т. е. преходящими ситуационно обусловленными нарушениями поведения, и с психопатоподобными картинами при психических болезнях, главным образом при шизофрении. Отличие от психопатических реакций проводится на основании критериев Ганнушкина—Кербикова, причем стабильность патологического характера и его тотальность (проявление в разнообразных ситуациях) особенно важны. Отличия от психопатоподобных картин при шизофрении описаны в главе 25.

533

* 1. Распространенность

Сведения о частоте расстройств личности весьма различны: в популяции их от 0,2 до 5%. Многие психопатические личности не попадают в поле зрения психиатров. Среди мужчин психопатии встречаются в 2—3 раза чаще, чем среди женщин. Отчасти это связано с тем, что в странах со всеобщей повинностью расстройства личности диагностируются при призыве или во время прохождения военной службы. Наиболее частыми типами психопатий являются эмоционально-неустойчивые (эсплозивная, эпилептоидная психопатии), гистрионическое и диссоциативное расстройство личности.

* 1. Лечение и реабилитация

Лекарственное лечение требуется во время декомпенсаций, а при глубоких психопатиях почти постоянно в виде поддерживающей терапии. При диссоциативном расстройстве показаны “корректоры поведения” — неулеп-тил (перициазин), сонапакс (меллерил, тиоридазин), моди-тен (лиоген). При эмоционально-неустойчивом расстройстве прибегают к сибазону (седуксен, реланиум), аминазину (хлорпромазин), тизерцину (левомепромазин), при дисфо-риях — к карбамазепину (финлепсин, тегретол). При анан- кастном расстройстве используют феназепам или малые дозы галоперидола, при тревожном — тазепам (нозепам), феназепам, мепробамат, хлорпротиксен (труксал).

Декомпенсации при гистрионическом расстройстве рекомендуется купировать аминазином, а при шизоидном расстройстве — малыми дозами трифтазина (стелазин) или френолоном.

Психотерапия должна варьировать в зависимости от типа расстройства личности. Но всегда начинают с индивидуальной психотерапии — преимущественно рациональной (разъясняющей, дискуссионной). Гипноз и другие суггестивные (основанные на внушении) методы наиболее действенны при гистрионическом расстройстве, но

эффективность их обычно непродолжительна. Вслед за индивидуальной психотерапией переходят к семейной и групповой. Целью семейной психотерапии является нормализация внутрисемейных отношений, поиск компромиссов, взаимопонимания, правильной оценки мотивов поведения друг другом. Групповая психотерапия ставит различные задачи — обучение контактам при тревожном и шизоидном

534

расстройстве, взаимная коррекция поведения и др. Различные приемы психотерапии излагаются в специальных руководствах.

Реабилитация прежде всего включает рациональное трудоустройство. Трудоспособность при расстройствах личности сохранена: определение инвалидности нерационально даже при “глубоких психопатиях” — оно может толькр способствовать паразитическому образу жизни.

Показанием для неотложной госпитализации в психиатрическую больницу без согласия пациента служат психозы, развивающиеся на высоте декомпенсаций (сумеречные состояния при гистрионическом расстройстве, тяжелые дисфории и патологические аффекты при эксплозивной и эпи-лептоидной психопатии, бредовые психозы при паранойяльном развитии), а также состояния, во время которых пациенты становятся опасными для окружающих (склонность к агрессии) или для самих себя (суицидальные намерения, самокалечение).

32.7. Экспертиза

С у д е б н о-п сихиатрическая экспертиза довольно часто назначается при расстройствах личности в связи с высокой криминогенностью и тем, что во время свершения правонарушений данные субъекты могут производить на окружающих впечатление “ненормальных”. Но способность отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, как правило, сохраняется, поэтому психопаты признаются вменяемыми. Исключение составляют общественно опасные действия, совершенные во время психозов, возникших на высоте декомпенсаций: например, убийство мнимых преследователей по бредовым мотивам при паранойяльном расстройстве, осложнившемся бредовым психозом, разрушительные действия во время тяжелых дисфории.

Во многих странах используется понятие ограниченной или частичной вменяемости, когда отчет о своих действиях неполный, последствия их не учитываются, а способность руководить своими поступками значительно ослабевает. Примером могут послужить правонарушения, совершаемые в состоянии аффекта или после вынужденной продолжительной бессонницы. В нашей стране понятие ограниченной вменяемости не признается. Большинство экспертов считали, что все подэкспортные должны быть либо вменяемыми, либо невменяемыми. С 80-х годов получила распространение

535

комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, которая дает оценку психического состояния во время совершения преступления (например, убийство из страха при самообороне, нанесение тяжких повреждений обидчику и т. п.), которую суд может признать как смягчающее обстоятельство.

Дееспособность при расстройствах личности, как правило, сохранена.

При гистрионическом расстройстве следует с осторожностью относиться к выдвигаемым обвинениям и свидетельским показаниям из-за склонности подобных субъектов к оговорам, фантазиям и мистификациям.

Глава 33

ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Психосексуальные расстройства — сборная группа нарушений сексуального поведения, которая включает как извращение полового влечения в отношении его объекта (лица того же пола, животные, дети) или способа его удовлетворения (онанизм, петтинг, фроттеризм

и др.), так и некоторые нарушения сексуального функционирования при нормальном влечении (психогенная импотенция, вагинизм, фригидность). Некоторые из этих расстройств, проявляющихся извращенным влечением, раньше называли сексуальными, или половыми, психопатиями. Такое название неточно, так как при сексуальных перверсиях (половые извращения) изменения характера и нарушения социальной адаптации могут быть избирательными и касаться только сексуального поведения.

Сексуальные перверсии разделяют на истинные и ложные. При истинных перверсиях извращенное влечение является единственно приемлемым или наиболее предпочитаемым способом удовлетворения. Истинные перверзии чаще бывают врожденными и проявляются с первым пробуждением полового влечения. При ложных перверсиях наряду с извращенным вполне возможно и даже может быть предпочитаемо нормальное половое функционирование. Ложные перверсии всегда приобретенные, они возникают и могут упрочиваться в течение половой жизни. Однако четкую грань между истинными и ложными перверсиями удается провести далеко не при всех видах половых извращений. 536

Сексуальные девиации отличаются от перверсий тем, что представляют собой непатологические отклонения от общепринятых норм полового поведения. Часть из них могут внешне выглядеть как перверсии, но они всегда бывают ситуативно обусловлены (отсутствие объекта для нормального влечения) или преходящими (транзиторными) в периоды гиперсексуальности. Однако в неблагоприятных условиях, становясь дурной привычкой, сексуальные девиации могут упрочиваться и постоянно сочетаться с нормальным половым функционированием или возобновляться всякий раз при вынужденном перерыве нормальной половой жизни, т. е. сексуальные девиации превращаются в ложные перверсии.

Симптоматические перверсии развиваются как одно из проявлений различных психических расстройств: шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, эпилепсии и др.

* 1. Клинические проявления 33.1.1. Сексуальные девиации

Онанизм правильнее называть мастурбацией. Половое возбуждение и оргазм достигаются механическим раздражением половых органов рукой, трением о белье и т. д. Мастурбация обычно сочетается с сексуальными фантазиями. Считается, что в период полового созревания до начала половой жизни около 80% подростков мужского пола занимаются мастурбацией, причем часть из них совместной или взаимной не тайком в одиночку, а со сверстниками.

Патологической мастурбация признается только в случае чрезмерной интенсивности (более одного раза в день) или когда она предпочитается возможным половым сношениям, т. е. становится перверсией, или когда мастурбирует особо изощренными способами (например, вводя инородные тела в задний проход или в уретру).

Петтинг (от англ, pet — предаваться ласкам, обнимать) — удовлетворение полового влечения путем поцелуев, соприкосновения гениталий с совместным трением до оргазма. Нередко используется подростками и молодежью при внебрачных контактах, чтобы не разрушать девственную плеву.

1 Онона — библейский персонаж, не желавший иметь детей и извергавший сперму на землю, поэтому скорее речь здесь шла о прерванном половом сношении — coitus inlerruptus.

537

Фроттеризм (от франц. frotter — тереть) — достижение полового возбуждения и оргазма путем трения о тело другого, обычно незаметно для последнего — в тесноте и давке, например в транспорте. Если становится пагубной привычкой и сосуществует наряду с нормальной половой активностью, то может рассматриваться как ложная перверсия.

Ранняя половая жизнь может считаться девиацией только, если начинается до того, как наступила достаточная половая и физическая зрелость. У девочек об этом свидетельствуют регулярные месячные, возможность нормальной беременности, замедление темпа роста тела. У мальчиков о том же говорит появление растительности на лице и груди, ее обильный рост в подмышечных впадинах и резкое замедление темпа роста тела. Среди наций, живущих в умеренном климате, в наше время подобное созревание обычно наступает в 15—16 лет у девочек и в 16—17 лет у юношей. Половая жизнь при достаточной физической зрелости, но до юридического совершеннолетия (в России — 18 лет) не является сексуальной девиацией, а может рассматриваться лишь как нежелательное социальное явление.

Промискуитет — непрерывная смена половых партнеров. Может превратиться в постоянную потребность, особенно если начинается с подросткового возраста. В этих случаях неспособность удовлетвориться постоянной половой связью препятствует созданию прочной семьи. Промискуитет начинает соответствовать критериям ложной перверсии.

Групповой секс — половое сношение, в котором участвуют одновременно трое и более активных участников. Нередко сочетается с другими девиациями и перверсиями. Если сам по себе становится необходимым условием получения сексуального удовлетворения, то может рассматриваться как ложная перверсия.

Транзиторный подростковый гомосексуализм особенно часто встречается в закрытых воспитательных учреждениях для подростков одного пола. Обусловлен малой дифферен- цированностью полового влечения в этом возрасте. Около 10% подростков проходит через этап гомосексуальной влюбленности. Проявляется взаимной мастурбацией, петтингом, минетом (сосание полового члена у мальчиков, лизание гениталий у девочек). У подростков мужского пола практикуется также введение полового члена в задний проход. Однако объект другого пола всегда остается более привлекательным. Минет может также служить способом утверждения власти одного подростка над другим.

538

Гиперсексуальность — чрезмерное повышение сексуального влечения с потребностью неоднократных половых сношений в течение суток. У мужчин этот феномен называют сатириазисом (Сатир — мифическое существо, отличающееся похотливостью), у женщин

— нимфоманией [нимфы — мифические вещества, олицетворяющие силы природы — леса (дриады), моря (нереиды), реки (наяды) ]. Иногда бывает следствием органического поражения гипоталамической области мозга. ,

Эротомания (Эрос — бог любви) отличается от гиперсексуальности тем, что секс занимает всю духовную жизнь, становится ведущей целью и смыслом, не оставляя места другим развлечениям, интересам, обязанностям. Сексуальная потенция при этом может быть невысокой.

33.1.2. Невротические психосексуальные расстройства

У мужчин к подобным расстройствам относятся психогенная импотенция и преждевременное извержение спермы при половом сношении (ejaculatio praecox), у женщин — фригидность и вагинизм.

Психогенная импотенция — слабая или кратковременная эрекция или ее полное отсутствие при половых сношениях с вызывающей влечение партнершей. Необходимо исключить какое-либо заболевание половых или мочевых органов, гормональную недостаточность или органическое поражение нервной системы. Причиной могут быть сильное волнение, стыдливость, переутомление, половые излишества и другие психогенные факторы.

Эякуляторная импотенция (аноргазмия) — встречается относительно редко: при сохранной эрекции и длительном половом сношении не удается достичь оргазма и эякуляции.

Преждевременная эякуляция — извержение спермы в начале полового сношения, иногда даже когда половой член еще не введен во влагалище. Нормально эякуляция наступает не ранее чем через минуту от начала сношения и после не менее 20 фрикций (от лат. frico — тереть), чаще же требуется 30—60 фрикций.

Фригидность (от лат. frigidus — холодный) — неспособность женщины достигать оргазма, несмотря на привлекательность партнера и достаточное число фрикций во время полового акта. Конституциональная фригидность при хорошем здоровье и половом развитии, способности к дето-

539

рождению встречается у около 10% женщин. Ретардаци-онная фригидность бывает следствием задержанного сексуального развития. В этих случаях оргазмы появляются лишь с 22—25-летнего возраста, иногда после нескольких лет половой жизни.

Психогенная фригидность обусловлена безразличием или неприязнью к данному половому партнеру. Фригидность может быть также вызвана переутомлением или недосыпанием при кормлении грудного ребенка. Необходимо исключить гинекологические заболевания, гормональные нарушения, органические поражения нервной системы (симптоматическая фригидность).

Вагинизм — непроизвольное судорожное сокращение мышц влагалица и тазового дна при введении полового члена или даже при прикосновении к половым органам. Причиной бывает страх полового сношения или испытанная при нем боль (например, при дефлорации). Может быть проявлением как истерического, так и обсессивного невроза. В первом случае свидетельствует о подсознательном отказе от половой жизни с данным партнером. После родов обычно проходит.

33.1.3. Истинные и ложные перверсии (парафилии)

Гомосексуализм — половое влечение к лицам своего же пола в США и многих других странах перверсией не считается, а рассматривается как вполне допустимая дивиация. В МКБ-9 гомосексуализм еще сохранялся в числе психических расстройств, но из МКБ-10 исключен. Среди мужчин встречается гораздо чаще, чем среди женщин. У последних он носит название лесбиянства (от греч. острова Лесбос, где в древности жила поэтесса Сафо, которую считали склонной к гомосексуализму).

Истинный гомосексуализм начинает проявляются с момента пробуждения полового влечения в предподростковом или подростковом возрасте. Сверстники другого пола никакого влечения не вызывают. Сама мысль о сексуальном контакте с ними может вызывать неодолимое отвращение. Сексуальные фантазии, сновидения во время поллюций, платоническая влюбленность связаны только со своим полом. Начинают активно выискивать ситуации, где можно увидеть обнаженные гениталии представителей своего пола (общественные туалеты, бани т. д.), ищут сексуальных контактов с ними.

Гомосексуалистов принято разделять на активных (иг- 540

рающие мужскую роль) и пассивных (женская роль). У мужчин пассивная роль сочетается с женственностью манер, склонностью прибегать к косметике, иногда переодеваться в женское платье и белье, они предпочитают женские профессии и занятия. Активным лесбиянкам присущи мужские манеры, властность, предпочтение мужских профессий и занятий. Активным гомосексуалистам-мужчинам женственность несвойственна, наоборот, она может вызывать неприязнь у партнеров. Они нередко вступают в гетеросексуальный брак в надежде “исправиться” или с целью скрыть свои гомосексуальные склонности от окружающих. Влечения к супруге не испытывают, во время сношений возбуждают себя гомосексуальными фантазиями, но у них могут быть дети. Среди мужчин- гомосексуалистов чаще всего встречаются промежуточные типы: в зависимости от ситуации они способны играть то активную, то пассивную роль.

Мужеподобный склад девочек и женщин и женоподобный у мальчиков и мужчин сами по себе не свидетельствуют о гомосексуальных склонностях — скорее они создают лишь повышенный риск их появления.

Лишь часть гомосексуалов субъективно страдает от своей аномалии, хотели бы от нее избавиться, ищут помощи у врачей (“эго-дистонический гомосексуализм” американских авторов). У некоторых подобные переживания охватывают лишь определенный период в юности. Но многие не испытывают какого-либо дискомфорта от влечения, не мыслят себя в иной роли. Страдают же они от отношения к ним окружающих.

Ложный гомосексуализм встречается чаще истинного, сочетается с гетеросексуальным влечением (бисексуализм). Гомосексуальные склонности могут появиться вследствие совращения в подростковом возрасте или длительного пребывания в замкнутых однополых коллективах (матросы в плавании, заключенные, воспитанники некоторых интернатов и т.д.). В этих случаях гомосексуальные и гетеросексуальные фантазии и сновидения чередуются.

Трансвестизм (от древнегреч. vestis — одежда) — патологическое стойкое стремление.носить одежду и прическу противоположного пола и играть его роль. Может сочетаться с пассивным гомосексуализмом у мужчин или с активным у женщин, но может быть изолированным нарушением, когда гомосексуальных контактов не ищут. Истинный трансвестизм проявляется с детства: мальчики облачаются в одежду и белье девочек, а девочки носят мужские костюмы,

541

предпочитают мальчишеские игры. Истинный трансвестизм чаще встречается у женщин. Получают наслаждение, когда незнакомые принимают их за представителей другого пола. Ложный или фетишистский трансвестизм — переодевание в одежду и особенно в белье другого пола для мастурбации. После достижения оргазма эту одежду отбрасывают. При посторонних ее не носят. Этот вид трансвестизма чаще бывает у мужчин.

Транссексуализм — с детства пробуждающееся и на всю жизнь сохраняющееся страстное желание переменить свой пол. Считают себя представителями другого пола (нарушение половой индентификации). Настойчиво добиваются хирургических операций (мужчины

— ампутации полового члена и яичек, женщины — грудных желез и кожной пластики в виде полового члена), а также постоянного введения гормонов другого пола, чтобы изменить внешность. После подобной хирургической и гормональной коррекции успокаиваются, добиваются смены паспортного пола и нередко неплохо социально адаптируются.

Фетишизм — потребность в определенной вещи (предметы одежды, белье, обувь, волосы противоположного пола и т. д.), которую прикладывают к половым органам или созерцают перед половым сношением или мастурбацией. Может относиться к ложным перверсиям, когда нормальная половая жизнь возможна без фетиша, но чаще без него невозможно половое возбуждение. Как правило, встречается у мужчин. Склонны воровать вещи, служащие фетишами (чужое женское грязное белье, чулки, носки, хотя бы примеренная обувь и т.д.).

Эксгибиционизм (от лат. exhibito — выставлять напоказ) встречается у мужчин. Удовлетворение получают от того, что неожиданно показывают незнакомой женщине (в укромном месте или под окном) отлаженный половой член, обычно эрегированный.

Особое наслаждение вызывает испуг на лице женщины. Оргазм может наступить сам по себе или с помощью мастурбации.

В одних случаях начинает проявляться с полового созревания, в других — лишь в зрелом возрасте. Хотя обычно сочетается с нормальной половой жизнью, тем не менее нередко отличается неодолимостью: удовлетворение от подобного акта несравненно сильнее, чем от нормального сношения. По-видимому, в этих случаях можно эксгибиционизм отнести к истинным перверсиям.

Вуайеризм (от фр. voyeur — зритель) — влечение к 542

разглядыванию чужих половых органов и особенно к подсматриванию за половым сношением между другими. Как транзиторное явление встречается у детей и младших подростков. В более старшем возрасте бывает относительно редко: подглядывание обычно сочетается с мастурбацией. Вполне возможно остается нормальная половая жизнь. Педофилия (от древнегреч. paides — дети, phileo — любить) — половое влечение к детям. Встречается у подростков мужского пола с легкой дебильностью или с задержкой сексуального развития, у некоторых женатых мужчин — при дисгармонии половой жизни с супругой, но особенно у пожилых со слабеющей потенцией. Обычно является ложной перверсией. Истинная перверсия (описание ее .дано в романе В. Набокова “Лолита”) встречается довольно редко. В некоторых случаях влечение может возникать только к младшим подросткам — в начале полового созревания, иногда это встречается при гомосексуализме (в строгом смысле слова “педерастия” должна относиться только к этим случаям, нередко же этим словом обозначают все половые сношения между мужчинами или только coitus per anum).

Геронтофилия (от древнегреч. geron — старец) дословно означает влечение к старикам, но на самом деле к лицам значительно старше себя, обычно в возрасте, соответствующем возрасту собственных родителей. У девочек-подростков встречается как транзиторное явление. Однако иногда бывают стойкие пожизненные сексуальные привязанности, которые вряд ли стоит рассматривать даже как сексуальные девиации.

Инцест (от лат. incestus — кровосмешение, осквернение) — половые сношения с близкими кровными родственниками (отцом, матерью, сыновьями и дочерьми, братьями и сестрами). Запрет на инцест встречается почти у всех народов. Православная церковь не венчала даже двоюродных братьев и сестер, что разрешается римско-каталической церковью. Браки между кровными родственниками резко повышают риск рецессивных наследственных заболеваний, включая слабоумие.

Согласно учению 3. Фрейда, у ребенка 3-5 лет пробуждается влечение к родителю противоположного пола, которое затем подавляется, но существует подсознательно [эдипов комплекс — по имени легендарного царя Эдипа (из древнегреческой мифологии), влюбившегося в свою мать и из ревности убившего своего отца, не зная, что это его

543

родители]. Половые сношения между сыном и матерью обычно случаются, когда тот психически болен (чаще шизофренией) и принуждает мать к сожительству. В сношениях с дочерью инициатором чаще бывает пьяный отец, а пострадавшими — девочки 9—12 лет или в возрасте полового созревания. Если отец был первым сексуальным партнером в жизни, то влечение к нему может упрочиться (могут быть регулярные сношения отца с дочерью тайком от матери). Этому может способствовать ситуация, когда жена-мать не справляется со своей ролью.

Зоофилия, или скотоложство, известно также под названием содомии (от названия библейского города Содома, жители которого предавались безудержному разврату) — половые сношения с животными. Мужчинами чаще используются козы и овцы, женщинами — крупные кобели. Отношение общества к зоофилии в разные эпохи и в разных культурах неодинаково. За древнеримскими легионами специально гнали стада коз и овец для полового удовлетворения воинов. В древней Иудее и в средневековье в христианских странах сношения с животными карались смертной казнью. При отсутствии возможности для нормальной половой жизни может быть тразиторной девиацией (особенно у подростков и юношей с невысоким интеллектом).

Садизм и мазохизм^ — потребность во время полового сношения или перед ним причинять партнеру (или испытывать от него) физическую боль или моральные

страдания. В легкой степени садизм нередко может встречаться у мужчин, а мазохизм — у женщин во время нормальной половой жизни. Перверсией следует считать тяжелые проявления, когда жестокие действия (бичевание нанесение уколов, порезов, ожогов, побоев) становятся необходимым условием полового возбуждения и даже сами по себе приводят к оргазму. Садизм и мазохизм могут сочетаться и чередоваться у одного лица.

Иногда дело ограничивается только садистскими или мазохистскими фантазиями. Нарциссизм (по имени мифического красавца-юноши Нарцисса, влюбившегося в самого себя, увидев свое отражение в воде). Склонность любоваться своим телом не следует считать ни перверсией, ни девиацией. Извращением является мастурбация перед зеркалом, глядя на свое обнаженное тело.

От имени писателей: французского — маркиза де Сад и австрийского — Захер-Мазоха. 544

Другие перверсии включают разнообразные способы удовлетворения полового влечения

* от изощренной нецензурной брани по телефону неизвестному лицу, за которой обычно следует мастурбация, до вызывания оргазма путем аноксии мозга, достигаемой кратковременным удушением. Описаны казуистические случаи некрофилии (половое влечение к трупам), гомицидомании (влечение к убийству). В большинстве подобные случаи относились либо к шизофрении, либо к тяжелому органическому поражению головного мозга (например, постэнцефалитическому).

Симптоматические первесии и сексуальные девиации служат одним из проявлений психических расстройств. При шизофрении перверсии весьма разнообразны, иногда одна сменяет другую или они сочетаются. Их отличие — они появляются с началом заболевания и ослабевают или исчезают во время ремиссий. При органических поражениях головного мозга встречаются “неистовый онанизм” с криком, садизм и мазохизм. Во время маниакальных фаз гиперсексуальность может сочетаться с промискуитетом, транзитор-ным гомосексуализмом. Особенности перверсий и девиаций при психопатиях зависят от их типа и упомянуты при их описании в этой главе.

* 1. Этиология и патогенез

Истинные перверсии, вероятнее всего, имеют конституционально-наследственную предопределенность. У монозиготных близнецов, как правило, бывает полное совпадение по гомосексуализму, даже если они воспитывались в разных семьях. У гомосексуалистов мужского пола кровные родственники, подозрительные в отношении той же перверсии, значительно чаще встречаются по материнской линии. Они также чаще рождаются от матерей в возрасте 35 лет и старше. Как указывалось, женственная внешность у мужчин и мужественная у женщин не имеет жесткой связи с гомосексуализмом, транссексуализмом и трансвестизмом, хотя риск перверсий возрастает.

Каких-либо достоверных гормональных нарушений при первесиях не установлено. Попытки гормонотерапии безуспешны. Когда мужчинам-гомосексуалистам вводили мужские половые гормоны, то это лишь усиливало гомосексуальное влечение, но не меняло его направленности. Существует предположение, что в основе истинных перверсий лежит какая-то гормональная дисгармония во внутриутроб-

18—1039 545

ном периоде, а именно во время формирования гипоталамуса (4—7-я неделя беременности). С некоторыми органическими поражениями головного мозга связывают развитие садизма и мазохизма, а с поражением височных долей — фетишизма и трансвестизма.

Психоаналитическая теория, заложенная 3. Фрейдом, связывает развитие перверсий с детской сексуальностью, в которой выледяют фазы оральную (сосание — в возрасте до 1 года), анальную (интерес к дефекации — возраст 1—3 года), генитальную (с 4—5 лет), когда происходит формирование эдипова комплекса (аналогичные переживания у девочек

иногда называют комплексом Электры — мифической девицы, влюбленной в своего отца). В 7—10 лет наступает период латентности, когда внешне сексуальность мало проявляется, хотя психосексуальное развитие продолжается. Затем начинается половое созревание. Перверсии и сексуальные девиации с этой точки зрения отражают фазы инфантильной сексуальности. Например, гомосексуализм связывают с анальной фазой, инцест — с эдиповым комплексом.

В генезе ложных перверсий важное значение имеют условнорефлекторные механизмы. Особая роль отводится импринтингу (запечатлению) — стремительно быстрому образованию прочного условного рефлекса в начале жизни, в данном случае половой. Если первый в жизни оргазм возникает при взаимной мастурбации мальчиков или при совращении взрослым гомосексуалом, то подобный способ его вызвать может прочно запечатлеться и обусловить гомосексуальное влечение. Предметы, связанные с первым оргазмом, могут стать фетишем. Первый оргазм во время драки может способствовать садизму или мазохизму. Именно поэтому законы большинства государств оберегают малолетних, строго карая развратные действия с ними. Однако все случаи перверсий механизмом импринтинга объяснить не удается. К тому же далеко не всегда первый оргазм обусловливает импринтинг раздражителей, с ним связанных.

Сексуальные девиации (промидкуитет, групповой секс и др.) чаще бывают следствием влияния окружения.

* 1. Прогноз

Истинные перверсии практически не поддаются коррекции. Психотерапия позволяет ослабить депрессивную реакцию, если собственная перверсия воспринимается как тя- 546

гостная неполноценность. Следует учитывать, что частота суицидов среди страдающих перверсиями значительно выше, чем в общей популяции. Прогноз при ложных перверсиях и сексуальных девиациях значительно лучше: во многих случаях они поддаются психотерапевтической коррекции, а некоторые из них, проявляющиеся в период полового созревания, проходят сами при повзрослении с началом нормальной половой жизни.

* 1. Лечение и профилактика

Мастурбация требует лечения, только если достигает чрезмерной интенсивности или тяготит пациента. Для снижения половой возбудимости можно использовать сонапакс (меллерил, тиоридазин) по 25—50 мг перед сном или отдыхом. К этому же средству прибегают также при преждевременной эякуляции и гиперсексуальности.

Сексуальные девиации в виде промискуитета, группового секса, фроттеризма нуждаются лишь в психологической коррекции — должна быть разъяснена высокая вероятность превращения их в стойкую пагубную привычку, которая будет мешать нормальной половой жизни.

При невротических психосексуальных расстройствах используют разнообразные психотерапевтические приемы, описанные в специальных руководствах.

Истинные перверсии практически неизлечимы. Гормонотерапия гомосексуализма и трансвестизма безуспешна. Психотерапия особенно важна в кризисных ситуациях, когда высок риск суицидов, а также, когда перверсия тяготит пациента, вызывает депрессивную реакцию на собственную неполноценность или питаются безосновательные надежды на исцеление. Цель психотерапии — найти формы удовлетворения влечения без нарушений закона и не нанося вреда другим, а также поиск путей самоутверждения в других несексуальных областях. При ложных перверсиях, когда нормальная половая жизнь возможна, для ее упрочения используют самые различные психотерапевтические приемы

* от гипноза до рациональной и поведенческой терапии.

При транссексуализме удовлетворительная социальная адаптация достигается иногда только после пластических хирургических операций и поддерживающей гормонотерапии, создающих видимость другого пола и при юридическом закреплении смены пола.

18\* 547

Эксгибиционизм, даже впервые выявившийся в зрелом возрасте, плохо поддается коррекции. Уголовное преследование с осуждением за “злостное хулиганство” не предотвращает возможного рецидива, иногда тотчас после освобождения.

Профилактика истинных перверсий затруднена из-за неясности их патогенеза. Для профилактики ложных перверсий и сексуальных девиаций решающее значение имеет половое воспитание, включающее половое просвещение с младшего подросткового возраста. Неблагоприятна длительная изоляция в однополом коллективе.

* 1. Экспертиза

Действия, обусловленные перверсиями и сексуальными девиациями (если они не являются симптоматическими при психических болезнях), совершаются в ясном сознании при сохранении способности отдать себе в них отчет и руководить ими. Неодолимость влечений не исключает вменяемости. В уголовных кодексах некоторых стран в разные времена предусматривалось наказание за мужеложство, при этом гомосексуальные сношения между женщинами обычно не преследовались — пожалуй, это единственное исключение, когда за одно и то же действие наказывались представители только одного пола. В России суровое наказание за мужеложство было введено Иваном Грозным и сохранялось до 1918 г., когда из числа уголовных преступлений было исключено, но в 1934 г. вновь соответствующая статья была включена в Уголовный кодекс. В настоящее время в большинстве стран гомосексуальные сношения между совершеннолетними не преследуются. Опыт показал, что подобная кара лишь способствует анонимному гомосексуальному промискуитету, препятствует устойчивым связям и обусловливает рост венерических болезней, включая СПИД, а также шантажа и преступности.

Эксгибиционизм расценивается как злостное хулиганство, а садистские действия — как истязания или нанесение телесных повреждений. Педофилия наказуется за развратные действия над малолетними или за половые сношения с лицами, не достигшими половой зрелости. В прошлом в нашей стране специально оговаривалось наказание за скотоложство, в настоящее время подобная статья в Уголовном кодексе отсутствует.

548

Глава 34 ОЛИГОФРЕНИИ

Олигофрении — сборная группа стойких непрогрессирующих патологических состояний с различной этиологией и патогенезом, но объединяемых по сходству основной, главной клинической картины наследственного, врожденного или приобретенного в первые годы жизни слабоумия, выражающегося в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и в затруднении социальной адаптации.

Термин “олигофрения” (от греч. oligos — малый, незначительный + phren — ум, разум), впервые введенный Э. Крепелином, не является единственным для определения описываемых состояний. В настоящее время употребляются также такие обозначения, как “психическая ретардация”, “умственная отсталость”, “общее недоразвитие”, “умственное недоразвитие”.

Недоразвитие интеллекта — наиболее яркое клиническое проявление олигофрении, но при этом следует помнить, что малоумие является лишь частью общего психического недоразвития личности, задержки психического развития в целом. Поэтому для олигофрении характерны также различно выраженные эмоциональные, волевые, речевые и двигательные нарушения.

Основное проявление олигофрении — психическое недоразвитие — в зависимости от ее формы может сочетаться с различными физическими, неврологическими, психическими, биохимическими, эндокринными и другими нарушениями. Олигофрении не являются болезнью в полном смысле слова. Это не болезненный процесс, а патологическое состояние — результат когда-то подействовавшей вредности, следствие какого-то давнего

болезненного процесса, вызвавшего задержку развития личности в целом и в первую очередь умственного развития.

Олигофрении не заболевания, а дизонтогении (Г. Е. Сухарева) .

Для олигофрении характерно отсутствие прогредиентно-сти, что выражается прежде всего в том, что слабоумие

1 Дизонтогенез (от греч. dys — отрицание + ontogenesis — индивидуальное развитие) — неправильное, нарушенное, порочное индивидуальное развитие.

549

олигофренов, как правило, не нарастает, не увеличивается, не прогрессирует. Наоборот, в большинстве случаев (за исключением самых тяжелых степеней задержки, отсталости развития) при олигофрениях возможно какое-то интеллектуальное развитие. В этом принципиальное отличие олигофрении от деменции — приобретенного в течение жизни слабоумия с его тенденцией к прогрессированию.

* 1. Клинические проявления

По степени психического недоразвития всех страдающих олигофренией независимо от формы заболевания принято подразделять на три группы: 1) с наиболее резко выраженным дефектом психического развития (идиотия); 2) со средней степенью (имбецильность) и 3) с легкой выраженностью олигофрении (дебильность).

* + 1. Психические нарушения

Четкой границы между этими тремя степенями задержки психического развития нет. Невозможно, например, провести твердую грань между легкой степенью идиотии и глубокой имбецильнрстью, или между выраженной дебильно-стью и легкой степенью имбецильности. Но все же, однако, в наиболее типичных проявлениях идиотия, имбецильность и дебильность имеют ряд существенных особенностей.

Идиотия (от греч. idioteia — невежество) является наиболее тяжелой степенью задержки психического развития.

При глубокой идиотии почти полностью отсутствует познавательная деятельность. Такие больные обычно никак не реагируют на окружающее, ничем, даже громким звуком или ярким светом, не удается привлечь или во всяком случае сколько-нибудь задержать их внимание. Они неспособны к каким-либо дифференцировкам; часто не узнают даже мать, что здоровый ребенок делает уже в несколько месяцев. Подобное глубокое нарушение познавательной деятельности определяется как неспособность образовывать представления, образовывать новые связи.

Страдающие глубокой идиотией не отличают горячее от холодного, съедобное от несъедобного, вся тянут в рот, пытаются сосать одежду, белье, пальцы, иногда засовывая в рот не только пальцы рук, но и ног. Не имеют представления и о глубине и высоте. Так, больной идиотией ребенок 7 лет, ползая по двору, много раз падал в глубокую яму,

550

вырываемую для колодца и все же сильные ушибы (однажды даже с переломами костей) не вызывали у него никакого представления об опасности.

Больные с тяжелой формой идиотии не приобретают никаких навыков самообслуживания, не могут одеться или раздеться, пользоваться ложкой, вилкой, неопрятны во время мочеиспускания и дефекации и совершенно не тяготятся этим, не испытывают беспокойства от мокрого белья.

Довольно часто у глубоких идиотов отмечается понижение всех видов чувствительности, в том числе и болевой: они никак не реагируют на повреждения, а нередко, особенно в периоды гневливых вспышек, могут царапать лицо и тело, рвать волосы, кусаться.

Эмоциональные реакции страдающих глубокой идиотией крайне примитивны, они не умеют плакать или смеяться, не могут радоваться, способны лишь к злобно-гневливым вспышкам. У одних эти злобные реакции почти постоянны, у других преобладает вялость,

тупое безразличие ко всему, почти полное отсутствие каких-либо эмоциональных реакций.

Двигательные реакции их также характеризуются бедностью, малой координированностью, примитивностью. Они поздно и с трудом овладевают умением ходить, делают очень неуклюжие движения, иногда же передвигаются только ползком. Движения их несогласованны, нередко хаотичны, сколько-нибудь сложная координация им обычно недоступна. Характерны для идиотов однообразные, иногда постоянно повторяющиеся движения: монотонное равномерное раскачивание туловища взад и вперед, стереотипные движения из стороны в сторону нижней челюстью, кивательные движения головой, переминание с ноги на ногу и т. д.

Девочка 12 лет по физическому развитию напоминает ребенка 4 лет У нее резко выраженное сходящееся косоглазие, маленьких размеров голова с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Выражение лица бессмысленное, рот полуоткрыт с почти постоянно вытекающей слюной. Целыми днями сидит в постели, стереотипно раскачиваясь взад — вперед. Порой делает попытки встать, держась за края кроватки, но чаще всего при этом не удерживается, садится и вновь начинает стереотипно раскачиваться. Никак не реагирует на окружающее, например даже не повернула головы при резком звуке падающего таза. Не понимает не только речи, но и жестикуляции и интонаций. Обычно издает только мычание, но иногда, главным образом при запаздывающем кормлении, начинает дико кричать и царапать себе лицо. Ест только с помощью матери (на которую никак не реагирует), неопрятна при мочеиспускании и дефекации.

Речь у страдающих глубокой идиотией полностью отсутствует. Они не только не понимают обращенных к ним

551

слов, но даже неспособны издавать сколько-нибудь членораздельные звуки.

При идиотии средней и легкой степени имеются некоторые проявления познавательной деятельности. Такие больные способны к выработке каких-то (наиболее простых) представлений. Они понимают, например, что нельзя трогать пламя, опускать руку в кипящую воду, что можно уколоться острым предметом и т. д. Эти больные способны не только различать окружающих, но даже привязываться к ухаживающим за ними, проявлять радость при их появлении. Способны усвоить элементарные навыки самообслуживания. Движения их большей частью неуклюжи, но встречаются среди них больные с очень большой подвижностью. Ловко работая руками и ногами, такие больные способны легко влезть не только на дерево, но и на гладко обтесанный столб. При идиотии средней и особенно легкой степени больные не только могут издавать членораздельные звуки, но и запоминать отдельные слова, обычно из повседневного обихода. При этом большей частью отмечаются разного рода дефекты произношения: гнусавость, шепелявость, замены одних звуков другими, пропуски слогов и т. д. Ввиду резко выраженного дефекта психического развития олигофрены в степени идиотии нуждаются в постоянном надзоре и уходе и помещаются обычно в специальные медицинские учреждения.

Имбецильность (от лат. imbecillus — слабый, незначительный) — средняя степень задержки психического развития . При имбецильности познавательная деятельность нарушена таким образом, что страдающие олигофренией уже могут образовывать представления, но более высокий этап психической деятельности — образование понятий

* для них невозможен или резко затруднен. У них отсутствует способность к абстрактному мышлению, обобщениям. Имбецшш не только в состоянии приобретать основные навыки самообслуживания, такие как одевание, самостоятельная еда, элементарная опрятность, но могут быть приучены и к простейшему труду, в основном путем тренировки подражательных действий. Так, они могут перематывать нитки,

помогать в уборке помещения или двора, выполнять какую-то одну операцию, например при клейке коробок и т. д.

1 Как и при идиотии, при имбецильности выделяют три степени тяжести: тяжелую, среднюю и легкую с соответственно различными уровнями психического недоразвития. 552

Имбецилы понимают простую речь и сами могут усвоить небольшой запас слов. Речь их, как правило, косноязычна и состоит чаще всего из очень коротких стандартных фраз, главным образом какого-либо существительного в сочетании с простым прилагательным или глаголом.

Усвоение нового удается имбецилам с большим трудом и возможно только в пределах очень конкретных представлений без всякого обобщения. К самостоятельному мышлению имбецилы неспособны, поэтому их адаптация к окружающему возможна только в привычной, хорошо знакомой обстановке. Малейшее изменение ситуации ставит имбецила в затруднительное положение, он нуждается в постоянном руководстве.

Имбецилы очень внушаемы. Собственные их интересы обычно крайне примитивны и касаются в основном утоления физиологических потребностей. Они нередко бывают очень прожорливы и неряшливы в еде. Сексуальное чувство их большей частью понижено, но иногда отмечается повышение полового влечения с распущенным поведением.

По поведению олигофрены в степени имбецильности делятся на две группы: одну из них составляют очень живые, подвижные, активные, непоседливые, а другую — вяло- апатичные, ни на что не реагирующие, равнодушные ко всему, кроме утоления естественных потребностей.

По характеру всех имбецилов также можно разделить на две группы: очень добродушных, покладистых, приветливых, общительных и злобно-агрессивных и упрямых.

Несмотря на способность к примитивному труду, имбецилы не могут жить самостоятельно и нуждаются в постоянном квалифицированном надзоре. Лучше всего это осуществляется, кроме вспомогательных школ, в учреждениях типа лечебно-трудовых мастерских (если имбецил живет в семье) или в специальных загородных учреждениях.

Больной 22 лет. Три года учился в вспомогательной школе, за это время усвоил несколько букв и счет в пределах 5. Речь косноязычная, чаще всего произносит очень невнятно отдельные слова. С трудом овладел склейкой коробок. Работает старательно, но очень медленно и малопродуктивно. Благодушен, послушен, вял, понимает только самые простые вопросы. Очень любит разговаривать со студентами, при этом почти постоянно, указывая пальцем на какую-либо студентку, заявляет, широко улыбаясь: “Моя невеста”. Дебильность (от лат. debilis — слабый, немощный) — самая легкая степень психического недоразвития. Нарушения познавательной деятельности у олигофренов в степени дебильности выражаются главным образом в неспособности к выработке сложных понятий и вследствие этого в невоз-

553

можности сложных обобщений, абстрактного мышления или при более легкой степени дебильности — в ограниченности абстрактного мышления. У этих больных преобладает конкретно-описательный тип мышления, им трудно охватить ситуацию целиком, чаще всего они улавливают лишь внешнюю сторону событий. В зависимости от степени дебильности (легкой, средней или тяжелой) эта неспособность к выработке понятий выражена в разной степени, но тем не менее у дебилов всегда можно отметить те или иные нарушения абстрактного мышления. Дебилы могут учиться в школе, но усвоение материала дается им с большим трудом. Особенно трудным предметом является для них математика.

Не обладая пытливостью ума, не имея собственных суждений, эти лица обычно легко перенимают чужие взгляды, подчас с необыкновенной косностью придерживаясь их. Запоминая различные правила, выражения, употребляют их шаблонно, при этом любят иногда поучать окружающих.

Не будучи способным к тонкому анализу и обобщениям, страдающие дебильностью (особенно при легкой степени) в то же время могут ловко ориентироваться в обычной ситуации, обнаруживая при этом хорошую практическую осведомленность, а иногда определенную хитрость и пронырливость. Поэтому о таких больных говорят, что “их уменье больше их знания” (Крепелин).

При выраженной задержке общего психического развития дебильных больных среди них иногда встречаются люди с частичной одаренностью. Эта частичная одаренность может выражаться в великолепной механической памяти без осмысления повторяемого, в абсолютном слухе, в способности умножить в уме крупные цифры, в рисовании, в умении определять по любой задаваемой дате день недели при невозможности объяснить ход этих вычислений и т. д.

Характерной чертой дебилов является их выраженная внушаемость, легкое попадание под чужое влияние. Это представляет особую опасность в том случае, когда дебилы, не осмысливая обстановки, становятся орудием в руках разного рода злоумышленников, непосредственными исполнителями преступлений. Такие лица, исполняя чужую волю, могут напасть с ножом, сломать запор, совершить поджог и т. д., совершенно не отдавая себе отчета в последствиях своих действий.

554

Среди дебильных больных довольно часто встречаются личности с усилением примитивных влечений, в частности сексуальных, с распущенным поведением.

По характеру дебилы, так же как и имбецилы, могут быть или добродушно-ласковыми, приветливыми, доброжелательными либо, напротив, злобно-упрямыми, агрессивными и мстительными, а по поведению — двигательно-воз-будимыми или малоподвижными.

Чрезвычайно важным для олигофренов в степени де-бильности является правильная организация труда и быта. При разумном руководстве страдающие дебильностью вполне могут овладеть (и иногда очень хорошо) несложной специальностью. Могут жить самостоятельно, но чаще нуждаются в руководстве и поддержке.

Больная 34 лет, окончила 4 класса массовой школы, в 3-м и 4-м классах оставалась на второй год. Особенно плохо успевала по арифметике. В дальнейшем научиласть хорошо вышивать, с большим мастерством делает искусственные цветы, умеет готовить. Дружит с девочками 10-12-летнего возраста, проявляет большой интерес к нарядам, украшениям, мальчикам. При приветливом обращении к ней тут же пытается обнимать и целовать собеседника, не хочет уходить, просит взять ее с собой, “погладить по головке”.

Независимо от степени выраженности психического недоразвития олигофрении подразделяются еще на такие формы, как астеническая, атоническая, дисфорическая и сте- ническая с определенными клиническими особенностями каждой из них (Д. Н. Исаев).

Основными особенностями страдающих олигофренией в астенической форме являются истощаемость, утомляемость, эмоциональная неустойчивость. Для умственно отсталых с атонической формой психического недоразвития характерна неспособность к мотивированному и целесообразному поведению.

Для больных олигофренией в дисфорической форме (довольно редкой) характерны выраженные расстройства настроения со склонностью к агрессии и разрушительным действиям. Олигофрены с наиболее часто встречающейся стенической формой психического недоразвития характеризуются либо уравновешенностью, активностью, добродушием и общительностью (“уравновешенный вариант”), либо эмоциональной неустойчивостью, вспыльчивостью и неупорядоченным поведением (“неуравновешенный вариант”).

555

* + 1. Физические нарушения и неврологические расстройства. Пороки развития черепа и мозга

При олигофрениях часто встречаются самые разнообразные пороки развития, особенно выраженные при идиотии и имбецильности Весьма характерны различные пороки развития черепа—дискрании, обычно сопровождающиеся теми или иными дефектами в строении мозга.

Нередко можно отметить микроцефалию — значительно уменьшенную в размерах голову с явным преобладанием лицевого черепа над мозговым. Лоб у таких олигофренов обычно очень маленький, покатый, что в совокупности с резко выступающим носом иногда придает им сходство с птицей.

Так же нередко встречается макроцефалия — большой гидроцефалический череп, когда, наоборот, мозговая часть черепа явно преобладает над лицевой, отчего лицо кажется очень маленьким под большим, широким, обычно выпуклым лбом. Довольно характерен выраженный венозный рисунок, особенно на висках. Форма головы при гидроцефалии чаще всего круглая, шарообразная. Иногда бывает пиргоцефалия (башенный череп), долихоцефалия (удлинение черепа в переднезаднем размере) и т. д.

Кроме того, при олигофрениях могут быть разнообразные неправильности в строении лица, волчья пасть, заячья губа, очень высокое, так называемое готическое небо, уродливые по своему росту и строению зубы, различные поражения глаз, деформированные уши, очень высокий или чрезмерно маленький рост, диспластичность, ожирение, гипо- или ги-пергенитализм, шестипалость, четырехпалость, синдактилия, различные пороки развития внутренних органов и т. д.

Некоторые дефекты физического развития характерны преимущественно для определенных форм олигофрении и имеют поэтому конкретно-диагностическое значение (см. ниже). Большинство же физических уродств встречается при многих олигофрениях, независимо от их форм.

Многообразны и неврологические расстройства, наблюдаемые при олигофрениях. Могут быть симптомы нарушения ликворообращения, парезы и параличи черепных нервов (птоз, нистагм, косоглазие, поражения слуха и зрения, асимметрия лица и т. д.), разнообразные двигательные расстройства, судорожные проявления, нарушения чувствительности, изменения рефлексов (арефлексия, гиперреф-

556

лексия, гипорефлексия), патологические рефлексы, различные трофические нарушения и т. д.

При исследовании мозга при олигофрении, особенно в тяжелых случаях, часто обнаруживаются многочисленные аномалии в виде нарушения обычной структуры и величины мозга, несоразмерности отдельных его частей, изменения извилин (отсутствие их — агирия , наличие узких и коротких извилин — микрогирия), неправильного соотношения белого и серого вещества, отсутствия мозолистого тела, изменений со стороны глии, извращения архитектоники коры, гетерогения серого вещества и т. д.

При гидроцефалии обнаруживается чрезмерное скопление спинно-мозговой жидкости в желудочках (внутренняя водянка мозга) или в подпаутинных пространствах (наружная гидроцефалия). Повышение внутричерепного давления, характерное для гидроцефалии, ведет к уплощению вещества головного мозга.

Встречается также врожденная порэнцефалия — наличие в мозге полостей различной величины и расположения.

* 1. Этиология и патогенез

Причины, приводящие к возникновению олигофрении, очень разнообразны и далеко еще не полностью изучены (хотя известно уже более 100 вредных факторов).

Этиологические факторы олигофрении могут быть как эндогенной, так и экзогенной природы, возможно и их разнообразное сочетание, т. е. полиэтиологичность психического недоразвития.

В целом причинами олигофрении являются:

1. наследственно обусловленные нарушения обмена ве ществ (в частности, недостаточность того или иного фер мента) и хромосомные болезни (патология, связанная с так называемой хромосомной аберрацией) ;
2. разного рода инфекционные агенты, воздействующие в период внутриутробного развития или в первые годы жизни (нейротропные вирусы, бледная спирохета, токсоп- лазма гондии, менингококк и т.д.);
3. многочисленные интоксикации (появление в организ ме матери токсичных продуктов вследствие, например, на рушения функции ее печени или почек, алкоголизм матери, применение различных химических веществ с целью пре- Агирия называется еще дисэнцефалией.

От лат. aberratio — ошибка, заблуждение, отклонение от истины. 557

рывания беременности, гормональные дискорреляции в организме беременной женщины и т.д.);

1. действие на женщину в период беременности лучевой энергии;
2. иммунологическая несовместимость тканей матери и плода (в первую очередь — резусконфликт);
3. различные нарушения питания развивающегося ор ганизма (общее голодание матери, недостаток в ее рационе тех или иных жизненно важных веществ: витаминов, солей

и т. д.). Особо важное значение имеет кислородное голодание развивающегося мозга;

1. недоношенность беременности, механические травмы во время родов, в меньшей степени вследствие ушибов беременной женщины и полученные в первые годы жизни ребенка;
2. влияние отрицательных социально-культуральных факторов.

Патогенез олигофрении также весьма разнообразен и зависит не только от характера вредного фактора, его интенсивности и продолжительности действия, но и от того, в какой период развития организма он подействовал. Дело в том, что развивающийся мозг (как и весь организм в целом) характеризуется не только постоянной структурной динамикой, но и динамикой биохимических процессов. Иными словами, идет не только морфологическое, но и биохимическое созревание мозга (в частности, развитие его ферментативных систем). Поэтому разные периоды развития человеческого организма характеризуются существенными особенностями в обмене веществ и различной реактивностью. Если даже при уже созревшем мозге с его максимальной дифференцированностью возможных ответных реакций значительно меньше, чем вредностей (отсюда “типовые ответы”), то это в еще большей степени касается мозга развивающегося, формирующегося, созревающего, “типовые ответы” которого будут зависеть главным образом от стадии, периода развития. Поэтому весьма сходные нарушения (допустим, микроцефалия, или водянка головного мозга) могут быть вызваны самыми различными причинами. С другой стороны, одна и та же вредность, действуя на

различных этапах развития, может вызывать самые различные аномалии. Например, вирус краснухи, практически неопасный после IV месяца внутриутробного развития, при воздействии в различные периоды первых трех месяцев эмбриогенеза вызывает наряду с поражением мозга пре-

558

имущественное поражение глаз или сердечно-сосудистой системы или слухового аппарата.

Возникновение сходных аномалий при действии различных вредностей и, наоборот, появление различных пороков в развитии от одной и той же причины объясняются преимущественным воздействием поражающих факторов именно на те процессы морфологического и биохимического развития, которые в этот период протекают с наибольшей активностью. Таким образом, патогенез олигофрении в большей степени определяется не характером вредного фактора, а временем, тем периодом онтогенеза, в который эта вредность подействовала.

В частности, та или иная вредность может подействовать на еще не оплодотворенную клетку — гамету, приведя к так называемым гаметопатиям, либо вызвать поражение зародыша на любом дальнейшем этапе внутриутробного развития: начальном (1-я неделя развития), зародышевом (2—8-я неделя развития) и плодном (с 9-й недели развития до рождения ребенка). Иначе говоря, причиной олигофрении — состояния общего психического недоразвития — могут быть гаметопатии, эмбриопатии и фетопатии самой различной этиологии.

Наконец, к возникновению умственной отсталости могут привести патогенные воздействия, действующие в перинатальном и постнатальном периодах. В то же время необходимо особо отметить, что значительное число олигофрении возникает все-таки при поражении во время внутриутробного развития. Чем раньше проявится это вредоносное действие, тем большие нарушения нормального онтогенеза — так называемую дисгенезию развития — оно вызовет.

Наиболее грубые пороки мозга и всего организма возникают при поражениях в период закладки, формирования органов и их дальнейшей дифференцировки.

В случаях очень тяжелых поражений может быть внутриутробная гибель плода или нежизнеспособность новорожденного.

При более поздних поражениях плода или ребенка в первые годы жизни (чаще всего до 3 лет) уже не будет грубых уродств или тотальных поражений головного мозга, а все более отчетливыми становятся локальные нарушения, ведущие тем не менее к общей задержке психического развития.

Важнейшим фактором, вызывающим поражение мозга, является .аноксия (П. Е. Снесарев). Если фактор аноксии

559

имеет большое значение при токсических, инфекционных или травматических поражениях мозга у взрослых, то тем большее значение имеет он при разнообразных вредностях у детей и особенно в период внутриутробного развития.

Кислородное голодание является наиболее распространенным механизмом, приводящим к нарушению развития мозга эмбриона и плода (Б. Н. Клоссовский и др.).

Клинико-экспериментальное изучение различных форм олигофрении (Д. Н. Исаев) показало, какие преимущественно патофизиологические механизмы лежат в основе тех или иных клинических расстройств. Так, при астенической олигофрении имеет место недоразвитие или поражение функциональных систем, объединяющих некоторые глубинные структуры (таламус) с корковыми образованиями. Атоническая олигофрения связана с преимущественным нарушением созревания лимбических образований (гиппокамп, миндалины и др.), что обусловливает не только дисфункцию этих структур,

но и невозможность формирования лобно-лимбических мотивационных систем. Дисфорическая форма психического недоразвития связана с ранними грубыми органическими поражениями головного мозга. Основным патофизиологическим механизмом стенической формы олигофрении является недоразвитие функциональных систем преимущественно в корковых структурах мозга с меньшим вовлечением в процесс (чем при других формах) подкорковых образований.

* 1. Дифференцированные формы олигофрении

Как уже отмечалось, сборная группа олигофрении является следствием таких разнообразных по этиологии и патогенезу страданий, как наследственные и хромосомные болезни, заболевания эмбриона и плода (различной этиологии эмбриопатии и фетопатии), родовая патология (асфиксии, травмы, кровоизлияния), поражения центральной нервной системы ребенка в первые месяцы или годы жизни (менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты, травмы).

Не все олигофрении изучены в одинаковой степени, так же как неизвестно пока точное количество их разновидностей. Некоторые олигофрении ввиду недостаточной изученности описываются пока не как отдельные нозологические формы, а лишь как синдромы. Термин “синдром” некоторыми авторами предпочитается еще и потому, что олигофрении, как уже отмечалось, не являются болезнью в соб-

560

ственном смысле этого понятия. Олигофрении с уже известной этиологией определяются как дифференцированные формы.

Единой классификации олигофрении нет.

В нашей стране наиболее принята двухэтапная классификация, предложенная Г. Е. Сухаревой. По этой классификации в первую очередь учитывается время патологического воздействия и во вторую — качество и тяжесть вредоносного фактора.

По временам воздействия (и, естественно, по определенному сходству патогенеза) этой классификацией выделяются три больших группы олигофрении:

1. наследственные и семейные формы олигофрении;
2. эмбриопатии и фетопатии (поражения эмбриона или плода);
3. олигофрении, вызванные различными вредностями во время родов и в первые месяцы или годы жизни.

Таким образом, все олигофрении с уже изученной этиологией можно подразделить на следующие большие группы:

1. олигофрении вследствие наследственных (генных и хромосомных) заболеваний;
2. олигофрении вследствие воздействия различных вред ностей (инфекции, интоксикации и т. д.) в период внутри утробного развития;
3. олигофрении, вызванные воздействием различных вредностей в перинатальном периоде и в первые месяцы и годы жизни;
4. олигофрении, являющиеся следствием отрицательных психосоциальных влияний.
   * 1. Олигофрении вследствие наследственных (генных и хромосомных) заболеваний Эти формы умственной отсталости обусловлены большей частью эндогенными воздействиями в виде наследственных дефектов обмена веществ и хромосомных аберраций. Патогенные факторы здесь могут действовать еще и до зачатия ребенка, когда патология выражается в виде гаметопатии.

34.3.1.J. Олигофрении в связи с генными болезнями

Фенилпировиноградная олигофрения (болезнь Фѐллин-га, фенилкетонурия). Среди генных форм умственной отсталости эта форма является наиболее изученной и является 561

следствием врожденной (аутосомно-рецессивный тип наследования) аномалии обмена: нарушения окисления одной из аминокислот — фенилаланина. Патология обмена заключается в том, что вследствие ферментативной недостаточности (полное или частичное отсутствие фенилаланингид-роксилазы) фенилаланин не превращается, как в норме, в тирозин. Вместо тирозина в организме таких больных образуется фенилпировиноградная кислота, которую легко можно обнаружить в моче . При этом суточное выделение с мочой фенилпировиноградной кислоты может доходить до двух с лишним граммов.

Фенилпировиноградная форма олигофрении сопровождается обычно глубокой степенью психического недоразвития, чаще всего в виде идиопатии или имбецильности.

Отмечено (Б. В. Лебедев, М. Г. Блюмина), что время появления первых симптомов расстройств психического развития у страдающих фенилкетонурией неодинаково. У одних больных расстройства психики в виде чрезмерной вялости и сонливости или, наоборот, повышенного беспокойства и часто беспричинного крика обнаруживаются уже в первые месяцы жизни, у других же подобные расстройства появляются спустя 4—9 мес после рождения, а иногда и после года.

В целом психическое состояние страдающих фенилпировиноградной формой олигофрении характеризуется вялостью и безразличием, на фоне которых наблюдаются внезапные вспышки раздражительности или злобного недовольства.

Иногда отмечается бессмысленное подражательство окружающим в виде эхолалии и эхопраксии. Часто наблюдаются мышечная гипертензия, различные гиперкинезы, нарушения походки. Могут быть судорожные припадки. Из физических признаков отмечаются, как правило, нарушение пигментации волос и глаз (светлые волосы и синие глаза), тонкая белая кожа с легким возникновением экзематозных поражений на открытых участках, подверженных действию солнца. Эти нарушения появляются вследствие недостаточности в организме меланина — производного тирозина. Иногда отмечается своеобразный “мышиный” запах.

Нередким явлением может быть нерезко выраженная микроцефалия и непропорционально большая верхняя челюсть с редкими зубами.

1 Отсюда и одно из названий болезни — “фенилкетонурия”. 562

Чрезвычайно важным является ранняя диагностика фе-нилпировиноградной олигофрении, лучше всего на стадии новорожденности. Диагноз устанавливают на основе определения фенилаланина в сыворотке крови и еще проще — фенилпировиноградной кислоты в моче. При добавлении к моче хлористого железа при наличии фенилпировиноградной кислоты в ней появляется сине-зеленое окрашивание.

Существует несколько проб на фенилпировиноградную кислоту в моче. Наиболее простая

* проба Феллинга. Заключается она в том, что к 2 мл мочи добавляют 5— 10 капель 10 % раствора FeCls. При положительной реакции появляется сине-зеленое окрашивание, исчезающее тем медленнее, чем больше содержится в моче пировиноградной кислоты.

Подобную пробу можно сделать прямо на пеленке, опустив на нее каплю 10 % РеС1з. Эта так называемая пеленочная проба должна проводиться только на пеленке белого цвета.

Применяются специальные индикаторные бумажки (“Phenistix”, “Biophanp” и др.), при опускании которых в мочу, содержащую фенилпировиноградную кислоту, также появляется зеленое окрашивание.

Для более точной диагностики наряду с пробой с РеС1з нужно проводить пробу с 2,4- динитрофенилгидразином (2,4-ДНФГ), дающим при добавлении его (5—10 капель 0,3 %

2,4-ДНФГ к 1—2 мл мочи) ярко-желтое окрашивание. При отсутствии в моче фенилпировиноградной кислоты смесь остается прозрачной.

Ранняя диагностика необходима для своевременного лечения. Дети, страдающие фенилкетонурией, должны переводиться на специальную диету с резким ограничением натурального белка и заменой его гидролизатом казеина, бедным фенилаланином. В то же время гидролизат должен содержать достаточное количество триптофана, тирозина, серусодержащих аминокислот.

В последнее время применяется препарат берлофан — гидролизат казеина, совершенно лишенный фенилаланина. Ввиду того что полностью фенилаланин из рациона ребенка исключать нельзя (это незаменимая аминокислота), берлофан дается одновременно со специально разработанными питательными смесями, содержащими необходимое количество фенилаланина.

Применяется также отечественный препарат г и π ο φ е-н а т, содержащий смесь аминокислот с пониженным содержанием фенилаланина. Выпускается он в двух видах — с глюкозой и без глюкозы.

563

^ .

Диетотерапию необходимо проводить под постоянным контролем биохимических исследований — определением уровня содержания фенилаланина в сыворотке крови. Резкое уменьшение содержания фенилаланина в крови повлечет за собой нежелательные осложнения в виде анорексии, рвоты, диареи, дегидратации, потери в весе.

Диетотерапия страдающих фенилкетонурией должна сопровождаться исключением из пищи всех продуктов, богатых белками, таких как любые мясные продукты, рыба, сыр, творог, яйца, мучные изделия, горох, фасоль, бобы, орехи и т. д. Чтобы пища ребенка была достаточно калорийной, в его рацион надо включать мед, растительные жиры, фруктовые соки, сахар. Остальные продукты даются с ограничениями (в зависимости от концентрации в них фенилаланина). В целом же диетотерапия должна проводиться по специально разработанным рекомендациям с учетом различных показаний и в первую очередь возраста ребенка.

Лечение должно быть начато по возможности более рано и осуществляться длительно (до 6—8 лет), что может дать выраженные положительные результаты. Если лечение начато после 3—5 лет жизни, то эффекта от диетотерапии уже не будет. При резко выраженном интеллектуальном дефекте, особенно при наличии врожденных уродств, терапевтический эффект весьма незначителен даже и при раннем лечении.

Помимо нарушения обмена фенилаланина, причиной олигофрении, могут быть и другие врожденные метаболические нарушения (сейчас их уже известно несколько десятков). К таким заболеваниям относятся случаи психического недоразвития, связанные с галактоземией, цитруллин-урией и т. д.

Галактоземия обусловлена наследственной энзимопа-тией, касающейся галактозо-1- фосфатуридилтрансферазы. Нарушение метаболизма галактозы (увеличение ее количества в результате недостаточного расщепления) приводит к развитию значительной умственной отсталости. Характерными признаками являются также выраженное увеличение печени и катаракта. Применяется диетотерапия с резким ограничением галактозы.

Цитруллинурия связана с наследственно обусловленной недостаточностью синтеза аргинино-янтарной кислоты. В сыворотке крови, спинномозговой -жидкости и моче отмечается высокое содержание цитруллина. Олигофрения сопровождается приступами рвоты и аммиачной интоксикацией.

564

Гаргоилизм (му к о π ол и с ахаридоз , тип I — синдром Гурлер; болезнь Пфаунд-лера — Гурлер; мукополисахаридоз, тип II — синдром Хантера; полидистрофия Гурлер — Эллиса; дизостатическая идиотия) — группа наследственных заболеваний, связанных с нарушениями обмена мукополисахаридов, необходимых для нормального функционирования соединительной ткани. Чаще встречается у мальчиков.

Помимо поражения нервной системы, прежде всего выражающегося в обычно глубокой умственной отсталости, для гаргоилизма характерны поражения глаз, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата (хондроостеоди-строфия). Такие больные прежде всего обращают на себя внимание своей внешностью : неправильным (“шаржированным”) строением лица с явлениями акромегалии, неправильной формой ушей, зубов, носа, рта, большим вываливающимся изо рта языком, огромной головой, обычно при карликовом росте. Туловище часто деформировано, позвоночник искривлен, живот увеличен, нередко с пупочной и паховой грыжами, ладони широкие, с короткими пальцами. Отмечаются поражения печени, селезенки, почек, сердца, недостаточность функции щитовидной железы. Наблюдаются помутнение роговиц, катаракта, повышение внутриглазного давления. Нередко поражается слух. Страдающие гаргоилизмом вялые, адинамичные, безразличные ко всему окружающему. Диагноз устанавливают на основании характерной клинической картины, данных генеалогических и биохимических исследований (определение содержания мукополисахаридов).

Лечение пока только симптоматическое — назначение АКТГ, тиреоидина, витамина А. Мукополисахаридоз, тип III (синдром Санфилиппо). При этой разновидности мукополисахаридоза выраженная олигофрения сочетается с относительно неглубокими соматическими отклонениями в виде некоторых расстройств опорно-двигательного аппарата, увеличения размеров внутренних органов, незначительного помутнения роговицы.

1 Термин гаргоилизм происходит от французского слова gargoyle, означающего фигуру человека или животного с безобразной, отталкивающей внешностью, изображаемых на устье водосточных труб средневековых кафедральных соборов.

565

Эти больные отличаются большой двигательной активностью, злобностью и агрессивностью.

Окулодиэнцефалический синдром Барде—Бидля Заключается в сочетании психического недоразвития с ожирением, гипогенитализмом, пигментарным ретинитом с резким снижением зрения (вплоть до слепоты) и полидактилией.

Синдром Лоуренса—Муна . Помимо умственной отсталости, этот синдром выражается в наличии пигментной ретинопатии, гипогенитализме и спастической параплегии.

Черепно-лицевой синдром Крузона. При этом синдроме снижение интеллекта сочетается с характерным видом черепа и лица: конической, башенной и шарообразной формой головы, шишковидным лбом, экзофтальмом и расходящимся косоглазием, гипоплазией верхней и прогнатией нижней челюсти, крючковидным носом. Кроме того, имеется снижение слуха, зрения, обоняния.

Акроцефалосиндактилический синдром Апера. Нарушение психического развития при синдроме Апера сопровождается уродством черепа (сплющенная в переднезаднем размере и вытянутая вверх голова) и синдактилией — срастанием пальцев рук и ног.

34.3.1.2. Хромосомные болезни

Болезнь Дауна (болезнь Лангдон—Дауна, синдром Дауна, генерализованная фетальная дисплазия, эмбриодия). Средняя частота болезни Дауна среди новорожденных составляет 0,10%. Больные с этой формой олигофрении имеют очень характерный внешний вид: круглое лицо с маленьким, часто приплюснутым носом, красные щеки, неправильно посаженные глаза с эпикантусом, толстый, большой язык, видимый в почти всегда приоткрытом рте, редкие зубы, уплощенная в переднезаднем направлении голова (так

называемый брахицефальный череп). Помимо этой типичной картины (называемой некоторыми авторами “клоунизмом”), для страдающих болезнью Дауна очень характерна мышечная гипотония и разболтанность суставов, благодаря чему они легко могут делать такие движения, как, например, закидывания ноги за шею и т. д. (“гуттаперчивость”).

Из других физических нарушений можно встретить

1 Иногда оба этих синдрома не совсем правомерно объединяют в один общий синдром Лоуренса—Муна—Барде—Бидля.

566

короткопалость, задержку роста, гипогенитализм, вздутие живота вследствие атонии кишечника, акроцианоз, замедленный рост и выпадение волос, особенно у девочек. Часть этих симптомов обусловлена характерными для болезни Дауна эндокринными расстройствами (гипофункция щитовидной железы, гипофиза, надпочечников и половых желез). Встречается различная патология зрения (дистрофия сетчатки, нарушения рефракции и цветоощущения и т.д.).

Психическое недоразвитие при болезни Дауна может быть выражено по-разному, но в подавляющем большинстве случаев речь идет об идиотии или имбецильности и несравненно реже о дебильности. Речь таких больных косноязычна, с небольшим запасом слов, движения неловкие, неточные, малокоординированные, что нередко сочетается со своеобразной неуклюжей резвостью и непоседливостью. Особенностью психического облика страдающих болезнью Дауна является большая склонность к подражательности. При выраженном слабоумии эта подражательность носит характер бессмысленного копирования по типу эхокинезии, в более же легких случаях — сознательного и очень точного повторения жестов, манер, походки окружающих. Особенно охотно такие больные копируют приятные им действия. Так, один больной, побывав в кино, с точным повторением всех увиденных на экране жестов стал целовать руки окружающим его молодым женщинам. Кроме склонности к подражанию, эти больные чаще всего характеризуются добродушием, ласковостью, приветливостью, некоторой эйфорией, хотя встречаются и безразличные — вялые или злобно-раздражительные.

Несмотря на то что болезнь Дауна известна более 100 лет (описана в 1866 г.), долгое время по поводу ее этиологии существовали лишь различные гипотезы. И только в связи с развитием медицинской цитогенетики было обнаружено, что болезнь Дауна относится к так называемым хромосомным болезням.

Болезнь Дауна является следствием нарушения хромосомного баланса в виде трисомии по 21-й хромосоме (в клеточном ядре вместо обычных двух 21-х аутосом появляется лишняя 21-я хромосома ).

У человека 23 пары хромосом: 22 пары аутосом и 1 пара половых. Нерасхождение может касаться любой пары. Нерасхождение ведет или к трисомии, или к моносомии.

567

Трисомия по 21-й хромосоме и обусловливает те нарушения обмена веществ, которые дают характерную картину болезни Дауна.

Самой частой причиной хромосомной аберрации (хромосомной “ошибки”) при болезни Дауна является немолодой возраст матери (наибольшее число страдающих этой болезнью рождается у матерей в возрасте 35—45 лет).

Олигофрения в сочетании с врожденным ихтиозом и спастическими нарушениями (синдром Рада). При этой разновидности олигофрении глубокое слабоумие, чаще всего в виде идиотии, сочетается с ихтиозом — ороговением кожи, приобретающей вид рыбьей чешуи (ихтиозиформная эрит-родермия), и спастическими нарушениями, главным образом в нижних конечностях.

Патогенное воздействие могут оказать также такие факторы, как ионизирующая радиация, вирусные инфекции, некоторые интоксикации.

* + 1. Олигофрении вследствие воздействия различных вредностей (инфекции, интоксикации и т. д.) в период внутриутробного развития

Олигофрения в виде рубеолярной эмбриопатии вследствие заболевания беременной краснухой в первые 2—3 месяца беременности чаще всего выражена в тяжелой форме и сопровождается аномалиями развития мозга (микроцефалия, порэнцефалия) и других органов. Очень характерны различные дефекты глаз: микрофтальмия, врожденная катаракта, изменения сетчатки, колобома и т. д. Типичны также поражения органа слуха и врожденные пороки сердечно-сосудистой системы, из которых наиболее часто встречается незаращение артериального протока.

Олигофрения, обусловленная краснухой, может сопровождаться судорожными припадками. Вирус краснух” может поражать центральную нервную систему и в постнатальном периоде, когда обычное течение заболевания осложняется менингитами, менингоэнцефалитами и энцефалитами.

Внутриутробное поражение эмбриона или плода может произойти и при заболевании беременной женщины вирусным гриппом.

568

* + - 1. Олигофрении, обусловленные биологической несовместимостью крови матери и ребенка

(резус-конфликт)

Несовместимость по резус-фактору (Rh-фактор) матери и ребенка приводит к возникновению у последнего гемолитической болезни, следствием чего может быть наряду с другой патологией и олигофрения.

Патогенез гемолитической болезни объясняется резус-конфликтом, когда при отсутствии Rh-фактора у матери и наличии резус-фактора у отца ребенок наследует отцовскую особенность и становится резусположительным. В таком случае в организме матери вырабатываются антирезус-агтлютинины, что ведет к гемолизу эритроцитов плода.

Олигофрения вследствие перенесенной гемолитической болезни может быть выражена в разной степени, отмечаются и тяжелые степени психического недоразвития. Наблюдаются также судорожные припадки, поражения слуха, косоглазие, нистагм, атаксия, атетоз, гемиплегия.

* + - 1. Олигофрении вследствие токсоплазмоза

Вследствие внутриутробного заражения токсоплазмой гондии (паразит проникает через плаценту от больной ток-соплазмозом матери) могут возникнуть выраженные нарушения развития организма и в том числе задержка психического развития.

Конгенитальный токсоплазмоз чаще всего дает тяжелую олигофрению (степень идиотии или имбецильности). Нередки эпилептиформные припадки и гиперкинезы.

Кроме выраженного слабоумия, подчас сочетающегося с большой злобностью, для этого заболевания чрезвычайно характерны поражения глаз и кальцинаты — очаги обызвествления в головном мозге.

Дефекты глаз, помимо очень частых хориоретинитов, могут выражаться в микрофтальмии, энофтальмии, атрофии зрительных нервов. Частым явлением бывает гидроцефалия, но может быть и микроцефалия. Встречается микрогирия, гетеротопия серого вещества и т. д. Наряду с очень характерным поражением нервной системы и глаз при врожденном токсоплазмозе встречаются и различные поражения внутренних органов (селезенки, печени, легких, почек).

Резус-отрицательными являются приблизительно 15% всех людей. 569

Диагноз олигофрении на почве токсоплазмоза устанавливают на основе: 1) типичной клинической картины (помимо задержки психического развития, чаще всего встречается “триада Сэйбина” — гидроцефалия, хориоретинит и кальцинаты в мозге, обнаруживаемые

при рентгенологическом исследовании, 2) данных специального исследования: а) реакции с красителем Сэйбина—Фельдмана (окрашивание токсоплазм метиленовым синим), б) реакции связывания комплемента и в) кожной аллергической реакции.

Для лечения токсоплазмоза применяется хлоридин (да-раприм, малоцид, пириметамин) в сочетании с сульфамидными препаратами и добавлением витаминов. Помимо врожденного токсоплазмоза, к олигофрении может вести и заражение этой болезнью в раннем детском возрасте.

* + - 1. Олигофрения на почве врожденного сифилиса

К задержке психического развития может приводить и конгенитальный сифилис (см. главу 20). Психическое недоразвитие при этом может быть выражено по-разному, нередко

* в степени дебильности. Возможно сочетание слабоумия с эпилептиформным синдромом. При постановке диагноза большим подспорьем являются различные признаки врожденного сифилиса, такие как гетчинсоновские зубы (полулунные вырезки на верхних средних резцах), неправильная форма остальных зубов, седловидный нос, радиарные белого цвета рубчики вокруг углов губ (“усы кота”), специфические паренхиматозный кератит и хориоретинит, атрофия зрительного нерва, поражения слухового аппарата, участки лейкодермы различной локализации и, в частности, вокруг шеи (“ожерелье Венеры”), неправильная форма черепа, гнездная плешивость, отсутствие мечевидного отростка, саблевидные голени, поражения внутренних органов и т. д. Совершенно не обязательно, чтобы все эти симптомы имелись у каждого больного, но сочетание каких- либо из этих признаков с задержкой умственного развития всегда должно настораживать в отношении врожденного сифилиса.

Характерны и неврологические симптомы: нарушения зрачковых реакций, симптомы поражения черепных нервов, параличи. Лабораторные исследования при врожденном сифилисе иногда могут давать и негативный результат, что

570

особенно свойственно так называемому дистрофическому сифилису.

Специфическое лечение (см. главу 20) необходимо проводить во всех случаях. При наличии активного сифилитического процесса эффект будет несравненно выше, чем при сифилисе “дистрофическом”, при котором имеется лишь результат прошлого нарушения. Однако и в этих случаях возможно какое-то улучшение, в частности от бийохинола, обладающего рассасывающим действием.

* + - 1. Олигофрении на основе эндокринных нарушений

Врожденные или возникшие в раннем детстве эндокри-нопатии также могут быть причиной задержки психического развития (нарушения функции щитовидной железы, гипофиза и др.). Особенно типичен в этом отношении кретинизм, развивающийся вследствие гипофункции щитовидной железы или даже ее полного отсутствия (атиреоз). Различают кретинизм эндемический и спорадический. Эндемический кретинизм характерен для некоторых, главным образом горных, районов земного шара и связан с особенностью почвы (недостаточное количество йода в питьевой воде).

Кретинизму свойственны:

а) типичный внешний вид, выражающийся в карликовом росте с непропорциональным развитием (длинное туловище на коротких ногах). Круглая, уплощенная в переднезаднем размере голова с отечным серого цвета тестообразным лицом сидит на очень короткой, тоже отечной шее;

б) типичная клиника микседемы;

в) задержка психического развития, выраженная в раз ной степени, но нередко достигающая глубокого слабоумия (идиотия или тяжелая имбецильность).

Для психического облика кретинов характерна вялость, апатия, чрезвычайная медлительность. В тяжелых случаях имеются выраженные нарушения речи, может быть глухонемота.

Лечение кретинизма тиреоидином необходимо начинать как можно раньше, так как своевременная терапия может дать выраженные результаты. Большое значение имеет профилактика эндемического зоба, заключающаяся в добавлении к пище солей йода. 571

* + - 1. Олигофрении вследствие родовых осложнений

Причины родовой патологии разнообразны (узкий таз, преждевременное отхождение вод

* “сухие роды”, слабость родовой деятельности, неправильное предлежание и т. д.). Многообразны при этом и механизмы вредоносного воздействия на мозг ребенка. Однако, несколько схематизируя, можно выделить два основных фактора, в той или иной пропорции имеющих место почти в каждом случае родовой патологии и часто взаимообусловливаемые: а) аноксия — кислородное голодание мозга, б) механические повреждения.

Кислородное голодание мозга, к которому нервная ткань особенно чувствительна, — очень важный фактор при родовой патологии. Вызванная различными причинами аноксия не только ведет к нарушению клеточного метаболизма, но может влиять на ликворообращение мозга. Внутриутробная асфиксия плода, например, может привести к расстройству мозгового кровообращения и, в частности, к внутричерепным кровоизлияниям.

Помимо асфиксии, тяжелые поражения мозга могут быть вызваны и прямой механической травмой, при которой в свою очередь также имеется нарушение питания нервной ткани.

Наиболее частым следствием механического воздействия являются внутричерепные кровоизлияния различной локализации (в вещество мозга, субдурально и т. д.).

Помимо кровоизлияний, вызванных разрывами синусов, мозжечкового намета, повреждением различных сосудов и т. д., при родовых травмах может происходить и непосредственное повреждение мозга и оболочек (например, осколками черепных костей). Олигофрении вследствие родовых травм нередко сопровождаются различными очаговыми поражениями и эпилептиформными припадками, иногда — характерной клиникой, свойственной гидроцефалии. Степень олигофрении при этом различна — от самой легкой до резко выраженной.

Меньшая роль в этиологии олигофрении принадлежит механическим травмам, полученным внутриутробно или в постнатальном периоде.

Возможность лечения последствий родовой патологии весьма ограничена. Поэтому чрезвычайно большое значение имеет профилактика родовых осложнений и в первую очередь — разного рода асфиксий.

572

* + 1. Олигофрении на почве перенесенных в раннем детстве менингитов, менингоэнцефалитов и энцефалитов

Помимо специальных возбудителей (менингококк, вирусы весенне-летнего, осеннего и других энцефалитов), поражения мозга и оболочек могут наблюдаться при многих инфекционных заболеваниях: гриппе, кори, паротите, краснухе, коклюше и т. д.

Патогенные влияния при этом могут обусловливаться как непосредственным воздействием инфекционного агента, так и токсикозом, нарушениями кровообращения, аллергическими механизмами.

Так же как и при последствиях травмы, при олигофре-ниях вследствие острых инфекций наряду с различной степенью психического недоразвития очень выражены разнообразные

локальные органические поражения (параличи, парезы). Характерны и судорожные состояния. Нередким следствием воспалительных поражений мозга бывает гидроцефалия. Для предупреждения этих форм олигофрении необходима профилактика (прививки, борьба с переносчиками) энцефалитов и активное лечебное воздействие во время заболевания.

* + 1. Олигофрении, являющиеся следствием отрицательных психосоциальных влияний,

в том числе депривации

Довольно длительное время существовало мнение, что олигофрении возникают только при воздействии биологических вредных факторов, имеют только органическую природу. Однако многочисленные исследования последних лет показали, что к умственной недостаточности могут приводить и отрицательные микросоциальные, в первую очередь семейные условия, неблагоприятно влияющие на ребенка в раннем возрасте его жизни.

В первую очередь депривация, означающая в биологии и медицине лишение или ограничение возможностей удовлетворения каких-либо потребностей организма.

Для возникновения олигофрении (в подавляющем большинстве в степени дебильности) в первую очередь имеют значение такие виды депривации, как материнская, сенсорная и социальная, и особенно сочетание их. Это выра-

573

жается в полном отсутствии или крайней ограниченности материнской заботы, внимания и ласки, в неполучении ребенком необходимой стимуляции и информации (при социальной изоляции семьи, при расстройствах функции основных органов чувств и отсутствии специального обучения и воспитания, при очень низком культурном уровне семьи, невозможности привить маленькому ребенку самые необходимые навыки).

Наиболее ярким примером депривации является существование ребенка с раннего возраста вне человеческой среды (“ребенок-волк”). Вопреки опоэтизированной сказке Р. Киплинга “Маугли”, при весьма нечастых находках таких детей (главным образом в джунглях) у них обнаруживается глубокая степень интеллектуальной недостаточности с невозможностью, несмотря на все усилия медиков, психологов и социологов, ее коррекции.

Нередко в этиологии олигофрении участвуют совместно социальные и биологические факторы."Примером этого могут быть рождение и воспитание ребенка в семье (особенно неполной) родителями, страдающими алкоголизмом, той же олигофренией и другими заболеваниями, недоношенность беременности, связанная с различными стрессовыми воздействиями, беременность и рождение ребенка девочками-подростками, у которых наряду с незрелостью организма также нередко имеются и выраженные психогенные расстройства.

При сочетании неблагоприятной наследственности и такого же семейного окружения (т. е. интеграции причин олигофрении) можно говорить словами австрийского психиатра Вагнер-Яурегга о том, что “родители отягощают детей не только своей наследственностью, но и своим воспитанием”.

* 1. Диагноз и дифференциальный диагноз

Диагностика олигофрении в настоящее время должна сводиться не только к самой констатации психического недоразвития, но и к установлению по возможности более точной формы олигофрении, причем в наиболее раннем периоде.

Определение олигофрении в степени идиотии или им-бецильности не представляет особых затруднений. Значительно сложнее диагностировать олигофрении в стадии де- бильности.

574

Диагноз олигофрении ставится на основе всестороннего обследования, куда должны входить:

а) подробное собирание личного и семейного анамнеза. При этом необходимо выяснить, нет ли среди родных по добных больных, как протекала беременность матери, что она перенесла в это время, как питалась, действию каких вредностей подвергалась, как прошли роды, в каких усло виях жил ребенок, что он перенес и т. д. Если ребенок посещал какие-либо детские учреждения, то при подозрении на олигофрению особую важность представляют характери стики этих учреждений;

б) тщательное клиническое обследование с выявлением физических, неврологических и психических нарушений.

При исследовании психического состояния особое внимание следует уделить изучению интеллекта и речи;

в) лабораторные исследования, применение патофизио логических и психологических методик, а при подозрении на определенные формы — тех или иных специальных биохимических, иммунологических, цитологических и дру гих анализов.

Олигофрении нужно дифференцировать с внешне сходными состояниями, которые могут быть:

1. при педагогической запущенности, когда

некоторое замедление психического развития может наблю даться у здорового ребенка, но лишенного по тем или иным причинам условий для правильного умственного развития, не получающего необходимой информации;

1. при выраженной длительной астениза-

ции вследствие тяжелых соматических заболеваний, на рушений питания и т. д. При такой астении психически здоровый ребенок также может развиваться с некоторой задержкой, обнаруживать рассеянность внимания, плохую память, замедленность мышления;

1. при прогредиентных психических заболеваниях (осо бенно шизофрении и эпилепсии), возникших в раннем воз расте и повлекших за собой выраженное слабоумие.

При педагогической запущенности и выраженной асте-низации дети, несмотря на некоторую задержку психического развития, не обнаруживают свойственных олигофрении симптомов (невозможность вырабатывать понятия или представления, нарушения абстрактного мышления и т. д.) и довольно быстро выравниваются при соответствующей педагогической и медицинской помощи.

При дифференцировании с шизофренией или эпилеп- 575

сией, возникшими в раннем возрасте, помимо данных анамнеза (до определенного возраста ребенок не выявлял никакой патологии, хорошо развивался), помогает обнаружение типичной симптоматики, свойственной этим болезням (см. главы 23—25). Одним из основных дифференциально-диагностических критериев при отличии олигофрении от последствий каких-то прогредиентных заболеваний нужно считать критерий прогрессирования патологического процесса вообще и, в частности, слабоумия, свойственного этим заболеваниям. Именно по признаку прогредиентности (прогрессирования) отечественные психиатры исключают в последнее время из группы

олигофрении (патологических состояний) ряд болезней (патологических процессов), сопровождающихся нарастающим слабоумием.

К таким страданиям относятся туберозный склероз, болезнь Реклингхаузена (нейрофиброматоз), болезнь Тея— Сакса (семейная амавротическая идиотия) и родственные ей заболевания (другие формы “липидов”) и т. д.

Диагноз олигофрении значительно затрудняется, если это патологическое состояние сочетается с каким-либо психическим заболеванием.

Страдающие олигофренией могут заболеть шизофренией — так называемой “привитой”, или пфропфшизофре-нией (от нем. pfropf — прививка), у них возможны реактивные состояния, алкогольные психозы и т. д.

У олигофренов (главным образом дебилов) могут возникать параноидные эпизоды с крайне примитивным содержанием бреда, ипохондрические состояния, дисфории, сумеречные помрачения сознания. Нередко сочетание олигофрении с эпилептиформным синдромом.

* 1. Профилактика и лечение

Огромное значение имеет предупреждение олигофрении. Борьба с инфекционными заболеваниями, с родовым травматизмом, охрана здоровья беременной женщины — вот те главные пути, по которым должна проводиться профилактика олигофрении.

В предупреждении олигофрении должны участвовать все работники здравоохранения, но особенно большая роль при-

1 Ряд авторов, особенно зарубежных, продолжают относить подобные болезни к группе олигофрении.

576

надлежит акушерам-гинекологам и педиатрам (проведение санитарно-просветительной работы, своевременные меры при патологии беременных, при угрозе резуснесовместимо- сти, предупреждение родового травматизма, профилактика инфекционных заболеваний детей младшего возраста и т. д.). Велика роль педиатров и в наиболее раннем выявлении страдающих той или иной формой олигофрении.

Собственно лечебные воздействия при олигофрениях должны проводиться в двух направлениях: 1) медико-педагогические меры; 2) медикаментозная и диетотерапия.

В ряду специальных занятий, направленных на развитие умственных способностей олигофренов, очень большая роль принадлежит прививке трудовых навыков. Как показал опыт, трудотерапия даже у тяжелобольных олигофренией дает значительный эффект, способствует наглядному развитию речи, моторики, приобретению довольно сложных практических навыков (Э. Я. Штернберг и И. Д. Лунин-ская). Однако при самых тяжелых степенях психического недоразвития (тяжелая идиотия) медико-педагогические воздействия безрезультатны и такие дети нуждаются лишь в специальном уходе.

Собственно медицинские воздействия при олигофрениях можно в свою очередь разделить на два вида: а) сугубо специ-, фическое патогенетическое лечение, применяемое при определенных метаболических формах олигофрении; б) общие мероприятия, независимо от разновидности заболевания.

Специфическое медикаментозное и диетическое лечение олигофрении является новым, в значительной степени еще только разрабатываемым разделом в психиатрии.

Дифференцированная терапия стала возможна благодаря выделению отдельных форм олигофрении, изучению их этиологии и патогенеза (см. выше).

Общие лечебные мероприятия при олигофрениях направлены на повышение психической активности олигофренов, улучшение их соматического состояния, а при возбуждении и агрессивности — на снятие этих симптомов.

При олигофрениях независимо от их формы применяются ноотропные препараты, витаминотерапия (поливитамины), реже — глутаминовая кислота и ее производные.

При двигательном беспокойстве и агрессивности назначают производные фенотиазина и бутирофенона и др. В ряде случаев успокоение наступает при лечении транквилизаторами (феназепам, седуксен, элениум и др.). При наличии водянки мозга проводится дегидратационная терапия, а при

19—1039

577

прогрессирующей гидроцефалии показано оперативное вмешательство.

Некоторое улучшение психического состояния у детей-олигофренов с врожденными пороками сердца может наступить в связи с хирургическим лечением последних, что объясняется, по-видимому, улучшением кровоснабжения мозга (В. В. Ковалев).

При сочетании олигофрении с эпилептиформным синдромом показано широкое применение противоэпилептиче-ских средств.

Лечение олигофрении во всех случаях должно быть комплексным, сочетающим медикаментозное воздействие с медико-педагогическими мероприятиями и трудотерапией.

* 1. Экспертиза

Олигофрены с глубокой умственной отсталостью (идиоты и имбецилы) редко подвергаются судебной экспертизе, а если это все же происходит, то обычно признаются невменяемыми. Значительно чаще правонарушения совершаются олигофренами-дебилами и вопрос о вменяемости или невменяемости в таких случаях должен решаться строго индивидуально. При судебно-психиатрической экспертизе олигофренов нужно учитывать не только степень психического недоразвития, но и характер преступления и ту обстановку, в которой это преступление совершалось.

Легкая внушаемость олигофренов может сделать их слепым орудием в руках хитрых и ловких злоумышленников. Поэтому, например, сложный характер преступления и выраженная умственная отсталость его непосредственного исполнителя должны навести на подозрение, не стоит ли за спиной этого олигофрена расчетливый преступник.

Олигофрены могут совершать правонарушения и по собственной I инициативе, и в таких случаях следует учитывать, отдавали I ли они себе отчет в совершаемом, осмысляли ли обстановку, f понимали ли, к чему поведет сделанное ими. Вопрос о дееспособности олигофренов также решается индивидуально. Идиоты и имбецилы обычно являются недееспособными и нуждаются в учреждении над ними опекунства. Вопрос о дееспособности или недееспособности дебилов решается в зависимости от степени умственной отсталости, характера поведения и трудоспособности.

578

Глава 35

ЗАДЕРЖКИ ТЕМПА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗАМЕДЛЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ)

Эти расстройства занимают промежуточное место между больными олигофренией и лицами с нормальным интеллектом. Их предлагают обозначать как временные задержки темпа психического развития (Г. Е. Сухарева). Кроме того, существуют врожденные легкие формы интеллектуальной недостаточности (детей с этими формами выделяют в группу малоодаренных, так называемых конституционально глупых), некоторые формы психического инфантилизма и не-прогредиентные варианты детского аутизма. Наряду с этим имеется большая группа лиц с легкой интеллектуальной недостаточностью, которая возникает под влиянием экзогенных факторов (вторичные задержки психического развития). В формировании этой патологии существенную роль играют различные

психогенные факторы и дефекты анализаторов органов чувств, не дающие ребенку соответствующей информации, необходимой для полноценного развития мозга.

По Международной классификации болезней эти состояния определяются как “пограничная умственная отсталость\* (IQ в пределах 70—80).

Задержки психического развития могут быть обусловлены: эмоциональной депривацией (госпитализм, “приютские дети”, сироты), педагогической запущенностью и социальной депривацией (дети из малокультурных семей, дети, воспитанные в логове зверя) и сенсорной депривацией (слепые, глухие, слепоглухие).

Эмоциональная депривация. Это состояние развивается вследствие такой жизненной ситуации, при которой субъекту не предоставлены условия для удовлетворения его основных (витальных) психических потребностей в полной мере и длительное время. Примером эмоциональной депривации является фруст-

1 Степень умственной недостаточности оценивается с помощью IQ (коэффициент интеллектуальности), который определяется психологическими методами (шкала Векслера для детей WISC). Его величина, равная 100, свидетельствует о среднестатистической норме. К дебильности относят случаи с величиной IQ от 50 до 70. 19\* 579

рация, при которой наблюдается блокада уже активизированной ранее удовлетворенной потребности. Примером фрустрации может быть лишение ребенка любимой игрушки, но предложение взамен другой. Депривация — лишение игрушек вообще.

* 1. Клинические проявления

Обычно выделяют 4 группы задержек темпа психического развития или пограничной интеллектуальной недостаточности: 1) дизонтогенетические формы, обусловленные задержанным или искаженным психическим развитием (варианты психического инфантилизма); 2) формы, обусловленные органическим повреждением мозга на ранних этапах онтогенеза; 3) интеллектуальная недостаточность, зависящая от дефицита информации в раннем возрасте; 4) интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами анализаторов органов чувств.

Клинические проявления задержек развития разнообразны: кроме интеллектуальной недостаточности и незрелости психики, обычно наблюдаются нарушения поведения и невротические симптомы.

* + 1. Инфантилизм

Инфантилизм (от лат. infantilis — детский, младенческий) — патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и психического развития, с сохранением у взрослых людей черт характера, присущих детскому и подростковому возрасту.

Психический инфантилизм, или психическая незрелость, характеризуется наличием присущих детям особенностей суждений и поведения, повышенной внушаемостью, эмоциональной неустойчивостью, зависимостью от родителей и т. д.

Термин “инфантилизм” предложил французский ученый Е. Ш. Ласег в 1864 г. для определения задержки развития ребенка на более ранней ступени вследствие интоксикаций и инфекций, для остающихся “детьми на всю жизнь”. Позднее П. Лорен выделил три признака этого расстройства: тщедушность, грацильность и миниатюрность тела, с чертами детской наивности и беспомощности.

Г. К. Ушаков дал следующую характеристику психофизического инфантилизма: детскость, ограниченность, узость интересов, недостаточная самостоятельность в действиях и поступках. Впечатлительность преобладает над рассудочно-

580

стью, суждения незрелы, логика эмоциональная, мышление конкретное, образное, недостаточная глубина аффективных переживаний, эмоциональная неустойчивость, легкая ранимость, хрупкость психики, нецеленаправленность деятельности, отсутствие

творчества, временами беспомощность. Наряду с этим отмечается незрелость психомоторики и вегетативных реакций. Мимика неуверенная, выражение лица приветливо-доверчивое, по-детски миловидное, движения быстрые, многочисленные, порывистые (инфантильная двигательная расторможенность). Вместе с тем наблюдается неуклюжесть, медлительность, быстрая утомляемость при целенаправленной деятельности. У таких лиц отмечаются нарушения сна и аппетита, вазомоторная лабильность, повышенная потливость и зябкость. Среди личностных особенностей часто отмечаются черты незрелости, робости, нерешительности, неуверенности и тревожности. Перечисленные особенности характерны для гармоничного или психофизического ифантилизма, который начинает выявляться с младших классов школы. У таких детей долго сохраняются игровые интересы, они предпочитают компании более младших школьников, отличаются детской бесцеремонностью, капризностью, наивностью при достаточном запасе знаний. Для гармоничного инфантилизма характерно относительно равномерная задержка как психического, так и физического развития. Наряду с таким инфантилизмом выделяют ряд форм частичного инфантилизма, примером которого является психический инфантилизм с выраженной дисгармоничностью развития отдельных сторон личности, поэтому наиболее адекватным названием является “дисгармоничный инфантилизм”.

Дисгармоничный инфантилизм характеризуется неравномерностью психического и физического формирования.

Физическое развитие соответствует возрасту или наблюдается акселерация, наряду с этим в психическом развитии наблюдается несоответствие. Познавательные процессы обычно развиваются соответственно возрасту, т. е. своевременно формируется абстрактное мышление, однако эмоциональные и волевые функции задерживаются в своем развитии. Выделяют так называемый органический инфантилизм, обусловленный ранним органическим поражением центральной нервной системы. Для этого варианта инфантилизма характерны физические стигмы нарушенного развития. В отличие от дисгармоничного инфантилизма наблюдается

581

недоразвитие и познавательной деятельности с преобладанием конкретности мышления, истощаемости, взрывчатости.

Психический инфантилизм на фоне нормального или ускоренного физического развития обычно обнаруживается в среднем и старшем подростковом возрасте. У подростков задерживается формирование чувства долга, ответственности, умения гибко оценивать ситуацию, учитывать не только свои желания, но и требования окружающих, усваивать морально-этические нормы поведения и принципы. Для таких подростков характерно детское выражение лица.

В пубертатном возрасте обычно выделяют два варианта психического инфантилизма: 1) инфантилизм наблюдается с детства и в пубертатном возрасте обнаруживаются проявления возрастной динамики; 2) инфантилизм выявляется в пубертатном возрасте и обусловлен неравномерностью психобиологического созревания, для которого характерно длительное сохранение подростковой психики. Для этих больных характерно стремление к юношескому самоутверждению, задержка в формировании чувства долга, ответственности, критической самооценки, сочетающиеся с оппозиционностью и критицизмом, снижением способности к социально адекватной деятельности. Для лиц с этим вариантом психического инфантилизма характерны нарушения поведения и адаптации, более четкие, чем при первом варианте.

Принято считать, что психофизический и дисгармоничный инфантилизм является эндогенным, но не исключена генетическая обусловленность. С возрастом проявления инфантилизма становятся менее заметными, но полностью не исчезают.

Психический инфантилизм у взрослых характеризуется следующими особенностями личности: наивностью и прямодушной восторженностью, эгоизмом и эгоцентризмом, эмоциональной лабильностью и ярким фантазированием, формально обязательным исполнением долга и подчиняе-мостью, беззаботностью и равнодушием, неустойчивостью интересов и отвлекаемостью, обидчивостью и впечатлительностью, робостью и застенчивостью.

Эти систематизированные признаки инфантилизма имеют большое значение при оценке пограничных расстройств, патохарактерологических реакций, психопатических форм поведения.

582

г

* + 1. Задержки развития в связи с ранним органическим поражением головного мозга

Для этой формы задержек развития характерно неравномерное недоразвитие интеллекта, причем больше страдают внимание и память. Интеллектуальная недостаточность сочетается с психопатоподобными расстройствами в виде двигательной расторможенности, эмоциональной лабильности, характерна астеническая симптоматика с быстрой истощае-мостью и пресыщаемостью. Эти особенности способствуют замедлению психического развития и школьной дезадаптации.

Непрогредиентный вариант синдрома раннего детского аутизма (синдром Каннера) характеризуется вторичной интеллектуальной задержкой, обусловленной именно аутизмом. В связи с этим наблюдается неравномерность интеллектуального недоразвития, выявляется несоответствие между развитием суждений и обобщений и недоразвитием моторики и речи.

* + 1. Психогенно обусловленные задержки развития

Наиболее отчетливым проявлением психогенной задержки развития является госпитализм, под которым понимают психические расстройства, возникающие у детей при эмоциональной депривации (длительное пребывание ребенка в больнице для хроников, разлука с родителями, нахождение в доме ребенка, в закрытом интернате, в яслях с недельным круглосуточном содержанием). В этих случаях для задержки развития имеет значение не только эмоциональная депривация, но и дефицит информации.

Задержки развития в связи с педагогической запущенностью наблюдаются при безнадзорности, отсутствии условий для обучения ребенка, при жизни в условиях эмоциональной изоляции и информационного голода. При создании благоприятных условий для обучения и воспитания возможна обратимость расстройств.

* + 1. Задержки развития при сенсорной депривации

Задержки развития при сенсорной депривации (глухота и слепота) имеют некоторые особенности и различия. Так, при глухоте наряду с интеллектуальной недостаточ- 583

ностью наблюдается эмоционально-волевая незрелость, несамостоятельность, наивность, внушаемость, подражательность наряду с тормозимостью и необщительностью, склонностью к реакциям протеста. Эти особенности отчетливо проявляются с начала обучения в школе.

У слепых чаще страдает двигательная активность, имеют место заторможенность и замедленность движений, двигательные стереотипии. В мышлении выявляются вязкость, обстоятельность, склонность к детализации, инертность психических процессов и истощаемость.

Выделяют характерный для слепых депривационный синдром, включающий: 1) массивную невротическую симптоматику на ранних этапах онтогенеза; 2) двигательные стереотипии; 3) феномен патологического фантазирования; 4) стойкие идеи отношения; 5) ипохондрические сверхценные идеи; 6) разнообразные и рано возникающие патоха- рактерологические реакции; 7) стремление к одиночеству (В. Ф. Матвеев).

Депривационный синдром у глухих представлен следующими признаками: 1) ретардация психического развития в результате непонимания речи окружающих людей; 2) массивная невротическая симптоматика в препубертатном и пубертатном возрастных периодах; 3) паранойяльные идеи отношения; 4) повышенная ипохондричность; 5) стремление к одиночеству; 6) патохарактерологические реакции, которые возникают в препубертатном и пубертатном возрастных периодах.

* 1. Этиология и патогенез

Этиология задержек психического развития разнообразна. Имеют значение инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, интоксикации, генетические факторы и неблагоприятные воздействия социальной среды.

Считают, что причиной задержек психического развития являются нарушение созревания и в связи с этим возникающая функциональная недостаточность наиболее сложных систем мозга, которые обеспечивают сознательную, активную деятельность человека (М. С. Певзнер).

* 1. Дифференциальный диагноз

Развитие психических функций ребенка происходит в определенные возрастные периоды, и если он не получает

584

в это время соответствующей информации и отсутствуют условия для ее восприятия, то развитие его может настолько затормозиться, что возникает подозрение в психическом недоразвитии.

Для уточнения диагноза имеют значение сведения об особенностях воспитания. Если воспитание было правильным, проходило в хороших бытовых условиях, то это свидетельствует против временной задержки психического развития.

Воспитание в неполной, социально неблагополучной семье, в детских учреждениях с недостаточно правильной воспитательной работой часто приводит к эмоциональной и сенсорной депривации. Такая обстановка нарушает последовательность этапов развития ребенка, приводит к недостатку знаний, бедности познавательных интересов. Однако в отличие от детей с психическим недоразвитием при задержках развития у детей сохраняется способность к усложнению процессов мышления, обобщениям, они в интересующих их ситуациях инициативны, используют помощь в решении заданий, достаточно хорошо ориентируются в житейских ситуациях.

Если дети с задержками психического развития оказываются в благоприятных условиях, то их отставание может постепенно выровняться, что является подтверждением правильной оценки состояния.

35.4. Лечение, профилактика и прогноз

При этих формах патологии особую роль играют ле-чебно-коррекционные и реабилитационные мероприятия. Требуются специальные формы обучения и воспитания с учетом имеющегося у ребенка дефекта. Показано проведение общеукрепляющих мероприятий и назначение лекарственных препаратов — как ноотропов, так и корректоров поведения при психопатоподобных нарушениях поведения.

При задержках психического развития прогноз более благоприятен, чем при олигофрении. Раннее выявление задержки психического развития и проведение лечебно-педагогических коррекционных мероприятий обычно приводят к ускорению развития психических способностей у этих людей.

585

35.5. Экспертиза

Решение экспертных вопросов зависит от выраженности психического инфантилизма, зрелости суждений и способности оценивать происходящие события.

Показателями глубины психической незрелости (критерии невменяемости) являются: задержка созревания всех сфер психики, выраженная внушаемость и подражательность, слабость интеллектуального и волевого контроля, инфантильность мотивации, отсутствие борьбы мотивов при принятии решения, нарушение способности к прогнозированию, критике, неуправляемость поведения (В. А. Гурьева).

Глава 36

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Организация психиатрической помощи в любой стране не может осуществляться без решения вопросов правового положения психически больных.

Законодательство нашей страны по вопросам психиатрии ставит задачу, с одной стороны, максимально защитить интересы психически больных, с другой — создать условия для выполнения врачом стоящих перед ним гуманных задач по оказанию психиатрической помощи и одновременно защиты общества от общественно опасных действий психически больных. В связи с этим законодательные акты содержат положения, касающиеся как самого психически больного, так и врача, и психиатрической службы.

Крупнейшие отечественные психиатры С. С. Корсаков и В. А. Гиляровский подчеркивали, что правильная организация психиатрической помощи включает решение не только клинических и организационных, но обязательно и правовых вопросов.

Психиатрическую помощь населению оказывают в стационарных и амбулаторных условиях.

36.1. Стационарная психиатрическая помощь

Для стационарного лечения существуют психиатрические больницы и психиатрические отделения в многопрофильных больницах. Эти отделения могут быть профилированы специально для лечения больных с пограничными непсихотическими состояниями (неврозы, психосоматиче-

586

ские заболевания, неврозоподобные и цереброастенические расстройства) и лиц, страдающих психозами и одновременно соматическими заболеваниями, требующими активной терапии или оперативного вмешательства.

В психиатрических больницах принят ^территориальный принцип распределения больных: больные из определенного района или участка психоневрологического диспансера поступают в одно и то же отделение (таким образом осуществляется преемственность в лечении между этими лечебными учреждениями).

Кроме того, в больнице имеются отделения для лечения больных с пограничными состояниями, лиц пожилого возраста, детей и подростков.

Последние годы в больших психиатрических больницах создаются специальные отделения психореанимации.

Вполне достаточной обеспеченность психиатрическими койками по данным экспертов ВОЗ считается 1,0—1,5 койки на 1000 населения. В нашей стране имеется L^jia 1000 населения, или 10% от общего числа коек [Жариков Η. Μ., Киселев А. С., 1990].

В детских и подростковых отделениях больные не только получают лечение, но и обучаются по программе массовой школы.

С целью уменьшения неблагоприятных влияний изоляции психически больных от общества в некоторых отделениях психиатрических больниц используется система “открытых дверей”, но она приемлема для определенных групп больных, главным образом с пограничными нервно-психическими заболеваниями.

В связи с увеличением продолжительности жизни населения возникает необходимость в развитии психиатрической помощи пожилым лицам. В психиатрических больницах наряду со специальными отделениями для лечения пожилых лиц с психозами открываются отделения для людей этого возраста с пограничными расстройствами.

В психиатрических больницах стремятся создать условия и режим, приближающийся к таковым в соматических стационарах. В связи с тем что в психиатрических отделениях больные проводят более длительный период, здесь должны быть специальные помещения для отдыха, трудовой терапии, музыкальных занятий и др. Все помещения отделения должны быть спланированы так, чтобы облегчить наблюдение персонала за больными.

У 587

36.2. Внебольничная помощь психически больным

В 1923 г) были учреждены психоневрологические диспансеры, работающие по территориальному принципу. Вне-больничная помощь развивается в трех направлениях: совершенствуется помощь больным в лсихоневрологическом диспансере; развивается новый вид консультативной психиатрической помощи в этом учреждении Jaes постановки больного\_на\_унет; совершенствуется психиатрическая по-мощь^вне flHcnaHcgggU-JB\_- CacTeMe^^бщемедицинской помощи — в психотерапевтических кабинетах поликлиник и медико-санитарных частей промышленных предприятий — для оказания ее больным с пограничными расстройствами и раннего выявления больных с другими психическими заболеваниями.

Внебольничная помощь, кроме психоневрологического диспансера, осуществляется в дневных стационарах, куда больные приходят утром, получают соответствующее лечение, участвуют в трудовых процессах, развлечениях и вечером возвращаются домой.

Существуют ночные стационары, где больные находятся после работы вечером и ночью. За это время им проводятся лечебные мероприятия, например курс внутривенных вливаний, иглорефлексотерапия, лечебный массаж и др. Утром больные возвращаются на работу.

Для детей существуют санаторные (лесные) школы, в которых ослабленные дети с различными невротическими состояниями получают соответствующую терапию и обучаются в школе. Для восстановления психического здоровья большое значение имеют создание режима труда и отдыха, длительное пребывание на свежем воздухе, занятия физкультурой. В санаторных школах дети находятся в течение одной четверти.

~—^тЖстеме социального обеспечения находятся психоневрологические интернаты, где получают лечение больные, страдаюТцйеГхронйческими психическими заболеваниями. Умственно отсталые дети обучаются в специальных вспомогательных школах. В эти школы дети могут приходить из дома или жить постоянно в интернатах при школах, где осуществляется постоянное специальное наблюдение и систематическое лечение.

Дети дошкольного возраста с органическими поражениями центральной нервной системы и с заиканием получают помощь в специализированных яслях-^адах, где наряду с

588

воспитателями работают врачи-психиатры, психологи и логопеды.

В обязанности психоневрологического диспансера входит лeчeниeJfoльныxJ\_iжaзaниe\_Jш консультативной и социаль-ноиПюмощи.

flpfl диспансере имеются лечебно-трудовые мастерские, в которых работают инвалиды по психическому заболеванию; пребывание в лечебно-трудовых мастерских дает возможность проводить систематическое лечение, обеспечивать питанием и зарабатывать больным небольшое количество денег.

Последние годы получила развитие специальная служба по бооьбе\_с\_суицидами. Во многих городах работает “Телефон доверия”, по которому в любое время суток может позвонить каждый человек, находящийся в тяжелом психическом состоянии, обусловленном жизненными неудачами. Психотерапевтическую помощь по телефону оказывают психиатры и психологи, прошедшие специальную подготовку.

Для оказания психотерапевтической и психологической помощи взрослым и подросткам имеются специальные кабинеты в общесоматических поликлиниках. В ряде крупных городов имеются специальные, так называемые кризисные отделения, работа в которых направлена на профилактику суицидального поведения.

В сельской местности имеется сеть психиатрических кабинетов в сельских больницах и районных поликлиниках и психиатрические отделения в центральных районных больницах ХЦРБ).

В 1976 т,)ъ номенклатуру учреждений здравоохранения введен наркологический диспансер, являющийся основой наркологической службы.

36.3. Наркологическая служба

Наркологическая служба — сеть специализированных учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую, медико-социальную и медико-юридическую помощь больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией. Наркологическая служба имеет стационарные, полустационарные и внебольничные звенья.

589

36.4. Права психически больных

В 1988/. принят Указ Президиума Верховного Совета СССР об"утверждении “Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи”, направленный на защиту прав психически больных.

По этому “Положению” ^ервичное освидетельствование психиатром и стаи,ирнированиѐ~оольного в психиатрическую больницу возможно только с его согласия, а ребенка — с согласия его 4юдател£й7~Исключение составляют больные, по психическому состоянию представляющие опасность для себя и окружающих — они подлежат неотложной госпитализации, о чем обязательно сообщается вышестоящему органу здравоохранения."

Предусматривается уголовная ответственность за помещение в психиатрическую больницу заведомо психически здорового человека.

Следует отметить, что пребывание в психиатрической больнице или нахождение на учете в психоневрологическом диспансере в связи с психическим заболеванием не делает больного автоматически недееспособным, если специальная комиссия психиатров не дала свое заключение в установленном порядке и нет решения суда. Ст. 15 ГК РСФСР гласит: “Гражданин, который вследствие душевной болезни или слабоумия не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном Гражданским Процессуальным Кодексом РСФСР”.

Психически больной не лишается права принимать участие в выборах, если врачебная комиссия не признает его в соответствии с конституцией “умалишенным”.

Гуманное отношение к психически больным является одной из наиболее характерных черт русской психиатрии. Важным является освобождение психически больных от ответственности за совершенные ими во время болезни общественно опасные действия (преступления).

В решении Синода от 1787 г. указано, что следует “безумных отсылать свидетельствовать к дохтурам”. А в указе Сената от 23.04.1801 г. “О непридании суду поверженных в уме людей и учинивших в сем состоянии самоубийство” еще более четка выражено отношение в России к психически больным, совершившим общественно опасные действия.

Статья 11 “Невменяемость” (основы уголовного законодательства) указывает: “Не подлежит уголовной ответственности лицо, которое

590

во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, т. е. не могло отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими вследствие хронической душевной болезни, временного расстройства душевной деятельности, слабоумия или иного болезненного состояния. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера, устанавливаемые законодательством союзных республик”.

В нашем законодательстве определение невменяемости построено на сочетании двух критериев: медицинского и юридического. Медицинские критерии включают в себя указания на: а) временное расстройство психической деятельности; б) хроническую душевную болезнь; в) иное болезненное состояние (например, некоторые случаи врожденной умственной недостаточности и др.). Наличие медицинского диагноза еще не решает вопрос о невменяемости. Важное значение имеет юридический критерий, который говорит о возможности лица, привлекаемого к ответственности, отдавать себе отчет о своих действиях и руководить ими. Только совпадение юридических и медицинских критериев дает право признать лицо, совершившее общественно опасные действия, невменяемым. Сам юридический критерий включает два признака: интеллектуальный (отдавать отчет в своих действиях) и волевой (руководить своими действиями).

36.5. Неотложная психиатрическая помощь

Одной из актуальных проблем современной психиатрии являются состояния, требующие неотложной медицинской помощи. Они характеризуются особенностями психического и соматического здоровья и определяют социальный статус больного.

У психически больных из-за отсутствия критичеосого отношения к своему заболеванию, негативного восприятия лечения и часто беспомощности состояния требуется неотложная медицинская помощь. В связи с этим неотложная помощь психически больным имеет свои особенности.

Особенности неотложной психиатрической помощи обусловлены двумя тенденциями: злачительным увеличением числа выявляемых психически больных при диспансеризации и патоморфозом психических заболеваний с увеличением вегетативных и\_соматическиу расстройств.

Выявленные тенденции потребовали, с одной стороны, переноса центра тяжести оказания неотложной помощи пси-

591

хически больным во вне больничные условия и с другой — более дифференцированного подхода в условиях стационара.

Врач-психиатр при первом осмотре больного, помимо установления диагноза и оценки тяжести психопатологической симптоматики, должен определить степень его социальной опасности, т. е. выявить вероятность возникновения агрессивных и аутоагрессивных действий.

При отнесении выявленных психопатологических симптомов к требующим неотложных мероприятий возникают определенные трудности. Некоторые психиатры считают, что все психические нарушения требуют неотложных мероприятий, но чаще к ургентным (неотложным) относят те состояния, при которых, несмотря на проводимую терапию, имеется опасность летального исхода.

К состояниям, требующим неотложных мероприятий, относят суицидальное поведение. Состояния, требующие безотлагательной медицинской помощи, условно делятся на две группы: к первой относятся все психотические состояния, которые полностью охватывают

личность больного л определяют его поведение, ко второй — так называемые критические состояния.

В зависимости от клинико-психопатологических проявлений неотложная помощь психически больным оказывается в амбулаторные и стационарных условиях, а также в учреждениях промежуточного типа. Значительно реже неотложные мероприятия психически больным проводят на дому. Возможность оказания неотложной помощи в амбулаторных условиях определяется клинической картиной заболевания. При этом решающим фактором является не тяжесть и глубина психических расстройств, а отсутствие наклонности к социально опасным действиям (агрессии и аутоагрессии) и сохранение установки на лечение.

Состояние больных, которым неотложная помощь оказывается в амбулаторных условиях, характеризуется следующими особенностями: нестойкостью и фрагментарностью психических, дасстройств^быстрой^)едукцией\_ост2ой психопатологической симптоматики; позитивной психотерапев-тическбй~ролью имеющихся микросоциальных условий, изъятие из которых может явиться фактором, ухудшающим течение болезни.

В настоящее время значительный контингент больных, которым ранее неотложная помощь оказывалась в стационарных условиях, получает ее в отделениях лечебно-реа- 592

билитационного типа. К ним относятся дневные стационары и ночные профилактории, развернутые, как правило, на базе районных диспансеров. В последние годы отмечается тенденция к созданию комплексов дневной—ночной стационар с этапом круглосуточного пребывания, который существенно расширяет возможности оказания неотложной помощи во внебольничных условиях. Сохраняя все преимущества дневного стационара, такие комплексы являются по существу промежуточной организационной формой между дневным стационаром и психиатрической больницей. Неотложную помощь в этих отделениях следует оказывать больным со следующими клиническими особенностями:

1. с острыми и подострыми психотическими состояниями на относительно ранних этапах заболевания, когда особен ности психопатологической картины и течения болезни по зволяют предполагать быструю редукцию острой симптома тики. Это главным образом аффективные, аффективно-бре довые и галлюцинаторно-бредовые расстройства;
2. больным, оказание неотложной помощи которым в амбулаторных условиях затруднено в связи с наличием ряда социальных или бытовых факторов, требующих временной изоляции их из психотравмирующей ситуации. В то же время невыраженность психотических нарушений делает нецелесообразным помещение этих больных в психиатри ческий стационар. Психические расстройства указанного контингента больных ограничиваются нарушениями субпси хотического регистра.

Таким образом, оказание неотложной помощи в “полустационарах” приводит к сокращению продолжительности лечения, позволяет осуществлять его с наименьшим отрывом от привычной социальной среды и является экономически более выгодным. Среди состояний, требующих безотлагательной помощи, особое место занимают нарушшияиюведения, резко контрастирующие с предшествующим состоянием больного и привлекающие^ "внимание окружающих. Для них характерны внезапность и быстрый темп развития, в связи с чем эти больные “не доходят” до участкового психиатра.

Этому контингенту больных неотложная помощь оказывается специализированными в^ачебныш^бригадами скорой психиатрической помощйТ В частТГслучаев поведенческие нарушения обусловлены нестойкими психическими расстройствами (как

непсихотического, так и психотического регистра). Они легко корригируются медикаментозной те-

593

рапией и поддаются психотерапевтическому воздействию. Эти больные не нуждаются в госпитализации.

При наличии показаний к госпитализации больные направляются в психиатрическую больницу. В этом случае на догоспитальном уровне при условии, что транспортировка больного не занимает много времени, проведение психотропной терапии нежелательно. Это обусловлено большой вероятностью возникновения побочных явлений и осложнений, в связи с трудностью полноценного обследования больного и угрозой развития осложнений при транспортировке.

Тем не менее в отдельных случаях возникает необходимость в медикаментозном лечении. В первую очередь речь идет о выраженном психомоторном возбуждении различной структуры. При таких состояниях наиболее безопасным и эффективным на догоспитальном этапе является парентеральное введение бензодиазепинов (седуксен, элениум). На психомоторное возбуждение всех видов положительное влияние оказывает также парентеральное введение дроперидола, оксибутирата натрия, гексенала.

Построение лечебного плана при состояниях, требующих неотложной помощи, основывается на общепринятых принципах, в основу которых положен выбор наиболее эффективного препарата или комбинации препаратов. При этом следует учитывать ведущий синдром, его нозологическую принадлежность и особенности динамики заболевания. Проводимое лечение должно быть непрерывным и динамичным, учитывающим изменение статуса.

Неотложной психиатрической помощи требуют следующие синдромы: галлюцинзторно- бредовой, депрессивно-бредовой, депрессивный, маниакальное, кататоническое, гебефрениче-ское и психопатическое возбуждение, онейроидная кататония.

В медицине под критическим состоянием (вторая группа больных, требующих неотложных медицинских мероприятий) вообще понимают наиболее тяжелый период заболевания, когда возможности саморегуляции организма оказываются исчерпанными, а сохранение жизни без современных реанимационных мероприятий невозможно.

Возникающие на фоне психотической симптоматики угрожающие жизни критические состояния условно подразделяются на следующие виды:

1) состояния, обусловленные отдельными или сочетан-ными сопутствующими соматоневрологическими заболеваниями (заболевания органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы);

594

1. состояния, являющиеся наиболее тяжелым этапом самого психического заболевания (тяжелые алкогольные де лирии и острые алкогольные энцефалопатии, фебрильная шизофрения, учащение эпилептических припадков и эпи лептический статус);
2. состояния, являющиеся следствием индивидуальной реакции организма на общепринятое медикаментозное ле чение психического заболевания; тяжелые нейролептиче ские осложнения, включая нейролептические энцефалопа тии; осложнения, возникающие после одномоментной от мены психотропных средств, затянувшиеся инсулиновые и атропиновые комы и рекомы;
3. тяжелые интоксикационные психозы, занимающие особое место среди критических состояний.

Наиболее часто критические состояния возникают при шизофрении и алкоголизме (свыше 90% случаев поступлений больных в отделения психиатрической реанимации).

Среди состояний, относимых к разряду критических при шизофрении и алкоголизме, наиболее часто встречаются фебрильная шизофрения и острые алкогольные энцефалопатии.

Выделение состояний, требующих неотложных мероприятий, в особую группу критических состояний обусловлено тем, что при них, помимо патологии психической деятельности, выявляются также и выраженные изменения в одной из систем организма: сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, выделительной. Таким образом, при критических состояниях у психически больных можно говорить о полиорганной патологии.

Из изложенного выше становится очевидным, что при критических состояниях, возникающих у психически больных, необходима помощь не только врача-психиатра, но и других специалистов и в первую очередь реаниматолога, т. е. неотложная помощь при критических состояниях имеет качественно иной характер. Оказать этому контингенту больных необходимую медицинскую помощь в полном объеме в условиях обычного отделения психиатрической больницы не представляется возможным.

Опыт деятельности такого специализированного подразделения показал, что для обеспечения оптимального лечения больных необходимо проведение следующих организационных мероприятий:

— круглосуточное наблюдение за больными, помимо врача-психиатра, врачом- реаниматологом, привлечение к

595

работе консультантов других специальностей — невропатолога, окулиста, терапевта, хирурга;

— создание круглосуточной клинико-биохимической экспресс-лаборатории для осуществления комплекса необходимых исследований — дополнительных тестов диагностики, индивидуального прогнозирования тяжести и характера течения критического состояния, оценки эффективности лечения и определения показаний для его коррекции.

Результаты динамического клинического наблюдения и параклинических исследований профильных больных дают основание заключить, что их лечение носит определенный специфический характер. Наряду с общеизвестными методами лечения критических состояний в комплекс современных лечебных мероприятий включаются такие детоксика- ционные методы, как гемосорбция, лазеротерапия и гипербарическая оксигенация.

Широкое внедрение реаниматологических методов лечения при критических состояниях, а также использование современной диагностической аппаратуры существенно изменили представления об этих состояниях. При этом прослеживается определенный патоморфоз критических состояний.

При развитии психотических приступов замедлился темп нарастания психопатологических расстройств, относимых к критическому регистру; уменьшилась длительность самого критического этапа заболевания; реже стали возникать пре- коматозные и коматозные состояния, относимые к терминальному регистру; появилась возможность проследить за обратным развитием психоза в тех случаях, которые ранее оканчивались летальным исходом; изменилась прогностическая значимость некоторых проявлений болезни (симптомов и синдромов).

Применение современных детоксикационных методов лечения, в особенности, экстракорпоральной гемосорбции, лазеротерапии и гипербарической оксигенации, значительно уменьшило удельный вес гипоксического фактора в возникновении критических состояний, в связи с чем по выходе больных из данных состояний стали менее выраженными интеллектуально-мнестические и астенические расстройства.

Введение в комплекс лечебных мероприятий гипербарической оксигенации сделало возможным применение экстракорпоральной гемосорбции у больных с тяжелыми алкогольными делириями и острыми алкогольными энцефалопатиями, даже при наличии значительных нарушений в свертывающей и противосвертывающей системе

596

крови. Кроме того, применение гипербарической оксигена-ции значительно уменьшает вероятность развития психоорганического синдрома при электросудорожной терапии, проводимой по жизненным показаниям.

Таким образом, можно констатировать общую тенденцию к менее тяжелому течению психотических расстройств, относимых к критическому регистру. Но самым существенным является то, что применение современных методов лечения привело к резкому снижению летальности (если в 1981—1982 гг. она составляла 25%, то в настоящее время равна 5,5%).

Вместе с тем необходимо отметить, что при лечении критических состояний выявились и трудности. При критических состояниях в связи с полиорганной патологией изменяется индивидуальная реактивность организма по отношению к проводимому лечению, что может сопровождаться нарушением проницаемости гематоэнцефалического барьера и приводить к прорыву нейроспецифических белков в кровь и их контакту с иммунокомпетентными клетками. Следствием такого контакта является образование аутоан-тител к нейроспецифическим белкам, которые в свою очередь способны проникать через поврежденный гематоэнце-фалический барьер в мозг, вызывая его аутоиммунное поражение, что может обнаруживаться в клинических проявлениях критических состояний (аллергические и деструктивные реакции).

Исследования процессов прорыва нейроспецифических белков в кровь и патологической роли аутоантител к ним открыли возможности в разработке новых методов лечения этих состояний путем экстракорпорального извлечения антител из крови.

В последние годы исследователи (Г. В. Морозов, В. П. Чехонин) все большее внимание уделяют способам высокоселективного, контролируемого извлечения тех или иных биологических молекул, принимающих участие в патогенезе заболевания. Одним из наиболее специфических методов удаления из кровотока подобных соединений является иммуноадсорбция.

Эффективная неотложная медицинская помощь при критических состояниях может быть оказана только в специальных отделениях реанимации.

Дальнейшее развитие службы, проводящей неотложную терапию, распространяется в настоящее время на догоспитальный период. С этой целью создана специализированная выездная психиатрическая реаниматологическая бригада.

597

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Абрамович Г. Б., Харитонов Р. А. Эпилептические психозы у детей и подростков. —Л.: Медицина. — 1979. — 142 с.

АвруцкийГ. Я., НедуваА.А. Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.

Алкоголизм: Руководство для врачей/Под ред. Г. В. Морозова и др. — М.: Медицина, 1983. — 432 с.

Александровский Ю. А, Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства). — М.: Наука, 1976. — 272 с.

Арбатская Ю. Д. Врачебно-трудовая экспертиза в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. — М.: Медицина, 1975. — 42 с.

Бабаян Э. А., ГонопольскийМ. X. Наркология: Учебная лит-pa для студентов мед. ин-тов.

— М.: Медицина, 1987. — 336 с.

Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1984. — 288 с. Вальдман А. В., Александровский Ю. А. Психофармакотерапия невротических состояний.

— М.: Медицина, 1987. — 288 с.

Вартанян Μ. Ε. Современные проблемы психического здоровья: состояние и перспективы//Журн. невропатол. и психиатр. — 1989. — № 10. - С. 3-13.

Военная психиатрия/Под ред. Ф. И. Иванова. — Л.: Медицина, 1974. — 424 с.

Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков (особенности клиники и течения). — М.: Медицина, 1971. — 128 с.

Ганнушкин П. Б. Избранные труды/Под ред. О. В. Кербикова. — М.: Медицина, 1964. — 252 с.

Гарбузов В. И., Захаров В. И., Исаев Д. Н. Неврозы у детей и их лечение. — Л.: Медицина, 1977. — 272 с.

Гиляровский В. А. Психиатрия. — 4-е изд. — М.: Медгиз, 1954. — 520 с.

Гиляровский В. А. Учение о галлюцинациях. — М.: Изд-во АМН СССР, 1949. — 198 с. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. — М.: Медицина, 1980. — 272 с.

Добржанская А. К. Психические и нейрофизиологические нарушения при эндокринных заболеваниях. — М.: Медицина, 1973. — 191 с.

Жариков Н. М, Эпидемиологические исследования в психиатрии. — М.: Медицина, 1977.

— 168 с.

Жариков Н. М., УрсоваЛ.Г., ХритининД.Ф. Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1989.

— 496 с.

Имелинский К. Сексология и сексопатология: Пер. с польск. — М.: Медицина, 1986. — 424 с.

Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. — Л.: Медицина, 1982. — 223 с. 598

Исаев Д. Η., Каган Ε. В. Психогигиена пола у детей: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1986. — 336 с.

КаннабихЮ. В. История психиатрии. — М.: Госмедизд-во, 1928. — 411 с. Карвасарский Б. Д. Неврозы: Руководство для врачей. — 2-е изд. — М.:

Медицина, 1990. — 573 с.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 304 с. КербиковО.В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 311 С. Кербиков О. В., КоркинаМ. В., Наджаров Р. А., Снежневский А. В. Психиатрия. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1968. — 448 с. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. —

М.: Медицина, 1979. — 607 с. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей

и подростков. — М.: Медицина, 1985. — 286 с.

Колупаев Г. П., Пятницкая И. Н., Уроков И. Г., Найденова Н. Г. Методическое руководство для врачей по наркоманиям (клиника, диагностика,

шчение, профилактика). — М.: Воениздат, 1991. — 156 с. Колупаев Г. П., ЛукомскийМ. И.

Методическое руководство по лечению

больных алкоголизмом. — М.: Воениздат, 1991. — 104 с. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. —

М.: Медицина, 1984. — 221 с. КоркинаМ. В., ЦивилькоМ. А., МариловВ. В. Нервная анорексия. — М.:

Медицина, 1986. — 176 с.

Краснушкин Е. К. Избранные труды. — М.: Медгиз, 1960. — 608 с. Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития. — М.:

Медицина, 1970. — 222 с. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. — 2-е изд. — М.:

Медицина, 1984. — 334 с. Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем. — Киев:

Вища

школа, 1981. — 390 с. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — 2-е

изд. — Л.: Медицина, 1985. — 416 с. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — 2-е

изд. — Л.: Медицина, 1985. — 255 с.

Личко А. Е. Шизофрения у подростков. — Л.: Медицина, 1989. — 215 с. Личко А. Е.,

Битенский В. С. Подростковая наркология: Руководство для

врачей. — Л.: Медицина, 1991. — 302 с. Лукомский И. И. Маниакально-депрессивный психоз. — М.: Медицина,

1968. — 159 с. Лурье Г. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. — 4-е изд. — М.: Медицина, 1977. — 112 с. Матвеев В. Ф. Учебное пособие по психиатрии.

* М.: Медицина, 1975. —

351 с. Морозов В. М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и

их идейных истоках. — М.: Медгиз, 1960. — 267 с. Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Морфинизм. — М.: Медицина, 1984. —

173 с.

Невзорова Т. А. Лекции по психиатрии. — М.: Медицина, 1976. — 382 с. Нуллер Ю. Л., МихайленкоИ. Н. Аффективные психозы. — Л.: Медицина,

1988. — 264 с. Общая сексопатология: Руководство для врачей/Под ред. Г. С. Васильчен- ко. — М.: Медицина, 1977. — 488 с. ПортновА. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. — Л.: Медицина,

1971. — 368 с. Попов Е. А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. — Харьков, 1941. — 270 с.

599

Портной Α. Α., Федотов Д. Д. Психиатрия. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1965. — 276 с. Проблемы постнатального соматопсихического развития/Под ред. Г. К. Ушакова и др. — М.: Медицина, 1974. — 316 с.

Пятницкая И. И. Клиническая наркология. — Л.: Медицина, 1975. — 334 с. Ромасенко В. А., Скворцов К. А. Психические нарушения при раке. — М.: Медицина, 1961. — 387 с.

Руководство по психиатрии/Под ред. А. В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1—2.

Руководство по психиатрии/Под ред. Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — Т. 1—2. Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — 2-е изд. — Ташкент: Медицина, 1979. — 637 с.

СаармаЮ. М., Мехилане Л. С. Психиатрическая синдромология. — Тарту, 1980. — 80 с. Смулевич А, Б. Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.

Снежневский А. В. Общая психопатология: Курс лекций. — Валдай, 1970. — 100 с. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1973. — 384 с.

Судебная психиатрия: Руководство для врачей/Под ред. Г. В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — 400 с.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медгиз, 1955—1965. — Т. 1—3.

Семке В. Я. Истерические состояния. — М.: Медицина, 1988. — 224 с. ТигановА. С. Фебрильная шизофрения. — М.: Медицина, 1982. — 128 с.

Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.

Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М.: Медицина, 1973. — 392 с.

Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.

Фрейд 3. Избранное. — М.: Внешторгиздат, 1989. — 448 с.

Фрейд 3. Психология бессознательного. — М.: Просвещение, 1990. — 448 с.

Хохлов Л. К., Ильина В. Н., СырейщиковВ. В. Профессиональное воспитание через предмет в курсе психиатрии и медицинской психологии: Учебное пособие. — Ярославль, 1986. — 74 с.

Целибеев Б. А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. — М.: Медицина, 1972. — 280 с.

Частная сексопатология: Руководство для врачей/Под ред. Г. С Василь-ченко. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1—2.

Штернберг Э. Я. Геронтологическая психиатрия. — М.: Медицина, 1977. — 216 с. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. — М.: Медицина, 1979. — 288 с.

ЯкубикА. Истерия. Методология. Теория. Психопатология: Пер. с польск. — М.: Медицина, 1982. — 342 с.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Абсанс 143 Абулия 116 Акатофазия 123 Акинезия 121 Акромегалия 345 Акселерация 47

Алгии истерические 470 Алкоголизм 197

— запои истинные 201

— ложные 202

— Особенности возрастно-половые 205

— стадии 198

Аменция 141

— инфекционная 269

Амнезия антероградная 71

— прогрессирующая 72

— ретроградная 71

— фиксационная 71

Анозогнозия 6,136

Анорексия 117

— нервная 512

Астения при соматогениях 332 Атеросклероз церебральный 310

— — нарушения неврологические 314

— соматические 314

Афазия 123 Аффект 102

— астенический 102

— патологический 102

— стенический 102

— физиологический 102

Белая горячка 218

Бешенство 278

Болезнь(и) аддисонова 348

— Альцгеймера 440

— базедова 345

— Бейля 301

— бронзовая см. Болезнь аддисоно ва

— Галла 346

— Грейвса 345

— Дауна 566

— Иценко—Кушинга 343

— Пика 441

— психические, классификация 35

— — развитие, роль факторов би ологических 42

— — — — — социальных 42

— — реабилитация 172

— — терапия биологическая 155

— — — корригирующая 154

— купирующая 153

— — — поддерживающая 153

— — — превентивная 154

— противорезистентная 155

— — течение 39 этапы 40

— психогенные 444

— психосоматические 501

— — астма бронхиальная 506

— — колит неспецифический яз венный 505

— Симмондса 344

— Симмоидса—Глинского 344

— Феллиига 561

Брадифазия 123

Бред 82

— богатства 84

— величия 85

— воздействия 83

— высокого происхождения 84

— гибели мира 92

— депрессивный 85

— изобретательства 84

— индуцированный 87, 457

— ипохондрический 86

— конформный 87

— Котара 429

— любовный 85

— материального ущерба 83

— мегаломанический 85

— мучительного бессмертия 92

— нигилистический 86

601

— обвинения 84

— околдования 83

— особого смысла 82

— отношения 82

— отравления 83

— порчи 83

— преследования 83

— — алкогольный 222

— ревности 84

— — алкогольный 221

— фантастический 90

— физического недостатка 99

— чувственный 89

— чужих родителей 99

— эротический 85

Бредоподобные фантазии 450

Булимия 117

— нервная 513

Вербигерация 79, 122 Влечения импульсивные 118

— нарушения 117

Внимание, нарушения 120

Возбуждение гебефреническое 126

— кататоническое 125

— маниакальное 126

— психогенное реактивное при ка тастрофе 491

Воля 115

— нарушения 116

— — абулия 11 б

— — гипербулия 116

— — гипобулия 116

парабулия 116

Восприятия, расстройства 58

Галлюцинации антагонистические 62

— висцеральные 62

— внушенные 63

— вызванные 63

— гипнопомпические 63

— зрительные 62

— императивные 61

— истинные 60

— комментирующие 61

— обонятельные 62

— псевдогаллюцинации 60

— слуховые 61

— тактильные 62

— типа Шарля Бонна 64

— угрожающие 61

— функциональные 63

Галлюциноз 65

— слуховой алкогольный 220

Гаргоилизм 564 Гашишизм 232 • Гипербулия 116 Гипобулия 116 Гипогонадизм

первичный 349 Гипокинезия 121 Гипомании 114 Гипопаратиреоз 347 Гипотиреоз 346

Дебильность 553

Девиации сексуальные 537 Действие (я) импульсивное 118

дипсомания 119

— — дромомания 118

— — клептомания 119 копролалия 119

— — мифомания 119 пиромания 119

— патологические привычные 481

— — — трихотилломания 482 яктация 482

Делирий 138

— абортивный 139

— алкогольный 218

— интоксикационный 255

— инфекционный 269

— муситирующий 139

— профессиональный 139

— циклодоловый 246

Деменция 73

— органическая 74

— пресенильная 440

— сенильная 435

Депрессия адинамическая 111

— аналитическая 111

— анестетическая 108

— апатическая 109

— маскированная 109

— невротическая 475

— реактивная 451

— тревожная 109

Дереализация 66

Деятельность автоматизированная 132

— бессознательная 132

— сознательная 132

Диабет сахарный 347

Дизартрия 122

Дислалия 123

Заикание 122

— невротическое 480

Зоб диффузный тиреотоксический 345 602

г

токсический 345

Идеи бредовые 98

— бредоподобные 450

Идиотия 550

Иллюзии аффективные 59

— вербальные 59

— невнимания 58

— парайдолические 59

Имбецилыюсть 552

Импотенция психогенная 539 Инстинкт самосохранения, наруше ния 118

Интеллект 70

— расстройства 73

Инфантилизм гармоничный 581

— дисгармоничный 581

— органический 581

Каталепсия 121

Кахексия гипофизарная 344

Кома 138

— интоксикационная 255

Конфабуляции 72

Копрофагия 118

Кретинизм 571

Криптолалия 123

Криптомнезия 72

Лейкоэнцефалит 278 Личность, тип(ы) аффективно-лабильный 149

— — гипертимный 149

— — истероидный 151

— — конформный 151

— — неустойчивый 151

— — преморбидный 149

— — психастенический 150

— — сенситивный 151 смешанные 152

циклоидный 149

— — шизоидный 150

— — эмоционально-лабильный 149

эпилептоидный 150

Логоклония 123 Логорея 123

Менингит 279

— при сифилисе мозга 299 Менингоэнцефалит при сифилисе мозга 299 Метаморфопсии 68

— макропсия 68

— микропсия 68

— оптическая аллестезия 68 буря 68

Мория 114 Мутизм 122 Мышление 77

— персеверация 79

— расстройства 77

— — клинические проявления 78

Навязчивости контрастные 97 Навязчивые влечения 96

— воспоминания 95

— действия 97

— мысли 95

— сомнения 95,119

— состояния, особенности сравни тельно-возрастные 98

— страхи 96

Навязчивый счет 95

Наркомания 225

— барбитуромания 240

— каннабиноидная см. Гашишизм

— кокаиновая 238

— опийная 228

— первитиновая 236

— эфедроновая 236

Наркотики, классификация 227 Нарушение (я) влечения к пище 117

анорексия 117

— — — — булимия 117

— — — — копрофагия 118

— — — — парорексия 118

— — — — полидипсия 117

— личности 148

— самосознания 145

— — деперсонализация 146

— — — аутопсихическая 146

— — — витальная 146

— — — соматопсихическая 147

— сознания 132

Настроения 102

— расстройства 104

амимия 106

— — апатия 105

бесчувствие психическое бо лезненное 105

— — гипермимия 106

— — гипертимия 104

— — гипомимия 106

— — гипотимия 104

— — дисфория 104

— — парамимия 106

— — тревога 105

— — эйфория 104 603

— — эмоциональная монотонность 105

— — эмоциональное бесчувствие 108

— — — огрубение 105 Невроз(ы) астенический у детей 479

— депрессивный 475

— истерический 469

у детей 479

— лечение 486

— навязчивых состояний 473 У детей 480

— особенности сравнительно-воз растные 478

— проявления 465

— системные у детей 480

— страхов у детей 480 Неврозоподобные нарушения при соматогениях 332

Обнубиляция 137 Обсессии 94 Оглушение 137

— интоксикационное 255 Ожог, период острый, шок 261

— — отдаленный 264 Олигофазия 123

Олигофрения 75, 549

— вследствие вредных воздействий в период внутриутробного разви

тия 569

— — врожденного сифилиса 570

— — отрицательных психосоци альных влияний 573

— — перенесенного в детстве по ражения мозга 573

— — резус-конфликта 569

— — родовых осложнений 572 токсоплазмоза 569

— — эндокринных нарушений 571

— пороки развития мозга 556

— — — черепа 556

— формы 560

Онейроид 140

— интоксикационный 255

— ориентированный 141

Ощущение, нарушения 56

Память, нарушения 71

амнезия антероградная 71

прогрессирующая 72

— — — ретроградная 71

— — — фиксационная 71 парамнезии 72

604

Паника 491

Паралич (и) истерические 470

— прогрессивный 301

— — в возрасте детском 306

— — — — юношеском 306

— — изменения серологические 305

— — нарушения неврологические 304

— — — соматические 305

— — стадии 302

— — течение 308

— —г форма (ы) ажитированная 306

— — — атипичные 306

— — — дементная 306

— — — депрессивная 306

— — — параноидная 306

— — — припадочная 306 циркулярная 306

— — — экспансивная 305 Парабулия 116

Парамимия 122

Парамнезии 72

— конфабуляции 72

— криптомнезия 72

— псевдореминисценция 72

— фотографическая память 72

— эйдетизм 73

Параноиды интоксикационные 256

— реактивные 455

— — острые 456

— — у детей и подростков 457

— — — пожилых 457 Паранойя алкогольная 221

Парафазия 123

Парорексия 118

Перверсии сексуальные 537

— — вуайеризм 542

— — геронтофилия 543

— — гомосексуализм 540 зоофилия 544

— — инцест 543

— — мазохизм 544

— — нарциссизм 544

— — педофилия 543

— — садизм 544

— — трансвестизм 541

— — транссексуализм 542

— — эксгибиционизм 542 Полидипсия 117

Помощь психиатрическая внеболь-ничная 588

— — неотложная 591

— — стационарная 586

Помрачение сознания аментивное 141

— — онейроидное 140

— — при гипертонической болез ни 319

— — — соматогениях 334 Понятие 77

Представление 56

Припадок (ки) 127

— абортивные 129

— акинетический 129

— истерический 130, 471

— катаплексический 129

— нарколептический 129

— очаговые 130

— — адверсивный 130

— — джексоновский 130

— — кожевниковская судорога 130

— пикнолептический 129

— психомоторные 130

— снохождение 131

— судорожный 129,355

— эпилептический 355

Псевдогаллюцинации 60

Псевдореминисценции 72 Психика, развитие асинхронное 46

— — синхронное 46 этапы 45

Психическая травма 444

— — роль в развитии неврозов 482

Психическое развитие, задержка при глухоте 583

— — — — психогенных воздей ствиях 583

— — — — раннем поражении го ловного мозга 583

слепоте 584

Психогенные реакции аномальные 458 Психоз(ы) алкогольные 192, 217

— — корсаковский 223

— — энцефалопатические 222

— аффективно-бредовые травмати ческие 186

— инволюционные 428

— инфекционные 268

— — затяжные 270

У детей 280

— истерические 448

при катастрофе 492

— маниакально-депрессивный 403

— параноидные хронические 257

— лресенильные 428

— реактивные 446

— — аномальные 458

— травматические аффективные 177

— — острые 176

— функциональные возраста позд него 427

— — — старческого 431

— шизоаффективные 388

Психомоторика, формирование 120

Психопатия (и) 152, 520

— аффективно-лабильная 524

— конституциональные 521

— органические 521, 527

— сенситивная 526

— эксплозивная 524

— эпнлептоидная 524 Психопатоподобные состояния при гипертонической болезни 319 Пуэрилизм 449 Развитие личности невротическое 482 Резонерство 79

Ретардация 47

Рефлексия 145

Расстройства аффективные при соматогениях 333

— волевые 115

— восприятий 68

— двигательные 123

— личности 520

— непсихотические 11

— ощущений 68

— пограничные 11

— представлений 68

— психические инфекционные не обратимые 271

— — позднего возраста 422

— — при интоксикациях острых 254

— — — — хронических 256

— — — инфекциях мозговых 275

•- катастрофах 488

— — — ожоговой болезни 260

— — — опухолях головного мозга 323

— — — параличе прогрессивном 293

— — — сифилисе мозга 294

— — — соматических заболева ниях 331

— — — сосудистых заболеваниях головного мозга 310

СПИДе 286

605

* — травматические у детей и подростков 179
* психомоторные 120
* психопатоподобные при сомато- гениях 333
* психосексуальные 536
* — невротические 539
* схемы тела 67
* чувственного познания 57 Ринолалия 304

Самосознание, нарушения 145 Сифилис мозга врожденный 298 Слабоумие при параличе прогрессивном 303

* старческое 435
* травматическое 187
* эпилептическое 360

Служба наркологическая 589

Снохождение 131

Сознание, нарушения 132

Сопор 138

* интоксикационный 255

Спутанность интоксикационная 255

Ступор 123

Тики невротические 481 Токсикомания(и) 225

Трансы 131,143

Фобии 96

* нозофобии 96
* фобофобии 96

Фуги 143

Шизофазия 123 Шизофрения 374

* детская 391
* подростковая 392
* поздняя 392

Эйдетизм 73

Эмоции 100

Эмоциональное реагирование 103

Энкопрез невротический 481

Энурез невротический 481

Энцефалит клещевой 277

* комариный 278
* эпидемический 275

Энцефалопатия ожоговая 263

* травматическая 183

Эпилепсия 354

* травматическая 184
* у детей 361

Эпилептический статус, купирование 372

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 3

Введение в психиатрию. — Я. Д. Лакосина, М. В. Коркина 5

Глава 1. Современные направления в психиатрии. —

\ А. Е. Личко] 13

Часть первая. ПРОПЕДЕВТИКА ПСИХИАТРИИ

Глава 2. Методы обследования психически больных. —

| А. Е. Личко] 19

Глава 3. Классификация психических болезней. —

| А. Е. Личко] 35

Глава 4. иощие закономерности динамики психических заболе ваний. — Я. Д. Лакосина 39

Часть вторая. ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Глава 5. Расстройства ощущений, восприятий и представле ний. — М. В. Коркина 56

Глава 6. Расстройства памяти и интеллекта. — М. В. Коркина 70

Глава 7. Расстройства мышления. — М. В. Коркина 77

Глава 8. Эмоциональные расстройства. — Я. Д. Лакосина 100

Глава 9. Волевые расстройства. — Н. Д. Лакосина 115

Глава 10. Психомоторные расстройства. — Я. Д. Лакосина 120

Глава 11. Нарушения сознания и самосознания 132

* 1. Нарушения сознания. — Я. Д. Лакосина 132
  2. Нарушения самосознания. — М. В. Коркина 145

Глава 12. Нарушения личности. —| А. Е. ЛичксЖ 148

Глава 13. Лечение и реабилитация. — \А. Е. Личко] 153

Часть третья. ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Глава 14. Психические нарушения при черепно-мозговых трав мах. — Я. Д. Лакосина 175

Глава 15. Алкоголизм и алкогольные психозы. —

\А.Е. Личко] ..\_.\_.\_.\_.\_.. 192

Глава 16. Наркомании и токсикомании. —|Л. Е. Личкд\ 224

Глава 17.' Интоксикационные психические расстройства. —

\А. Е. Личко] 253

Глава 18. Психические нарушения при ожоговой болезни. — Я. Д. Лакосина, Г. В. Николаев 260

Глава 19. Психические нарушения при общих и мозговых инфекциях и СПИДе. — М. А. Цивилько, М. В. Коркина . . 268

607

Глава 20. Психические нарушения при сифилитическом пораже нии головного мозга (сифилис мозга и прогрессивный паралич). — М. В. Коркина 293

Глава 21. Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга. — М. В. Коркина 310

Глава 22. Психические расстройства при опухолях головного моз га. — И. Д. Лакосина 323

Глава 23. Психические нарушения при соматических заболевани ях. — М. В. Коркина 331

Глава 24. Эпилепсия (эпилептическая болезнь). — М. В. Коркина . 354

Глава 25. Шизофрения. — \А. Е. Личко \ 374

Глава 26. Маниакально-депрессивный психоз. — Я. Д. Лакосина 403

Глава 27. Психические расстройства позднего возраста. — И. И. Сергеев 422

Глава 28. Психогенные заболевания. — Я. Д. Лакосина 444

Глава 29. Психические расстройства при стихийных бедствиях и катастрофах. — М. В. Коркина 488

Глава 30. Психосоматические расстройства. — М. В. Коркина, В. В. Марилов 501

Глава 31. Нервная анорексия, нервная булимия. — М. В. Коркина 512

Глава 32. Расстройства личности (психопатии, психопатоподоб- ные нарушения, патологическое развитие личности). —

\А. Е. Личко] „\_^\_.\_^\_.\_^ 520

Глава 33. Психосексуальные расстройства. —| А. Е. Личко | 536

Глава 34. Олигофрении. — М. В. Коркина 549

Глава 35. Задержки темпа психического развития (замедление психического развития). — И. Д. Лакосина 579

Глава 36. Организация психиатрической помощи. — Я. Д. Лакосина, В. М. Морковкин 586

Рекомендуемая литература 598

Предметный указатель 601