

ПОЛНЫЙ СПРАВОЧНИК психотерапевта

Современная классификация
психиатрических заболеваний



Методы диагностики,
обследования и лечения больных



Психосоматические
расстройства и их особенности



Лечение психических расстройств
методами психотерапии



Андрей Анатольевич Дроздов
М. В. Дроздова
Справочник психотерапевта

*Публикуется с разрешения правообладателя – Литературного
агентства «Научная книга»*

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=170515

*Полный справочник психотерапевта: Эксмо; Москва; 2007
ISBN 978-5-699-24894-0*

Аннотация

Полный справочник, содержащий все самые необходимые сведения о психиатрии, подробно рассказывается об истории возникновения и развития данной дисциплины, о способах и методах психотерапевтического лечения. Издание предназначено для специалистов, студентов, а также для широкого круга читателей.

Содержание

ЧАСТЬ I	4
РАЗДЕЛ 1. ПРЕДМЕТ ПСИХИАТРИИ, ЕЕ НАПРАВЛЕНИЯ, РАЗДЕЛЫ И РАЗВИТИЕ	4
РАЗДЕЛ 2	22
РАЗДЕЛ 3	67
ГЛАВА 1. ОСМОТР, ОПРОС ПСИХИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО, НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЕГО ПОВЕДЕНИЕМ	67
ГЛАВА 2. СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНОГО	73
ГЛАВА 3. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ	78
ГЛАВА 4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ	90
РАЗДЕЛ 4	106
ЧАСТЬ II	118
РАЗДЕЛ 1	118
Конец ознакомительного фрагмента.	130

**А. А. Дроздов,
М. В. Дроздова
Справочник
психотерапевта**

**ЧАСТЬ I
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ
ПСИХИАТРИИ**

**РАЗДЕЛ 1. ПРЕДМЕТ
ПСИХИАТРИИ, ЕЕ НАПРАВЛЕНИЯ,
РАЗДЕЛЫ И РАЗВИТИЕ**

Психиатрия – медицинская дисциплина, изучающая методы диагностики и лечения, этиологические факторы, звенья патогенеза, распространенность психических заболеваний, а также способы организации психиатрической помощи нуждающемуся населению.

Современные направления в психиатрии

К концу XX в. в мировой психиатрии выделился ряд основных направлений: нозологическое, синдромологическое, эклектическое, психоаналитическое, а также «антипсихиатрия».

Нозологическое направление

В данном направлении психиатрии все психические расстройства представлены в виде отдельных болезней. Таковыми являются, к примеру, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, алкогольный психоз и многие другие заболевания. В соответствии с данным направлением психиатрии считается, что каждой болезни присущи свой, самостоятельный в своем развитии, этиопатогенез, характерная клиническая картина, течение заболевания, а также наиболее вероятный прогноз и исход. Однако в этиопатогенезе различных болезней допускается многообразие провоцирующих и предрасполагающих факторов, а в клинике ряда заболеваний выделяются разные типы и их варианты. Первоначально предполагалось, что для каждой болезни будет разработан свой особый метод лечения, например, при прогрессивном параличе – прививка от малярии, при шизофрении – инсулино-шоковая терапия. С течением времени стало понятно, что данное предположение было ошибочным. Подавляющее большинство используемых в современной практике психотропных средств оказывается эффективным при

определенных синдромах и даже симптомах в независимости от той болезни, при которой эти симптомы и синдромы встречаются. Следующим недостатком рассматриваемого направления психиатрии является неустановленное положение некоторых психических расстройств, не укладывающихся в клиническую картину и течение определенных заболеваний. Хорошей тому иллюстрацией могут послужить случаи, являющиеся промежуточными между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Некоторые авторы относят их к особым шизо-аффективным психозам, другие включают их в само понятие шизофрении, третьи интерпретируют данные случаи как атипичные формы маниакально-депрессивного психоза. Кроме того, имеются также расстройства, занимающие промежуточное место между шизофренией и пограничными состояниями, такими, как неврозы и психопатии. Такие состояния обозначаются как шизотипические расстройства, называемые также вялотекущей, или пограничной, шизофренией. Основоположником нозологического направления во всем мире считается немецкий психиатр Эмиль Крепелин. Он впервые представил практически все расстройства психики в виде отдельных заболеваний. Однако такие психические болезни, как циркулярное помешательство, алкогольный полиневритический психоз, а также одна из форм сифилитического поражения мозга, были выделены в качестве самостоятельных заболеваний еще до систематики Крепелина.

Ведущим методом нозологического направления является подробное описание клинической картины и течения психических расстройств. За эту особенность представители других направлений психиатрии называют нозологическое направление «дескриптивной» (описательной) психиатрией Крепелина.

Синдромологическое направление

Данное направление психиатрии доминировало в XIX в. В настоящее время оно все еще сохраняется во французской психиатрии. Диагнозами в таком случае являются названия синдромов, независимо от вызвавших их причин. Таким образом, диагноз, согласно синдромологическому направлению, будет звучать так: депрессия, делирий, хронический бред, ката-тония, спутанность и т. д. В начале XX века это направление уступило место рассмотренному выше (нозологическому). В 50-х гг. появились психотропные средства, каждое из которых оказалось эффективным при определенных синдромах.

Это привело к тому, что синдромологическое направление вновь стало приобретать сторонников. Как правило, оно входит в состав эклектического направления.

Эклектическое направление

Представители данного направления чаще называют его «прагматическим», или «атеоретическим». Эклектическое

направление стало наиболее распространенным в мировой психиатрии к концу XX века, которое отражено в Международной классификации психических болезней (9-й и 10-й пересмотры), а особенно в современной американской классификации психических расстройств – DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Систематика строится таким образом, чтобы отразить суждения представителей всевозможных направлений и многочисленных школ психиатрии. Психическое расстройство выделяется по нозологическому принципу, если его причина известна, например, алкоголизм, наркомания, старческое слабоумие. Если же причина неясна, а характерные органические трансформации в центральной нервной системе не установлены, то систематика приближается к таковой в случае синдромологического или психоаналитического направлений.

Психоаналитическое направление

Данное направление основано на учении Зигмунда Фрейда – всемирно известного австрийского психиатра, невролога и психолога. Согласно его учению, психика человека состоит из сознания («Я», или «Эго»), подсознательной сферы («Оно», или «Ид») и «сверхсознания» («сверх-Я», или «супер-Эго»). В подсознательной сфере сосредоточены человеческие инстинкты и влечения. При этом особое значение придается сексуальности (либидо). Между «Я» и «Оно» находится «цензура», представляющая собой преграду, не

пропускающую из подсознательного в сознание инстинкты и влечения, и тем самым властвующая над поведением. Во время сна цензура ослабевает, и тогда силы бессознательно-го прорываются в сновидения, обычно в символическом виде. В бодрствующем состоянии бессознательное также дает о себе знать, что проявляется в виде оговорок, описок, неожиданных ассоциаций. «Супер-Эго» – область запретов: мораль, нравственность, чувство вины и ответственности, совесть. «Супер-Эго» стоит на страже интересов всего человечества в целом.

Психоаналитическое направление зачастую оставляет в стороне психические расстройства, возникающие при органических поражениях головного мозга. В основной массе оно сосредоточено на неврозах, расстройствах личности, депрессиях, а также других «функциональных» психических расстройствах. В качестве универсального метода лечения данное направление использует психоанализ. При этом проводятся длительные курсы психотерапевтических сеансов, задача которых состоит в извлечении из подсознательного подавленных, спрятанных в нем комплексов переживаний прошлого, особенно детства, которые якобы полностью объясняют возникновение психических нарушений.

«Антипсихиатрия»

Это общественное течение особенно распространилось в Европе в 60-70-х гг. XX столетия. В нем принимали участие

только лишь отдельные психиатры, которые отрицали существование каких-либо психических болезней, кроме органических поражений мозга. Другие патологии психики они рассматривали как «особую форму существования», «иную жизнь». Эти болезни, по мнению последователей рассматриваемого направления, были «выдуманы» психиатрами и используются обществом с целью изоляции ненужных ему лиц. Таким взглядам оказывало содействие широкое использование психотропных средств, благодаря которым психические расстройства стали протекать в более стертой и часто незаметной форме. Это позволило избежать длительного пребывания больных в стационаре. В итоге многие психиатрические больницы закрылись, а душевнобольные пополнили число бездомных. Постепенно «антипсихиатрическое» направление стало пользоваться все меньшим признанием.

Современные разделы психиатрии

К разделам психиатрии относятся.

1. Детская, подростковая и гериатрическая психиатрия – разделы клинической психиатрии, посвященные особенностям клиники, течения, лечения и профилактики психических расстройств в соответствующем возрасте.

2. Наркология включает диагностику, лечение и профилактику алкоголизма, наркоманий, а также токсикоманий. В настоящее время в западных странах психиатров, специализирующихся в данной области, называют «аддикциониста-

ми» (от англ. addiction – «пристрастие»).

3. Судебная психиатрия. Данный раздел разрабатывает основы судебно-психиатрической экспертизы и занимается проблемами предупреждения общественно опасных действий психически больных.

4. Социальная психиатрия. Данный раздел сосредоточивает свое внимание на изучении роли социальных факторов в возникновении, течении, лечении и профилактике психических заболеваний. Кроме того, данный раздел посвящен разработке научных основ организации психиатрической помощи.

5. Транскультуральная (кросс-культуральная) психиатрия занимается сравнительным исследованием особенностей расстройств психики и уровня психического здоровья среди различных наций, культур и слоев общества.

6. Ортопсихиатрия. Этот раздел объединяет подходы психиатрии, психологии и других медицинских, а также социальных наук к исследованию и терапии нарушений поведения. Отдельное внимание уделяется профилактическим мерам, сконцентрированным на предупреждении данных нарушений у лиц детского возраста.

7. Биологическая психиатрия – теоретическая область изучения биологических механизмов формирования психических расстройств и действия лекарственных и некоторых других биологических методов лечения.

К разделам психиатрии также относятся сексопатология

и суицидология. Последняя подразумевает изучение причин и разработку мер по предупреждению самоубийств, а также суицидального поведения, предшествующего самоубийствам.

Особыми научными дисциплинами, смежными с психиатрией, являются психотерапия, медицинская психология и психофармакология.

История психиатрии

Термин психиатрия происходит от греч. *psyche* – «душа» и *iatreia* – «лечение» и в буквальном переводе означает «лечение души». Столь дословный перевод не соответствует современным понятиям о психических заболеваниях. Чтобы понять происхождение термина «психиатрия», необходимо обратиться к истории формирования человеческого мировоззрения. В прежние времена человек видел окружающие явления и предметы, наделяя каждый из них душой. Смерть и сон представлялись первобытным людям необъяснимыми и непонятными. Они считали, что во сне душа покидает тело, где-то бродит, видит различные события, участвует в них и именно эти события человек и видит во сне. Кроме того, бытовало мнение, что будить спящего человека нельзя, так как душа может не успеть вернуться в тело, а в тех случаях, когда душа отлучалась и не возвращалась, человек умирал.

Такие взгляды подвергались критике еще в Древней Греции. В тот период производилась попытка объединить пси-

хические переживания и психические заболевания с тем или иным органом человеческого тела. К примеру, у древних греков органом любви считалась печень. Этим объясняется то, что на древних скульптурах бог любви пробивает печень стрелой из лука. Только в более позднее время органом любви стали считать сердце, пронзенное стрелой Амура.

Согласно древним легендам, «наука об исцелении душ» (психиатрия) развилась тогда, когда все живое, и непосредственно человек, наделялось душой.

Данный термин не соответствует современным представлениям о психиатрии, в связи с чем предпринимались неоднократные попытки заменить его другим. В. М. Бехтерев неоднократно выдвигал такой термин, как «патологическая рефлексология», в дальнейшем В. П. Осипов охарактеризовал психиатрию, как «тропопатологию». Данные названия не нашли своего развития, в результате чего и остался термин «психиатрия», потерявший свой первоначальный смысл.

Психиатрия представляет собою медицинскую специальность, являющуюся частью клинической медицины. Для исследования психических заболеваний совместно с основными методиками клинической медицины, такими, как осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация, немаловажными и даже первостепенными служат основные приемы для выявления и оценки психического состояния – наблюдение за больным и беседа с ним.

При наблюдении за больным можно выявить специфич-

ность его поведения и поступков, что обусловлено имеющимися у больных психическими нарушениями. Для примера: больной пытается изолировать себя от того, что ему причиняет неудобства, может затыкать уши или нос при слуховых или обонятельных галлюцинациях. При наличии обонятельных галлюцинаций больные стараются себя изолировать якобы от их источника, заклеивать окна, вентиляционные отверстия, чтобы газ, который, как им кажется, пускают соседи, не проникал в квартиру. Также больные совершают непонятные окружающим движения (ритуалы), по их мнению, освобождающие от навязчивых страхов: идя по улице, они стремятся перешагивать через трещины на асфальте, «чтобы не случилось беды», либо бесконечно моют руки при страхе загрязнения, ездят определенным маршрутом, пересаживаются из одного вида транспорта в другой, спасаясь от «погоны».

При беседе с врачом больной может сообщить ему о своих волнениях, опасениях, страхах, изменении настроения, объяснить неправильное и нелогичное поведение, высказать свои бредовые переживания и неадекватные соображения.

Немаловажным для оценки состояния пациента являются данные о его прошлой жизни, отношении к происходящим событиям и явлениям, взаимоотношение с окружающими людьми. Зачастую при беседе можно выявить болезненные трактовки каких-либо событий и явлений. В таком случае речь идет не столько об анамнезе, сколько о психиче-

ском состоянии больного.

Для оценки психического состояния большую роль играют данные объективного анамнеза, а именно сведения о больном, полученные от его родственников и близких лиц.

Медикам в ряде случаев приходится сталкиваться с отрицанием болезни не только самим больным, что носит название анозогнозии, но также его близкими и родственниками. Это в большинстве своем отмечается при таких психических заболеваниях, как эпилепсия, олигофрения и шизофрения. Известны случаи, когда родители душевнобольного, являясь достаточно образованными людьми и даже врачами, как бы не видят явных признаков заболевания. Отдельные лица из их числа, несмотря на отвержение факта болезни, дают свое согласие на проведение необходимого лечения. В таких случаях врач-психиатр должен проявить максимальную гибкость и такт и, исходя из интересов пациента, проводить лечение, не уточняя окончательного диагноза, не настаивая на нем и ни в коем случае ни в чем не убеждая родственников больного.

Немалые трудности возникают в тех случаях, когда родственники больного, отрицая недуг, отказываются от необходимой терапии. Это может привести к утяжелению симптоматики и переходу заболевания из острого в хроническое течение.

Спецификой психических заболеваний является их длительность. Психические болезни продолжаются годы, а ино-

гда и всю жизнь, в отличие от соматических заболеваний, которые обычно часто являются эпизодом в жизни больного. В связи с данной особенностью возникают некоторые социальные проблемы, например, трудоустройство больного, перенесшего приступ болезни, улучшение жилищных условий, нормализация семейных отношений, взаимоотношений с окружающими его людьми.

При оценке психического заболевания и его последствий немалую роль играет личность самого больного, уровень ее зрелости, выработавшиеся характерологические особенности. Роль личности больного наиболее четко раскрывается при психогенных заболеваниях, когда именно особенностями личности определены клинические варианты невротозов.

В процессе становления психиатрии как науки происходила дифференцировка ее разделов, результатом чего стало выделение детской и подростковой психиатрии, гериатрической, судебной, военной психиатрии, наркологии, психотерапии как самостоятельных дисциплин, которые, основываясь на общих психиатрических знаниях, формируют свое направление в науке и практической деятельности.

Психиатрия является клинической медицинской дисциплиной, имеющей тесные связи с соматическими заболеваниями. Каждая соматическая болезнь оказывает свое влияние на личность больного, в том числе и на его психическую деятельность. Другими словами, психические нарушения при соматических заболеваниях определяются пси-

хическими соматогенными расстройствами и индивидуальной реакцией личности на болезнь, выраженность которых при разных заболеваниях неодинакова. Так, например, при сосудистых заболеваниях (гипертоническая болезнь, атеросклероз, эндокринные заболевания) основная роль принадлежит соматогенному фактору. При заболеваниях, приводящих к формированию дефектов лица и обезображивающих рубцов, обычно более проявлены реакции личности.

Реакция личности на болезнь зависит от ряда факторов:

- 1) характер заболевания, его острота и темп развития;
- 2) представление об имеющемся заболевании у самого больного;
- 3) характер лечения и психотерапевтическая обстановка;
- 4) личность больного;
- 5) отношение к болезни родственников и сослуживцев, т. е. общественный резонанс, вызывающий развитие этого заболевания.

Л. Л. Рохлин выделял несколько вариантов реакции личности на болезнь: астенодепрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический и эйфорически-анозогнозический. Реакция личности на болезнь определяется влиянием характера диагноза, изменением физической полноценности и внешности человека, его положением в семье и обществе, жизненными ограничениями и лишениями.

ми, связанными с имеющейся болезнью, а также необходимостью лечения (стационарного и амбулаторного), оперативного вмешательства.

Психические нарушения, возникающие в результате соматических заболеваний, давно привлекали внимание врачей.

К. Шнейдер предложил термин «соматически обусловленные психозы». Для постановки такого диагноза необходим ряд условий:

- 1) наличие отчетливой симптоматики соматического заболевания;
- 2) наличие очевидной связи по времени между соматическими и психическими расстройствами;
- 3) параллельное течение психических и соматических расстройств;
- 4) наличие «экзогенной» или органической симптоматики.

Все психические болезни и психические расстройства, обусловленные соматической патологией, могут носить как психотический, так и невротический и психопатический характер. Очевидно, правильнее будет говорить не о характере психического расстройства, а об уровне психического нарушения.

Под психотическим уровнем психического нарушения понимают такое состояние больного, при котором он неадекватно оценивает себя, окружающую его обстановку, а также

отношение внешних событий к нему и к его ситуации, сопровождающееся дезорганизацией психики, нарушением психических реакций, поведения. Между психозом и психотическим уровнем нарушений психической деятельности нередко ставится знак равенства. Под психозом понимают болезненное расстройство психики, которое проявляется неадекватным отражением реального мира с нарушением поведения, изменением всевозможных сторон психической деятельности, обычно формированием не свойственных нормальной психике явлений, таких, как галлюцинации, бред, психомоторные и аффективные расстройства.

Невротический уровень расстройств психической деятельности не сопровождается изменением отношения больного к происходящим вокруг него событиям. Данный уровень характеризуется сохранением правильной оценки собственного состояния как болезненного, правильным поведением человека, а также наличием нарушений в сфере вегетативных, сенсомоторных и аффективных проявлений. А. А. Портнов определил такие расстройства, как нарушение произвольной адаптации.

Психопатический уровень психических нарушений – стойкая дисгармония личности, выражающаяся в нарушении адаптации к окружающей среде в результате чрезмерной аффективной оценки окружающего. Этот уровень психических нарушений может отмечаться у больного всю жизнь либо формироваться на фоне перенесенных заболеваний или

при аномалиях развития личности.

Выраженные психотические расстройства (психозы) встречаются гораздо реже непсихотических. На психозы приходится только около 20 % всех психических расстройств. Зачастую в начале заболевания психические нарушения проявляются вегетативными и соматическими симптомами. При этом больные обращаются первоначально к врачам общей практики.

На течение соматических заболеваний неблагоприятно влияют психические травмы, так как под влиянием неприятных переживаний нарушается сон, снижается аппетит, понижается активность и сопротивляемость организма болезни. Однако в периоды эмоционального подъема отмечается уменьшение случаев соматической патологии.

На первоначальных этапах развития психических заболеваний соматические расстройства могут быть более выражены, чем психические нарушения.

К врачам общей практики могут обращаться не только больные, у которых имеются начальные проявления психических заболеваний, но и больные с непсихотическими формами, при которых преобладают вегетативные расстройства. В. А. Гиляровский предпочитал всю группу непсихотических расстройств, в отличие от психотических, называть пограничной, а П. Б. Ганнушкин – малой психиатрией. В. А. Гиляровский считал, что расстройства в случае пограничной психиатрии расположены на грани между психической бо-

лезною и психическим здоровьем либо между психической и соматической болезнью. О. В. Кербиков говорил о том, что не существует четкой границы между формами пограничной психиатрии, невротами и психопатиями, а между ними имеется довольно много состояний переходного и смешанного характера. Не существует четких границ и между другими группами психических расстройств и пограничными состояниями. Все эти особенности создают большие трудности в постановке диагноза для врачей общей практики, которые должны распознать психическое нарушение, оценить его тяжесть и принять надлежащие меры по оказанию необходимой помощи пациенту.

РАЗДЕЛ 2

СОВРЕМЕННЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Существуют два типа классификаций психических расстройств: отечественная классификация и международная. Последняя разрабатывается в рамках Всемирной организации здравоохранения и периодически обновляется.

Международная классификация психических болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)

Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения (B00-P99).

1. Включено: нарушения психологического развития. 2. Исключено:

- симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (1100–1199);
- органические, включая симптоматические, психические расстройства (P00-B09);
- B00 деменция при болезни Альцгеймера (O30.+);

- B00.0 деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом (O30.0+);
- B00.1 деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом (O30.1+);
- B00.2 деменция при болезни Альцгеймера атипичная или смешанного типа (O30.8+);
- B00.9 деменция при болезни Альцгеймера неуточненная (O30.9+);
- B01 сосудистая деменция.
 1. Включено: атеросклеротическая деменция:
 - B01.0 сосудистая деменция с острым началом;
 - B01.1 мультиинфарктная деменция;
 - B01.2 подкорковая сосудистая деменция;
 - B01.3 смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция;
 - B01.8 другая сосудистая деменция;
 - B01.9 сосудистая деменция неуточненная;
 - B02 деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках;
 - B02.0 деменция при болезни Пика (O31.0+);
 - B02.1 деменция при болезни Крейтцфельдта-Якоба (A81.0+);
 - B02.2 деменция при болезни Гентингтона (O10.+);
 - B02.3 деменция при болезни Паркинсона (O20.+);
 - B02.4 деменция при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита (ВИЧ) (B22.0+);

– B02.8 деменция при других уточненных болезнях, классифицированных в других рубриках;

– B03 деменция неуточненная.

2. Исключено: деменция с делирием или острой спутанностью сознания (B05.1) БДУ (Я54),

B04 Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или психоактивными веществами.

3. Исключено:

– амнезия:

– БДУ (Я41.3);

– антероградная (1141.1);

– диссоциативная (Б44.0);

– ретроградная (1141.2);

– корсаковский синдром:

– алкогольный или неуточненный (Б10.6);

– вызванный употреблением других психоактивных веществ (P11-P19);

– B05 делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами.

1. Включено:

– острый(ое)(ая) или подострый(ое)(ая):

– инфекционный психоз;

– мозговой синдром;

– органическая реакция;

– психоорганический синдром;

– состояние спутанности сознания (неалкогольной этио-

логии).

2. Исключено:

- белая горячка алкогольная или неуточненная (Б10.4);
- Б05.0 Делирий не на фоне деменции, так описанный;
- Б05.1 Делирий на фоне деменции;
- Б05.8 Другой делирий;
- Б05.9 Делирий неуточненный;
- Б06 Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью.

3. Исключено:

- вследствие употребления алкоголя и других психоактивных веществ (Р10-Б19), связанные с:
 - делирием (Б05);
 - деменцией, классифицированной в рубриках БОО-БОЗ;
 - Б06.0 Органический галлюциноз.

4. Исключено:

- алкогольные галлюцинозы (Б10.5);
- шизофрения (Б20.-);
- Б06.1 Органическое кататоническое состояние.

5. Исключено:

- кататоническая шизофрения (Б20.2);
- ступор:
- БДУ (Я40.1);
- диссоциативный (Б44.2);
- Б06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное)

расстройство.

6. Исключено:

- расстройство;
- острое или преходящее психотическое (Б23.-);
- психотическое, вызванное лекарственными средствами
- Б19 с общим четвертым знаком.5);
- устойчивое бредовое (Б22.-);
- шизофрения (Б20.-);
- Б06.3 Органические расстройства настроения (аффективные).

7. Исключено:

- расстройства настроения неорганические или неуточненные (Р30-Б39);
- Б06.4 Органическое тревожное расстройство.

8. Исключено:

- тревожные расстройства неорганические или неуточненные (Б41);
- Б06.5 Органическое диссоциативное расстройство.

9. Исключено:

- диссоциативные (конверсионные) расстройства неорганические или неуточненные (Б44.);
- Б06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство.

10. Исключено:

- соматоформные расстройства неорганические или неуточненные (Б45.-);

- Б06.7 Легкое когнитивное расстройство;
- Б06.8 Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью;
- Б06.9 Психическое расстройство, обусловленное повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью, неуточненное;
- Б07 Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга;
- Б07.0 Расстройство личности органической этиологии.

11. Исключено:

- постконтузионный синдром (Б07.2);
- постэнцефалитный синдром (Б07.1);
- специфические расстройства личности (Б60.0);
- стойкое изменение личности после:
- переживания катастроф (Б62.0);
- психического заболевания (Б62.1);
- Б07.1 Постэнцефалитный синдром.

12. Исключено:

- расстройство личности органической этиологии (Б07.0);
- Б07.2 постконтузионный синдром;
- Б07.8 другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга;
- Б07.9 органическое расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфунк-

цией головного мозга, неуточненное;

– B09 органическое или симптоматическое психическое расстройство неуточненное.

13. Исключено:

– психоз БДУ (B29).

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (P10-P19)

Исключено: злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость (B55).

Следующие четвертые знаки используются в рубриках P10-И9:

0. Острая интоксикация.

1. Пагубное употребление.

2. Синдром зависимости:

– хронический алкоголизм;

– дипсомания;

– наркомания.

3. Абстинентное состояние.

4. Абстинентное состояние с делирием.

5. Психотическое расстройство.

Исключено: алкогольные или вызванные употреблением другого психоактивного вещества резидуальные и отсроченные психотические расстройства (P10-B19 с общим четвертым знаком.7).

6. Амнестический синдром.

Исключено: неалкогольный корсаковский психоз или синдром (Б04).

7. Резидуальные и отсроченные психотические расстройства.

Исключено:

- алкогольный или наркотический;
- корсаковский синдром (Р10-Б19 с общим четвертым знаком.6);
- психотическое состояние (Р10-Б19 с общим четвертым знаком.5).

8. Другие психические расстройства и расстройства поведения.

9. Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное.

Б10. – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя.

Б11. – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов.

Б12. – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов.

Б13. – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных или снотворных средств.

Б14. – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина.

Б15. – Психические и поведенческие расстройства, вы-

званные употреблением других стимуляторов (включая кофеин).

Б16. – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов.

Б17. – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака.

Б18. – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей.

Б19. – Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ.

Включено: злоупотребление наркотиками БДУ. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (Р20-Б29)

Б20 Шизофрения. Исключено:

- шизотипическое расстройство (Б21);
- шизофреническая реакция (Б23.2). Шизофрения:
- острая (недифференцированная) (Б23.2);
- циклическая (Б25.2).

Б20.0 Параноидная шизофрения. Исключено:

- инволюционное параноидное состояние (Б22.8);
- паранойя (Б22.0).

Б20.1 Гебефреническая шизофрения.

Б20.2 Кататоническая шизофрения.

Б20.3 Недифференцированная шизофрения. Исключено:

- острое шизофреноподобное психотическое расстройство (Б23.2);
- постшизофреническая депрессия (Б20.4);
- хроническая недифференцированная шизофрения (Б20.5).

Б20.4 Постшизофреническая депрессия.

Б20.5 Остаточная шизофрения.

Б20.6 Простой тип шизофрении.

Б20.8 Другой тип шизофрении.

Исключено: краткое шизофреноформное расстройство (Б23.2).

Б20.9 Шизофрения неуточненная.

Б21 Шизотипическое расстройство.

Исключено:

- синдром Аспергера (Б84.5);
- шизоидное расстройство личности (Б60.1).

Б22 Хронические бредовые расстройства

Б22.0 Бредовое расстройство Исключено: параноидное(ый)(ая):

- психоз психогенный (Б23.3);
- расстройство личности (Б60.0);
- реакция (Б23.3);
- шизофрения (Б20.0).

Б22.8 Другие хронические бредовые расстройства.

Б22.9 Хроническое бредовое расстройство неуточненное.

Б23 Острые и преходящие психотические расстройства.

Б23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении.

Б23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении.

Б23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство.

Исключено:

- органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство (Б06.2);

- шизофреноформное расстройство БДУ (Б20.8).

Б23.3 Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства.

Б23.8 Другие острые и преходящие психотические расстройства.

Б23.9 Острое и преходящее психотическое расстройство неуточненное.

Б24 Индуцированное бредовое расстройство.

Б25 Шизоаффективные расстройства.

Б25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип.

Б25.1 Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип.

Б25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип.

Б25.8 Другие шизоаффективные расстройства.

Б25.9 Шизоаффективное расстройство неуточненное.

Б28 Другие неорганические психотические расстройства.

Б29 Неорганический психоз неуточненный.

Исключено:

– органический или симптоматический психоз БДУ (Б09);

– психическое расстройство БДУ (Б99).

Расстройства настроения (аффективные расстройства) (Р30-Б39)

Б30 Маниакальный эпизод.

1. Включено:

– биполярное расстройство;

– одиночный маниакальный эпизод.

Б30.0 Гипомания.

Б30.1 Мания без психотических симптомов.

Б30.2 Мания с психотическими симптомами.

Б30.8 Другие маниакальные эпизоды.

Б30.9 Маниакальный эпизод неуточненный.

Б31 Биполярное аффективное расстройство.

2. Включено:

– маниакально-депрессивное(ый)(ая):

– заболевание;

– психоз;

– реакция.

3. Исключено:

– биполярное расстройство;

– единственный маниакальный эпизод (Б30.-);

– циклотимия (Б34.0).

Б31.0 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод гипомании.

Б31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

Б31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами.

Б31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии.

Б31.4 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов.

Б31.5 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами.

Б31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера.

4. Исключено: одиночный аффективный эпизод смешанного характера (Б38.0).

Б31.7 Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия.

Б31.8 Другие биполярные аффективные расстройства.

Б31.9 Биполярное аффективное расстройство неуточненное. Б32 Депрессивный эпизод.

5. Включено:

- одиночный эпизод;
- депрессивной реакции;
- психогенной депрессии;
- реактивной депрессии.

6. Исключено:

- депрессивный эпизод, связанный с расстройствами поведения, классифицированными в рубриках Б91. – (Б92.0);
- расстройство приспособительных реакций (Б43.2);
- рекуррентное депрессивное расстройство (Б33.-).

Б32.0 Депрессивный эпизод легкой степени.

Б32.1 Депрессивный эпизод средней степени.

Б32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов.

Б32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

Б32.8 Другие депрессивные эпизоды.

Б32.9 Депрессивный эпизод неуточненный.

Б33 Рекуррентное депрессивное расстройство.

7. Включено: повторные эпизоды:

- депрессивной реакции;
- психогенной депрессии;
- реактивной депрессии.

Сезонное депрессивное расстройство.

1. Исключено: рекуррентные краткие депрессивные эпизоды (Б38.1).

Б33.0 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени.

Б33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени.

Б33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий

эпизод тяжелой степени без психотических симптомов.

Б33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

Б33.4 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущее состояние ремиссии.

Б33.8 Другие рекуррентные депрессивные расстройства.

Б33.9 Рекуррентное депрессивное расстройство неуточненное.

Б34 Устойчивые расстройства настроения (аффективные расстройства).

Б34.0 Циклотимия. Б34.1 Дистимия.

2. Исключено: тревожная депрессия (легкая или неустойчивая) (Б41.2).

Б34.8 Другие устойчивые расстройства настроения (аффективные).

Б34.9 Устойчивое расстройство настроения (аффективное) неуточненное.

Б38 Другие расстройства настроения (аффективные).

Б38.0 Другие одиночные расстройства настроения (аффективные).

Б38.1 Другие рекуррентные расстройства настроения (аффективные).

Б38.8 Другие уточненные расстройства настроения (аффективные).

Б39 Расстройство настроения (аффективное) неуточненное.

Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (Р40-Б48).

1. Исключено: связанные с расстройствами поведения, классифицированными в рубриках Б91. – (Б92.8).

Б40 Фобические тревожные расстройства.

Б40.0 Агорафобия.

Б40.1 Социальные фобии.

Б40.2 Специфические (изолированные) фобии.

2. Исключено:

– боязнь заболеть (нозофобия) (Б45.2);

– дисморфофобия (небредовая) (Б45.2).

Б40.8 Другие фобические тревожные расстройства.

Б40.9 Фобическое тревожное расстройство неуточненное.

Б41 Другие тревожные расстройства.

Б41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность).

3. Исключено: паническое расстройство с агорафобией (Б40.0).

Б41.1 Генерализованное тревожное расстройство.

4. Исключено: неврастения (Б48.0).

Б41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

Б41.3 Другие смешанные тревожные расстройства.

Б41.8 Другие уточненные тревожные расстройства.

Б41.9 Тревожное расстройство неуточненное.

Б42 Обсессивно-компульсивное расстройство.

5. Включено:

- ананкастический невроз;
- обсессивно-компульсивный невроз.

6. Исключено: обсессивно-компульсивная личность (расстройство) (Б60.5).

Б42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления.

Б42.1 Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы).

Б42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия.

Б42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства.

Б42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное.

Б43 Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Б43.0 Острая реакция на стресс.

Б43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство.

Б43.2 Расстройство приспособительных реакций.

7. Исключено: тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой (Б93.0).

Б43.8 Другие реакции на тяжелый стресс.

Б43.9 Реакция на тяжелый стресс неуточненная.

Б44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства.

8. Включено:

- истерический психоз;
- истерия;

- конверсионная:

- истерия;

- реакция.

9. Исключено: симуляция (сознательная симуляция) (276.5).

Б44.0 Диссоциативная амнезия.

10. Исключено: амнезия:

- БДУ (Я41.3);

- антероградная (1141.1);

- ретроградная (1141.2);

- амнезия после приступа эпилепсии (040.-);

- амнестическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя или другого психоактивного вещества (P10-P19 с общим четвертым знаком.6);

- неалкогольный органический амнестический синдром (Б04).

Б44.1 Диссоциативная фуга.

Исключено: фуга после приступа эпилепсии (040.-).

Б44.2 Диссоциативный ступор.

11. Исключено: органическое кататоническое расстройство (P06.1);

ступор:

- БДУ (Я40.1);

- депрессивный (P31-Б33);

- кататонический (Б20.2);

- маниакальный (Б30.2). Б44.3 Транс и одержимость.

12. Исключено: состояния, связанные с:

- интоксикацией, вызванной употреблением психоактивных веществ (P10-P19 с общим четвертым знаком.0);
- острыми или преходящими психотическими расстройствами (B23.-);
- постконтузионным синдромом (B07.2);
- расстройством личности органической этиологии (B07.0);
- шизофренией (B20.-).

Б44.4 Диссоциативные двигательные расстройства. Б44.5 Диссоциативные конвульсии.

Б44.6 Диссоциативная анестезия или потеря чувственного восприятия.

Б44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства.

Б44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства.

Б44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство неуточненное.

Б45 Соматоформные расстройства.

13. Исключено:

- выдергивание волос (B98.4);
- детская форма речи (лепет) (B80.0);
- диссоциативные расстройства (Б44.-);
- кусание ногтей (B98.8);
- психологические и поведенческие факторы, связанные с

нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (Б54);

– сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями (Б52.-);

– синдром де ла Туретта (Б95.2);

– сосание пальца (Б98.8);

– сюсюканье (Б80.8);

– тики (в детстве и подростковом возрасте) (Б95.-);

– трихотилломания (Б63.3).

Б45.0 Соматизированное расстройство.

Исключено: симуляция (сознательная симуляция) (276.5).

Б45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство.

Б45.2 Ипохондрическое расстройство.

14. Исключено:

– бред, фиксированный на функционировании или внешнем виде собственного тела (Б22.-);

– бредовая дисморфофобия (Б22.8).

Б45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

15. Исключено: психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках (Б54).

Б45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство.

16. Исключено: боль:

- БДУ (Я52.9);
- неустраняемая (1152.1);
- острая (1152.0);
- хроническая (1152.2);
- боль в спине БДУ (М54.9);
- головная боль напряженного типа (044.2).

Б45.8 Другие соматоформные расстройства.

Б45.9 Соматоформное расстройство неуточненное.

Б48 Другие невротические расстройства.

Б48.0 Неврастения.

17. Исключено:

- астения БДУ (Я53);
- недомогание и утомляемость (Я53);
- психастения (Б48.8);
- синдром утомляемости после перенесенной вирусной болезни (093.3);
- состояние истощения жизненных сил (273.0).

Б48.1 Синдром деперсонализации-дереализации.

Б48.8 Другие уточненные невротические расстройства.

Б48.9 Невротическое расстройство неуточненное.

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (Р50-Б59).

Б50 Расстройства приема пищи. Исключено:

- анорексия БДУ (1163.0);
- полифагия (1163.2);
- расстройство приема пищи в младенческом и детском

возрасте (Б98.2);

– трудности вскармливания и введения пищи (1163.3).

Б50.0 Нервная анорексия.

Исключено: потеря аппетита (1163.0), психогенная (Б50.8).

Б50.1 Атипичная нервная анорексия.

Б50.2 Нервная булимия.

Б50.3 Атипичная нервная булимия.

Б50.4 Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами.

Исключено: ожирение (Е66.-).

Б50.5 Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами. Исключено:

– рвота БДУ (ГШ);

– тошнота (ЯП).

Б50.8 Другие расстройства приема пищи.

Исключено: поедание несъедобного (извращенный аппетит) у младенцев и детей (Б98.3).

Б50.9 Расстройство приема пищи неуточненное.

Б51 Расстройства сна неорганической этиологии.

Исключено: расстройства сна (органической этиологии) (047.-).

Б51.0 Бессонница неорганической этиологии.

Исключено: бессонница (органической этиологии) (047.0).

Б51.1 Сонливость (гиперсомния) неорганической этиоло-

гии.

Исключено:

- гиперсомния (органической этиологии) (047.1);
- нарколепсия (047.4).

Б51.2 Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии.

Исключено: нарушения цикличности сна и бодрствования (органической этиологии) (047.2).

Б51.3 Снохождение (сомнамбулизм).

Б51.4 Ужасы во время сна (ночные ужасы).

Б51.5 Кошмары.

Б51.8 Другие расстройства сна неорганической этиологии.

Б51.9 Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное.

Б52 Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями.

Исключено: синдром Дата (Б48.8).

Б52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения.

Б52.1 Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия.

Б52.2 Недостаточность генитальной реакции.

Исключено: импотенция органического происхождения (N48.4).

Б52.3 Оргазмическая дисфункция.

Б52.4 Преждевременная эякуляция.

Б52.5 Вагинизм неорганического происхождения.

Исключено: вагинизм (органический) (N94.2)

Б52.6 Диспареуния неорганического происхождения.

Исключено: диспареуния (органическая) (N94.1).

Б52.7 Повышенное половое влечение.

Б52.8 Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью.

Б52.9 Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью, неуточненная.

Б53 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках.

Б53.0 Легкие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках.

Б53.1 Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках.

Б53.8 Другие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках.

Б53.9 Послеродовое психическое расстройство неуточненное.

Б54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках.

Исключено: головная боль напряженного типа (044.2).

Б55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость.

Исключено: злоупотребление психоактивными веществами (P10-P19).

Р59 Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами, неуточненные.

Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (P60-P69).

Р6 ° Специфические расстройства личности.

Р60.0 Параноидное расстройство личности.

Исключено: параноидный(ая)(ое):

- психоз (P22.0);
- состояние (P22.0);
- шизофрения (P20.0);
- паранойя (P22.0);
- кверулянтная (P22.8).

Р60.1 Шизоидное расстройство личности. Исключено:

- бредовое расстройство (P22.0);
- синдром Аспергера (P84.5);
- шизоидное расстройство в детском возрасте (P84.5);
- шизотипическое расстройство (P21);
- шизофрения (P20.-).

Р60.2 Диссоциальное расстройство личности. Исключено:

- расстройства поведения (P91.-);

- эмоционально неустойчивое расстройство личности (P60.3).

P60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности.

Исключено: диссоциальное расстройство личности (P60.2).

P60.4 Истерическое расстройство личности.

P60.5 Ананкастическое расстройство личности.

Исключено: обсессивно-компульсивное расстройство (P42.-).

P60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности.

P60.7 Расстройство типа зависимой личности.

P60.8 Другие специфические расстройства личности.

P60.9 Расстройство личности неуточненное.

P61 Смешанные и другие расстройства личности. Исключено: акцентуированные личностные черты (273.1).

P62 Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга.

Исключено: расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (B07.-).

B62.0 Стойкое изменение личности после переживания катастрофы.

Исключено: посттравматическое стрессовое расстройство

(Б43.1).

Б62.1 Стойкое изменение личности после психического заболевания.

Б62.8 Другие стойкие изменения личности.

Б62.9 Стойкое изменение личности неуточненное.

Б63 Расстройства привычек и влечений. Исключено:

- привычное чрезмерное употребление алкоголя или психоактивных веществ (Р10-Б19);
- расстройство влечений и привычек, затрагивающих сексуальное поведение (Б65.-).

Б63.0 Патологическое влечение к азартным играм. Исключено:

- пристрастие к азартным играм лиц с маниакальным эпизодом (Б30.-);
- склонность к азартным играм и пари БДУ (272.6);
- склонность к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности (Б60.2).

Б63.1 Патологическое влечение к поджогам (пиромания). Исключено: поджог (совершенный):

- взрослым человеком с диссоциальным расстройством личности (Б60.2);
- как повод для наблюдения за лицом с подозрением на психическое расстройство (203.2) при:
 - интоксикации алкоголем или психоактивным веществом (Р10-Б19 с общим четвертым знаком.0);
 - органических психических расстройствах (Р00-Б09);

- расстройствах поведения (Б91.-);
- шизофрении (Б20.-).

Б63.2 Патологическое влечение к воровству (клептомания). Исключено:

- депрессивное расстройство с воровством (Р31-Б33);
- ограбление магазина как повод для наблюдения за лицом с подозрением на психическое расстройство (203.2);
- органические психические расстройства (Р00-Б09).

Р63.3 Трихотилломания.

Исключено: стереотипное двигательное расстройство с выдергиванием волос (Р98.4).

Р63.8 Другие расстройства привычек и влечений.

Р63.9 Расстройство привычек и влечений неуточненное.

Р64 Расстройства половой идентификации.

Р64.0 Транссексуализм.

Р64.1 Трансвестизм двойной роли.

Исключено: фетишистский трансвестизм (Р65.1).

Р64.2 Расстройство половой идентификации в детском возрасте.

Исключено:

- расстройство сексуальной сформированности (Р66.0);
- эгодистоническая половая ориентация (Р66.1).

Р64.8 Другое расстройство половой идентификации.

Р64.9 Расстройство половой идентификации неуточненное.

Р65 Расстройства сексуального предпочтения.

Включено: парафилии.

R65.0 Фетишизм.

R65.1 Фетишистский трансвестизм.

R65.2 Эксгибиционизм.

R65.3 Вуайеризм.

R65.4 Педофилия.

R65.5 Садомазохизм.

R65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения.

R65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения.

R65.9 Расстройство сексуального предпочтения неуточненное.

R66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией.

Примечание: сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается как расстройство.

R66.0 Расстройство сексуального созревания.

R66.1 Эгодистоническая половая ориентация.

R66.2 Расстройство сексуальных отношений.

R66.8 Другие расстройства психосексуального развития.

R66.9 Расстройство психосексуального развития неуточненное.

R68 Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

R68.0 Преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам.

Б68.1 Умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера (поддельное нарушение).

Исключено:

- искусственный (артифициальный) дерматит (Б98.1);
- личность, симулирующая болезнь (с очевидной мотивацией)(276.5).

Б68.8 Другие уточненные расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

Б69 Расстройство личности и поведения в зрелом возрасте неуточненное.

Умственная отсталость (Р70-Б79).

Для идентификации степени умственной недостаточности рубрики Р70-Б79 употребляются со следующим четвертым знаком:

0. С указанием на отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения.

1. Значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения.

8. Другое нарушение поведения.

9. Без указаний на нарушение поведения.

Б70 Умственная отсталость легкой степени.

Включено: слабо выраженная умственная субнормальность, слабоумие.

Б71 Умственная отсталость умеренная.

Включено: умственная субнормальность средней тяже-

сти.

Б72 Умственная отсталость тяжелая.

Включено: резко выраженная умственная субнормальность.

Б73 Умственная отсталость глубокая.

Включено: глубокая умственная субнормальность.

Б78 Другие формы умственной отсталости.

Б79 Умственная отсталость неуточненная.

Включено: умственная:

- недостаточность БДУ;
- субнормальность БДУ.

Расстройства психологического развития (P80-B89).

Б8 °Специфические расстройства развития речи и языка.

Б80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции.

Исключено: недостаточность речевой артикуляции:

- апраксия (1148.2);
- афазия БДУ (Я47.0);
- вследствие:
- потери слуха (H90-H91);
- умственной отсталости (P70-P79);
- в сочетании со связанным с развитием расстройством языка:

- рецептивного типа (P80.2);
- экспрессивного типа (P80.1).

P80.1 Расстройство экспрессивной речи. Исключено:

- дисфазия и афазия БДУ (1147.0);
- первазивные нарушения, связанные с развитием (P84.-);
- приобретенная афазия с эпилепсией (Ландау-Клеффнера)

(P80.3);

- связанная с развитием дисфазия или афазия рецептивного

типа (P80.2);

- умственная отсталость (P70-P79);

- элективный мутизм (P94.0).

P80.2 Расстройство рецептивной речи.

Исключено:

- аутизм (P84.0-P84.1);

- дисфазия и афазия:

- БДУ (Я47.0);

- экспрессивного типа (P80.1);

- приобретенная афазия при эпилепсии (Ландау-Клеффнера)(P80.3);

- умственная отсталость (P70-P79);

- элективный мутизм (P94.0);

- языковая задержка вследствие глухоты (H90-H91).

P80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией (Ландау-Клеффнера).

Исключено: афазия:

- БДУ (Я47.0);

- вследствие дезинтегративных расстройств детского воз-

раста

(P84.2-P84.3);

– при аутизме (P84.0-P84.1).

P80.8 Другие расстройства развития речи и языка.

P80.9 Расстройства развития речи и языка неуточненные.

Б81 Специфические расстройства развития учебных навыков.

Б81.0 Специфическое расстройство чтения. Исключено:

– алексия БДУ (Я48.0);

– дислексия БДУ (Я48.0);

– трудности чтения вторичного характера у лиц с эмоциональными расстройствами (Б93.-).

Б81.1 Специфическое расстройство спеллингования. Исключено:

– аграфия БДУ (Я48.8);

– трудности спеллингования:

– вследствие неадекватного обучения (255.8);

– связанные с расстройством чтения (Б81.0).

Б81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков. Исключено:

– акалькулия БДУ (Я48.8);

– трудности счета:

– вследствие неадекватного обучения в школе (255.8);

– связанные с расстройством чтения или спеллингования (Б81.3).

Б81.3 Смешанное расстройство учебных навыков. Исключено:

чено: специфическое:

- расстройство арифметических навыков (Б81.2);
- расстройство спеллингования (Б81.1);
- расстройство чтения (Б81.0).

Б81.8 Другие расстройства развития учебных навыков.

Б81.9 Расстройство развития учебных навыков неуточненное.

Б82 Специфические расстройства развития моторной функции.

Исключено: нарушение координации (Я27.-);

– вторичное по отношению к умственной отсталости (Р70-Б79);

– нарушения походки и подвижности (Я26.-).

Б83 Смешанные специфические расстройства психологического развития.

Б84 Общие расстройства психологического развития.

Б84.0 Детский аутизм.

Исключено: аутическая психопатия (Б84.5).

Б84.1 Атипичный аутизм.

Б84.2 Синдром Ретта.

Б84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста.

Исключено: синдром Ретта (Р84.2).

Р84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.

Р84.5 Синдром Аспергера.

Р84.8 Другие общие расстройства развития.

Р84.9 Общее расстройство развития неуточненное.

Р88 Другие расстройства психологического развития.

Р89 Расстройство психологического развития неуточненное.

Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте(Р90-Р98).

Р90 Гиперкинетические расстройства. Исключено:

- общие расстройства психологического развития (Р84.-);
- расстройства настроения (аффективные) (Р30-Р39);
- тревожные расстройства (Р41.-);
- шизофрения (Р20.-).

Р90.0 Нарушение активности и внимания.

Исключено: гиперкинетическое расстройство, связанное с расстройством поведения (Р90.1).

Р90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения.

Р90.8 Другие гиперкинетические расстройства.

Р90.9 Гиперкинетическое расстройство неуточненное.

Р91 Расстройства поведения.

Исключено:

- общие расстройства развития (Р84.-);
- расстройства настроения (аффективные) (Р30-Р39);
- расстройства поведения, связанные с:
- гиперкинетическими расстройствами (Р90.1);
- эмоциональными расстройствами (Р92.-);

– шизофрения (Р20.-).

Р91.0 Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи.

Р91.1 Несоциализированное расстройство поведения.

Р91.2 Социализированное расстройство поведения.

Р91.3 Вызывающее оппозиционное расстройство.

Р91.8 Другие расстройства поведения.

Р91.9 Расстройство поведения неуточненное.

Р92 Смешанные расстройства поведения и эмоций.

Р92.0 Депрессивное расстройство поведения.

Р92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций.

Б92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций неуточненное.

Б93 Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста.

Исключено: связанные с расстройством поведения (Б92.-).

Б93.0 Тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой. Исключено:

– невротические расстройства (Р40-Б48);

– расстройства настроения (аффективные расстройства) (Р30-Б39);

– социальное тревожное расстройство в детском возрасте (Б93.2);

– фобическое тревожное расстройство в детском возрасте

(Б93.1).

Б93.1 Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте.

Исключено: генерализованное тревожное расстройство (Б41.1).

Б93.2 Социальное тревожное расстройство в детском возрасте.

Б93.3 Расстройство сиблингового соперничества.

Б93.8 Другие эмоциональные расстройства в детском возрасте.

Исключено: расстройство половой идентичности в детском возрасте (Б64.2).

Б93.9 Эмоциональное расстройство в детском возрасте неуточненное.

Б94 Расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов.

Б94.0 Элективный мутизм. Исключено:

- общие нарушения психологического развития (Б84.-);
- преходящий мутизм как составляющая часть боязни разлуки у детей раннего возраста (Б93.0);
- специфические расстройства развития речи и языка (Б80.-);
- шизофрения (Б20.-).

Б94.1 Реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте.

Исключено:

- нормальная вариация в структуре селективной привязанности;
- расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу (P94.2);
- сексуальное или физическое насилие в детстве, приводящее к психосоциальным проблемам (261.4-261.6);
- синдром Аспергера (P84.5);
- синдром жестокого обращения (T74.-).

P94.2 Расстройство привязанностей в детском возрасте по расторможенному типу.

Исключено:

- гиперкинетические расстройства (P90.-);
- госпитализм у детей (P43.2);
- реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте (P94.1);
- синдром Аспергера (P84.5).

P94.8 Другие расстройства социального функционирования в детском возрасте.

P94.9 Расстройство социального функционирования в детском возрасте неуточненное.

P95 Тики.

P95.0 Транзиторные тики.

P95.1 Хронические моторные тики или вокализмы.

P95.2 Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром де ла Туретта).

Р95.8 Другие тики.

Р95.9 Тики неуточненные.

Р98 Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте.

Исключено:

- обсессивно-компульсивное расстройство (Р42.-);
 - приступы задержки дыхания (1106.8);
 - расстройство половой идентификации в детском возрасте (Р64.2);
 - расстройства сна вследствие эмоциональных причин (Р51.-);
 - синдром Клейне-Левина (047.8).
- Р98.0 Энурез неорганической природы.

Исключено: энурез БДУ (Я32).

Б98.1 Энкопрез неорганической природы.

Исключено: энкопрез БДУ (Я15).

Б98.2 Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте.

Исключено:

- нервная анорексия и другие расстройства приема пищи (Р50.-);
- поедание несъедобного младенцами и детьми (Б98.3);
- проблемы новорожденного (Р92.-);
- трудности вскармливания и введения пищи (1163.3).

Б98.3 Поедание несъедобного младенцами и детьми.

Б98.4 Стереотипные двигательные расстройства.

Исключено:

- аномальные непроизвольные движения (Я25.-);

- двигательные расстройства органической природы (020–025);

- ковыряние в носу (Б98.8);

- кусание ногтей (Б98.8);

- сосание пальца (Б98.8);

- стереотипии, являющиеся частью более глубокого психического заболевания (Р00-Б95);

- тики (Б95.-);

- трихотилломания (Б63.3). Б98.5 Заикание (запинание).

Исключено:

- речь взхлеб (Б98.6);

- тики (Б95.-). Б98.6 Речь взхлеб. Исключено:

- заикание (Б98.5);

- тики (Б95.-).

Б98.8 Другие уточненные эмоциональные расстройства и расстройства поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст.

Б98.9 Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, неуточненное.

Неуточненные психические расстройства (Б99).

Б99 Психическое расстройство без дополнительных уточ-

нений.

Исключено: органическое психическое расстройство БДУ(R06.9).

Отечественная классификация психических болезней

В большинстве классификаций психических болезней неизменно приводятся три основных вида патологии психики:

- 1) эндогенные психические болезни, возникающие в результате воздействия экзогенных факторов;
- 2) экзогенные психические болезни, возникающие в результате воздействия эндогенных факторов;
- 3) состояния, возникающие в результате патологии развития. К экзогенным факторам, приводящим к развитию патологии психики, относятся инфекции, интоксикации, травмы, психогении, социальные вредности. Вышеуказанные факторы также могут участвовать в возникновении или играть роль в течении эндогенных психических заболеваний. Эти факторы предрасполагают к психическим заболеваниям, провоцируют болезненный процесс, видоизменяют и отягчают его развитие. Помимо этого эндогенные факторы также могут принимать участие в возникновении и течении практически всех экзогенных психозов. Экзогенные психозы развиваются обычно не у всех лиц, подверженных воздействию какого-либо провоцирующего фактора, такого,

как инфекция, интоксикация, травма или психогения, а у отдельных конституционально предрасположенных личностей при наличии скрытой готовности к возникновению психоза.

От многих зарубежных классификаций и МКБ отечественная классификация отличается нозологическим принципом построения.

К группе эндогенно-органических психических заболеваний, с одной стороны, относятся болезни типа эпилепсии. В то же время данное заболевание с равным успехом можно отнести как к эндогенным, так и к экзогенным заболеваниям. В основе эпилепсии лежит патологический органический процесс в головном мозге, проявляющийся клинически довольно четким эпилептическим синдромом. Эти факты позволяют выделить эпилепсию как единое заболевание. С другой стороны, в группу эндогенно-органических заболеваний входят патологии, возникающие прежде всего в результате развития органического процесса в мозге, генез которого определен генетическими механизмами. К данной группе психических болезней относятся системные наследственные формы патологии головного мозга, атрофические процессы, особые формы психозов позднего возраста, сосудистые заболевания.

К группе экзогенно-органических относятся заболевания, в развитии которых главенствующую роль играют внешние факторы. В то же время генез заболевания в целом, его клинические проявления, а также особенности течения обуслов-

ливаются развитием органического мозгового процесса.

Группа экзогенных заболеваний объединяет психические расстройства, в генезе которых существенную роль играют вне-мозговые биологические факторы, такие, как общие заболевания организма, при которых мозг поражается совместно с другими органами и системами, а также инфекции и интоксикации. Отграничить вышеуказанные заболевания от психогенных расстройств позволяет биологический характер вредностей.

Классификация психических заболеваний.

I. Эндогенные психические заболевания.

1. Шизофрения.
2. Аффективные заболевания.
3. Аффективные психозы.
4. Циклотимия.
5. Дистимия.
6. Шизоаффективные психозы.
7. Функциональные психозы позднего возраста.

II. Эндогенно-органические заболевания.

1. Эпилепсия.
2. Дегенеративные (атрофические) процессы головного мозга.

3. Деменции альцгеймеровского типа.

4. Болезнь Альцгеймера.

5. Сенильная деменция.

III. Системно-органические заболевания.

1. Болезнь Пика.
2. Хорея Гентингтона.
3. Болезнь Паркинсона.

IV. Особые формы психозов позднего возраста.

1. Острые психозы.
2. Хронические галлюцинозы.
3. Сосудистые заболевания головного мозга.
4. Наследственные органические заболевания.

V. Экзогенно-органические заболевания.

1. Психические нарушения при травмах головного мозга.
2. Психические нарушения при опухолях головного моз-

га.

3. Инфекционно-органические заболевания мозга.

VI. Экзогенные психические расстройства.

1. Алкоголизм.
2. Наркомании и токсикомании.
3. Симптоматические психозы.

4. Психические нарушения при соматических неинфек-

ционных заболеваниях.

5. Психические нарушения при соматических инфекци-

онных заболеваниях.

6. Психические нарушения при интоксикациях лекар-

ственными средствами, бытовыми и промышленными токсичными веществами.

VII. Психосоматические расстройства.

1. Психогенные заболевания.

2. Реактивные психозы.

3. Посттравматический стрессовый синдром.

VIII. Пограничные психические нарушения.

1. Невротические расстройства.

2. Тревожно-фобические состояния.

3. Неврастения.

4. Обсессивно-компульсивные нарушения. 5. Истериче-

ские нарушения невротического уровня. 6. Расстройства личности.

IX. Патология психического развития.

1. Умственная отсталость.

2. Задержки психического развития.

3. Искажения психического развития.

РАЗДЕЛ 3

МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

ГЛАВА 1. ОСМОТР, ОПРОС ПСИХИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО, НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЕГО ПОВЕДЕНИЕМ

Осмотр психиатра отличается от обычного соматического осмотра рядом особенностей. При его проведении врачом должны быть отмечены следы каких-либо повреждений, например, кровоподтеки, ссадины, рубцы от бывших порезов и ожогов, многократных инъекций, следы от странгуляционной борозды на шее и т. д. Подобные повреждения должны быть в обязательном порядке описаны в истории болезни, что является важным для потенциальных последующих экспертиз. Если в психиатрическую клинику поступает неизвестный больной без документов, то в истории болезни должны быть описаны его основные внешние приметы, такие, как рост, телосложение, цвет глаз, цвет волос, прибли-

зительный возраст, родимые пятна, татуировки, рубцы на теле, имеющиеся физические недостатки.

При проведении неврологического осмотра больного, что является обязательной составляющей его частью, важно отметить минимальные нарушения, которые могут возникать вследствие резидуального органического поражения головного мозга. К таким минимальным нарушениям относятся асимметрия лицевой иннервации, сухожильных рефлексов и некоторые другие.

Соматический осмотр больных, которые не в состоянии самостоятельно предъявить жалобы, должен быть в особенности тщательным. При наличии некоторых видов бреда, а также в случае негативизма больные могут намеренно утаивать имеющиеся у них соматические нарушения.

Если из-за резкого возбуждения и сопротивления больного осмотр провести не удастся, то данный факт необходимо обязательно отразить в истории болезни.

Опрос психиатрического больного

В психиатрической практике опрос больного является важнейшим методом обследования. Основную часть симптомов психических заболеваний можно обнаружить только со слов больного. Такими нарушениями бывают явления психического автоматизма, бредовые идеи, навязчивые мысли и опасения, обманы чувств, деперсонализация и дереализация. Другие нарушения психики можно только запо-

дозреть на основании наблюдения за поведением больного. К данным нарушениям относятся слуховые галлюцинации (больной к чему-то прислушивается), бред преследования (у больного напряженный и испуганный вид). В случае резко-го возбуждения, ступора, нарушенного сознания расспрашивать больного приходится только после того, как эти состояния минуют. С больным, находящимся в психотическом состоянии, лучше беседовать, предварительно получив о нем сведения от родных и близких. При непсихотических расстройствах в первую очередь лучше расспрашивать самого больного, что увеличивает его доверие к врачу.

Опрос больного требует от психиатра особых навыков. Единая схема проведения опроса просто невозможна, так как, с одной стороны, больному необходимо дать высказаться, а с другой стороны, инициатива всегда должна находиться в руках врача. Начинать беседу с пациентом нужно с того, что послужило основанием обращения к психиатру. От врача всегда требуется терпение, выдержка, доброжелательность, а также сочувствие больному даже при явно враждебном отношении его к психиатру. При этом необходимо не допускать фамильярности и сохранять дистанцию. Ни в коем случае не следует скрывать от больного цели проводимого расспроса, представляться кем-либо иным, а не врачом-психиатром. В случае отказа отвечать на поставленные вопросы наиболее важные из них все-таки должны быть заданы больному. При этом врач обязательно должен отметить реакцию

пациента на данные вопросы.

Задачей расспроса является выяснение того, насколько больной понимает происходящее вокруг, как он ориентирован в месте и времени, сохранена ли память на важнейшие события в его жизни, а также на события, произошедшие до обращения к врачу. Психиатр должен попросить больного дать объяснение его поступкам или высказываниям, которые окружающих его лиц могли навести на мысль о психическом расстройстве. Если больной сам не высказывается о своих болезненных переживаниях, то врач должен задать наводящие вопросы о галлюцинациях, бреде и других расстройствах. Полезно задать вопрос о присутствии в сознании больного суицидальных мыслей не только в настоящем времени, но и когда-либо в прошлом. Кроме того, необходимо выяснить отношение больного ко всем обнаруженным болезненным переживаниям и особенностям поведения, таким, как полное отсутствие критики, частичное, неустойчивое или достаточное критическое отношение к ним.

Расспрос больного проводится только при условии отсутствия его родных и близких.

Психиатрический анамнез подразделяется на субъективный и объективный.

Субъективный анамнез. В таком случае сведения собираются от самого больного в процессе его опроса. Анамнез болезни заключается в выяснении времени первого появления и характеристики признаков заболевания, какие собы-

тия предшествовали этому, как проявления изменялись, когда исчезали. Анамнез жизни включает в себя воспоминания больного о том, в какой семье он вырос, кто его родители, как проходило обучение, какие в детском и подростковом возрасте были нарушения поведения (например, побеги из дома). Необходимо выяснить, имело ли место злоупотребление алкоголем, наркотиками или другими дурмнящими средствами, в каком возрасте оно началось, насколько было выраженным. Немаловажными являются данные об оценке больного своего социального статуса – трудового и семейного. Психиатр должен выяснить, удовлетворен ли пациент своим статусом, чем тяготится и чего ему не хватает. Также важными являются сведения о тех событиях прошлой жизни, которые больной сам считает наиболее тяжелыми, как он их переживал, были ли в такие моменты суицидальные мысли и попытки. Соматический анамнез учитывает перенесенные заболевания, сведения о черепно-мозговых травмах, даже с непродолжительной потерей сознания, о мозговых инфекциях, нейроинтоксикациях, склонность к аллергическим реакциям.

Объективный анамнез отражает сведения, полученные от родных и близких психического больного. Данные сведения рекомендуется получать от каждого лица в отдельности. Психиатр должен руководить разговором, узнавая только факты. При этом нужно пресекать любые попытки навязать себе чужое мнение. Кроме того, собирают анамнез са-

мой болезни. В процессе сбора данного анамнеза выясняют, когда и какие проявления болезни возникли, какая причина могла этому способствовать. Также собирают анамнез жизни больного, акцентируя свое внимание на сведениях о наследственной отягощенности. От родителей пациента можно узнать об особенностях развития в детском возрасте. После этого им задают такие же вопросы, что и самому больному. Важно выяснить те факты, о которых больной умолчал.

Наблюдение за поведением больного

Наблюдение за поведением осуществляется не только врачом-психиатром. В стационаре дежурный медицинский персонал ведет специальные дневники, в которых отмечает особенности поведения каждого больного за период своей смены. О больных, не требующих особого внимания, записи делают по мере надобности, что может возникнуть при нарушении режима стационара, возникновении конфликтов с персоналом или другими больными, в случае отказа от еды или видимых внешних проявлениях психических нарушений.

Как правило, врач начинает наблюдение за больным с первого контакта. При возбуждении пациента отмечают особенности его поведения. Такими особенностями могут являться целенаправленные либо бессмысленные стереотипно повторяющиеся движения, возгласы, мимика, реакция на происходящее вокруг. В случае заторможенности психиатру необ-

ходимо оценить ее степень. Во время беседы с больным отмечают особенности интонации больного, живость мимики, жесты, а также особенности речи (быстрая, медленная, громкая, тихая). На поведении пациента могут ярко отображаться галлюцинации и бред. В случае галлюцинаций больной к чему-то пристально приглядывается, прислушивается, принохивается. Если у больного развивается бред, то он становится крайне подозрительным и настороженным, может возникать приступ внезапной агрессии по отношению к кому-либо.

ГЛАВА 2. СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНОГО

В связи с внедрением в медицину современных технологий получили распространение различные стандартизированные оценки психических нарушений.

С середины 60-х гг. было предложено большое количество разнообразных схем, карт с перечислением симптомов и шкал, в которых выраженность каждого симптома оценивается в баллах. Существуют два основных типа шкал – шкалы самооценки и «объективные».

Шкалы самооценки заполняются самим больным. Такие шкалы предназначены для непсихотических расстройств, например, для больных с неврозами, в которых они дают

оценки в баллах каждой из своих жалоб (утомляемость, раздражительность, плохой сон) до и после лечения.

«Объективные шкалы» оценки больного заполняются врачом на основании клинического обследования больного. В баллах оценивается тяжесть проявления каждого симптома – суммарный балл отражает тяжесть состояния. Первая появившаяся в нашей стране шкала объективной оценки, была разработана Ю. Л. Нуллером и И. Н. Михаленко в 1966 г. Для оценки тяжести депрессий градуировались в баллах степень угнетения настроения, тревога, страх, идеи самообвинения, двигательная заторможенность и другая симптоматика.

Психологическое обследование

Психологическое обследование проводится специалистами – клиническими психологами либо врачами, получившими специализированную подготовку по медицинской психологии. Главной задачей является выявление нарушений психических процессов – памяти, восприятия, внимания, мышления, оценка особенностей интеллекта и личностных свойств в целом. Важны те первоначальные, маловыраженные нарушения, которые могут еще не выявляться 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 надвигающем-

ся атеросклеротическом слабоумии тонкие нарушения памяти и внимания также могут быть установлены только с помощью специальных психологических методик. У больных с дефектами психики в целях реабилитации психологические исследования позволяют оценить наиболее сохранные стороны личности, навыки и умения. 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; личностных особенностей при неврозах и психопатиях.

Оценка уровня интеллекта чаще всего осуществляется с помощью теста Векслера. На основании выполнения обследуемым заданий вычисляется коэффициент интеллектуальности – «ай кью» (10), 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, глу-

бокому слабоумию, – ниже 50.

Выявление искажения процесса обобщения как признака, характерного для шизофрении. При искажении обобщение осуществляется по несущественным признакам. Один из приемов, используемый для выявления искажения, состоит в том, что из 4-х картинок с предметами требуется отобрать лишнюю, не подходящую к другим («четвертый лишний»). Например, на 3-х 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. Возможность 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).

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 до-

стигаться разными приемами. В современной практике распространен цветовой тест М. Люшера (в норме предпочитают 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, разработанная Ж. Тейлором. 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 в нашей стране Миннесотского многопрофильного личностного опросника, имеющего сокращенное название – «эм-эм-пи-ай» – ММР1. С помощью такого 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 – патохарактерологический 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. Зачастую для этого используются проективные методы. Среди них наиболее известна методика неоконченных предложений: обследуемому предлагают закончить фразы вроде «Супружеская жизнь кажется мне...», «Насто-

ящий друг тот, кто...» и т. д. Применяется также тематический апперцепционный тест (ТАТ) – картинки с изображением различных ситуаций, которые испытуемый должен прокомментировать.

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.

ГЛАВА 3. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностические лабораторные исследования в психиатрии входят в комплекс методов общего соматического (терапевтического, неврологического и т. п.) обследования больного. Они проводятся по всем правилам, принятым в клинической медицине. Однако в психиатрической практике данным лабораторных исследований уделяют особое внимание в связи с тем, что при ряде психических заболеваний соматическая патология имеет стертые симптомы и с трудом выявляется. Кроме того, больные в измененном психическом состоянии (помрачение сознания, мутизм, разорванность мышления и речи, недоступность, бред) могут не высказывать жалоб или эти жалобы, вплетаясь в болезненные высказывания больных о тех или иных соматических ощу-

щениях (сенестопатии, ипохондрические состояния), могут остаться незамеченными.

Диагностические лабораторные исследования в психиатрии направлены на оценку соматического состояния больного и контроль за этим состоянием в процессе лечения, а также на выявление соматических заболеваний, сопровождающих или обуславливающих психозы.

Объекты исследования (кровь, моча, спинномозговая жидкость) и большинство методов аналогичны применяемым в других областях медицины. Лишь некоторые показатели более характерны для психиатрической клиники (определение психотропных препаратов в крови, изучение обмена аминокислот при олигофрениях, коллоидные реакции для диагностики нейросифилиса).

Значение обнаруженных изменений по тем или иным лабораторным тестам можно определить лишь при тщательном их сопоставлении с соматическими, неврологическими и психическими расстройствами.

Лабораторные исследования, связанные с лечением больных, касаются не только контроля за общим соматическим состоянием (по изменениям крови, спинномозговой жидкости) с целью профилактики и купирования соответствующих осложнений, но и содержания препаратов и их метаболитов в крови для установления эффективной лечебной дозы и индивидуальной чувствительности больного к тому или иному лечебному средству. В психиатрической практи-

ке наибольшее распространение получило исследование содержания лития при лечении им аффективных расстройств. Определение других психотропных препаратов пока остается ограниченным и используется преимущественно в научных целях, поскольку такие исследования требуют специального оборудования и подготовленных кадров, а также четких клинико-фармако-кинетических критериев.

Морфологические исследования крови. У больных регулярно определяют обычные гематологические показатели – число эритроцитов, лейкоцитов, содержание гемоглобина, цветовой показатель и формулу крови. Это особенно важно для выявления инфекционных процессов, состояний интоксикации и своевременного обнаружения сдвигов, вызываемых лечебными средствами. Следует учитывать, что острые психозы вообще могут сопровождаться лимфоцитозом, моноцитозом, нейтрофильным лейкоцитозом; при хронических болезненных состояниях возможен лимфоцитоз. Для наиболее остро протекающей периодической шизофрении и ее фебрильного варианта характерны лейкоцитоз (преимущественно нейтро-филез в сочетании с лимфопенией) и повышенная СОЭ. При прогрессивном параличе бывают эозинопения и нейтрофилез (при лечении современными методами эти сдвиги могут отсутствовать).

Биохимические исследования крови и мочи используют для изучения различных видов обмена и функционального состояния отдельных органов и систем организма.

К психозам с выраженными изменениями биохимического состава крови и мочи относится фебрильная шизофрения. Для нее характерны изменения по типу стрессовых сдвигов: повышение белка и остаточного азота в крови, колебания от гиподо гипергликемии, гипохлоремия, повышение содержания кортикостероидов; в моче обнаруживают белок, гиалиновые и зернистые цилиндры, повышенное содержание 17-кето-стероидов и кортикостероидов, измененное содержание хлоридов. Сходные сдвиги можно наблюдать при тяжелых формах психомоторного возбуждения (гипергликемия, повышение содержания кортикостероидов и катехоламинов).

Шизофрении в целом свойственны нарушения детоксицирующей функции печени (специальные пробы и определение активности трансаминаз, щелочной фосфатазы и другие ферментологические исследования), снижение толерантности к глюкозе, изменения экскреции гормонов и их метаболитов. Их содержание важно определять при выраженных эндокринных нарушениях в клинической картине (расстройства менструального цикла, явления гирсутизма).

Аффективные психозы сопровождаются изменениями биохимических показателей в соответствии с колебаниями основного фона настроения: тенденция к отрицательному белковому балансу, гипергликемия, повышение ряда гормональных показателей (катехоламины, кортикостероиды) характеризуют гипертимии, обратные сдвиги – гипотимии. Ис-

ключением могут быть стрессовые сдвиги.

При эпилепсии перед припадком возможны накопление продуктов азотистого обмена и понижение щелочных резервов крови, после припадка – протеинурия.

При алкоголизме наиболее рано нарушается функция печени, чему соответствуют изменения печеночных проб, белковые и ферментативные сдвиги. В последующем эти явления становятся более выраженными.

Если для лечения психозов используют инсулиновую терапию, то первостепенную важность приобретает состояние углеводного обмена. До лечения определяют сахар в крови, в том числе при нагрузке углеводами (сахарная кривая).

При длительной терапии литием аффективных расстройств регулярно определяют это вещество в крови больных. Для этой цели применяют различные модификации метода пламенной фотометрии. Они высокоспецифичны и чувствительны, процедура исследования относительно проста. Концентрацию лития в крови определяют 3–4 раза на протяжении первого месяца лечения, 1–2 раза в последующие месяцы, а при ее стабилизации при продолжительном (профилактическом) лечении литием возможен контроль за его содержанием в крови один раз в 3–4 месяца. Это целесообразно тогда, когда применяемая доза препарата обеспечивает содержание лития в крови не более 0,6–0,8 ммоль/л. При таких дозах терапевтический (или профилактический) эффект не сопровождается побочными явлениями.

В процессе лечения психофармакологическими препаратами всех групп необходимо регулярно определять функциональное состояние печени.

Специфическими биохимическими нарушениями сопровождаются и олигофрении. Часто эти показатели имеют решающее диагностическое значение. Для диагностики олигофрений особенно важны исследования некоторых аминокислот.

Для фенилкетонурии характерны повышение содержания фенилаланина в крови и экскреция фенилпировиноградной кислоты. Фенилпировиноградную кислоту в моче обнаруживают пробой Феллинга с треххлористым железом (сине-зеленая окраска, исчезающая через 5-30 минут). Проба обычно проводится у новорожденного в родильном доме на пеленке или фильтровальной бумаге. Увеличенное в несколько раз по сравнению с нормой содержание в плазме крови фенилаланина обнаруживается бумажной или ионообменной хроматографией либо микробиологическим методом (одним из его вариантов является экспресс-метод Гатри). При лейцинозе (болезни кленового сиропа) наблюдается увеличение (в 10 раз и более) в плазме лейци-на, изолейцина, валина, кетокислот и соответствующее повышение их экскреции с мочой. Для выявления этих изменений исследуют также хроматографические методы или экспресс-пробы. Те же методы применяют для обнаружения увеличения гистидина в плазме крови (в 10-100 раз) и повышения экскреции с мо-

чой имидазолпировиноградной кислоты при диагностике гистицинемии. Повышенный уровень пролина в моче обнаруживается при аргининсукцинурии, а увеличение экскреции цитруллина (в 100 раз и более) – при цитруллинурии; обнаружение в моче гомоцистеина указывает на гомоцистеинурию (в этом случае можно использовать не только хроматографию, но и реакцию с нитропруссидом), а экскреция больших количеств цистатинина (до 0,5 г/сут) – на цистатининурию.

Общая гипераминоацидурия отмечается при ряде олигофрений. Ее сочетание с увеличением экскреции индикана и 3-ок-сииндолуксусной кислоты наблюдается при болезни Гартнупа, с уменьшением содержания церулоплазмينا в крови и его способности связывать медь – при болезни Вильсона, с глюкозурией и фосфатурией – при синдроме де Тони-Дебре-Фанкони. Гипераминоацидурия при повышенной кислотности мочи и нормальном содержании аминокислот в плазме характерна для синдрома Лоу.

При некоторых олигофрениях изменяются показатели углеводного обмена: увеличение экскреции галактозы и снижение активности фермента галактозо-1-фосфатуридилтрансферазы эритроцитов; повышение уровня фруктозы в крови и моче после нагрузки ею на фоне падения содержания глюкозы в крови – при фруктозурии; увеличение экскреции мукополисахаридов и хондроитинсульфата – при гарголизме (мукополисахаридоз, болезнь Пфаундлера-Гурлера).

Серологические реакции крови. Наиболее известная серологическая реакция – реакция Вассермана для выявления нейросифилиса. Часто применяют реакцию Вассермана с неспецифическими антигенами (кардиолипидный антиген), а также с антигенами из трепонем. Поскольку реакция Вассермана в крови может быть положительной и при заболеваниях несифилитической природы, ее часто проводят в комплексе с осадочными реакциями. Они основаны на образовании преципитатов (флокулятов) при взаимодействии сыворотки больных сифилисом с липидными антигенами. Наиболее распространены реакции Кана и Закса-Виттебского, в которых используются очищенные антигены из бычьего сердца с добавлением холестерина. В результате реакции образуются хлопья, интенсивность их выпадения оценивается от – до ++++. Считается специфичной и микрореакция на предметном стекле с кардиолипидным антигеном, называемая УОШ. (она оценивается аналогичным образом). Для исключения ложноположительных результатов иногда используют РИТ-реакцию иммобилизации трепонем (она основана на наличии в крови больного сифилисом антител, тормозящих в присутствии комплемента подвижность бледных трепонем). Эта реакция оценивается в процентах: до 20 – отрицательная, 21–50 – слабоположительная, 50 – положительная. Реакция весьма чувствительна, ее недостатки – трудоемкость и положительные результаты после практического излечения. Наиболее чувствительна, специфична и демон-

стративна реакция иммунофлюоресценции (РИФ). В качестве антигена в этом случае также используют трепонемы. Результаты оценивают (от – до +++) по интенсивности свечения препарата. Ее недостатки те же, что и у РИТ.

В основе реакций на токсоплазмоз лежит реакция связывания комплемента с токсоплазмозным антигеном. Кроме того, используют реакцию с красителем Себина-Фельдмана, основанную на том, что токсоплазмы при взаимодействии с сывороткой больного, содержащей антитела против них, теряют способность окрашиваться метиленовым синим. Положительным считаются реакции с титром сыворотки не менее 1: 60.

Исследования спинномозговой жидкости. Объем спинномозговой жидкости у взрослого человека колеблется от 120 до

150 мл. Нормальное давление жидкости в положении сидя до 300 мм водного столба, лежа – 100–200 мм водного столба. Объем и давление спинномозговой жидкости увеличиваются при воспалительных процессах мозговых оболочек и сосудистых сплетений, при нарушении оттока жидкости в связи с повышением давления в венозной системе, венозном застое. При гидроцефалии объем спинномозговой жидкости может достигать 500 мл. При нарушениях проходимости субарахно-идального пространства (например, опухоли спинного мозга) возможны частичные изменения давления жидкости; их существование и локализация выявляются

пробами Квеккен-штедта и Стукея.

Нормальная спинномозговая жидкость бесцветна и прозрачна. При свежем кровоизлиянии или в результате повреждения сосудов во время пункции она приобретает красный цвет (эритрохромия). Желтый (ксантохромия), а также бурый и иногда коричневый цвета обусловлены накоплением продуктов распада гемоглобина и отмечаются в более поздние сроки после кровоизлияний (7-10 дней), при опухлях мозга, венозном застое, блокаде субарахноидального пространства. Зеленовато-мутная жидкость типична для гнойных менингитов, черная – для меланом мозга.

Помутнение спинномозговой жидкости может быть обусловлено увеличением числа клеточных элементов в ней (она просветляется после центрифугирования), присутствием микроорганизмов, высоким содержанием фибриногена. Выпадение фибрина на дне пробирки отмечается при гнойных менингитах, а образование фибринозной сетки на поверхности – при туберкулезном менингите.

Относительная плотность спинномозговой жидкости в норме – 1,005-1,008; повышение до 1,012-1,015 отмечается при воспалительных процессах, снижение – при избыточной продукции жидкости. рН спинномозговой жидкости в норме 7,35-7,8. рН снижается при менингитах, энцефалитах, прогрессирующем параличе (в процессе терапии малярией); повышение – при прогрессирующем параличе (вне лечения), сифилисе мозга, спинной сухотке, эпилепсии, хроническом алко-

голизме. Изменению рН соответствуют сдвиги в щелочных резервах спинномозговой жидкости.

Цитологическое исследование спинномозговой жидкости. В 1 мкл жидкости, полученной при спинномозговой пункции, содержится не более 3–5 клеток (главным образом, лимфоциты); в желудочковой и цистернальной жидкости клеток еще меньше, а иногда они не обнаруживаются совсем. Резко повышенный цитоз (плеоцитоз) характерен для острых менингитов (от 150 до нескольких тысяч клеток в 1 мкл). Преобладание ней-трофилов свидетельствует об остром воспалительном процессе, много лимфоцитов находят при хронических воспалениях (например, туберкулезном менингите), а также после оперативных вмешательств; в этих случаях обнаруживаются и плазматические клетки. Эозинофилы встречаются при токсических, туберкулезных и сифилитических менингитах, цистицеркозе, опухолях и субарахноидальных кровоизлияниях. Зернистые шары бывают при опухолях, кистах, процессах, приводящих к распаду мозговой ткани. При злокачественных опухолях могут обнаруживаться и опухолевые клетки.

Химическое исследование спинномозговой жидкости. Большое диагностическое значение имеет определение содержания белка. Наиболее распространен, прост и доступен метод Роберт-са-Стольников-Брандберга, основанный на выявлении максимального разведения жидкости, при котором в результате взаимодействия с концентрированной

азотной кислотой (наслаивание) возникает слабое кольцо преципитации. В норме общее содержание белка в жидкости, полученной при спинномозговой пункции, составляет 0,16-0,3 г/л, в желудочковой жидкости – 0,06-0,16 г/л, а в цистернальной – до 0,2 г/л. Используется также определение с сульфосалициловой кислотой, которая вызывает помутнение жидкости вследствие осаждения белков. В этом случае их содержание определяют после сравнения с эталонным белковым раствором. Экспресс-метод известен как реакция Панди. Определяют помутнение, возникающее при добавлении спинномозговой жидкости к насыщенному раствору фенола (оценка по четырехбалльной системе). Положительная реакция свидетельствует о содержании белка более 0,33 г/л.

Более точно белок определяют спектрофотометрическим и биуретовым методом, методами Лоури и Кьельдаля. Увеличение общего белка спинномозговой жидкости бывает при органических заболеваниях мозга (опухоли, воспалительные и дегенеративные процессы), а также при венозном застое с нарушением циркуляции жидкости (нарушения гемодинамики, опухоли спинного и головного мозга).

ГЛАВА 4. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ

Электроэнцефалография

Регистрация электрической активности головного мозга через неповрежденные покровы черепа – наиболее распространенный метод оценки состояния мозга. Электроэнцефалографическое исследование позволяет в ряде случаев при органических заболеваниях мозга определять место и наиболее характерные особенности патологического процесса.

Электрические процессы в головном мозге отличаются очень малым напряжением – порядка десятков и сотен микровольт. Только усилительная техника сделала эти процессы доступными для регистрации в клинической практике.

В энцефалографах сложные системы электронного усиления, позволяющие усиливать биоэлектрический сигнал в миллионы раз, комбинируются с регистрирующими приборами в виде осциллографов и записывающих устройств. При исследовании электрической активности мозга важно определить соответствующие характеристики не только в состоянии покоя, но и при воздействии различными раздражителями и при так называемых функциональных пробах. Используют мелькающие вспышки света разной частоты и интенсивности, звук различной громкости и высоты, гипервенти-

ляционную пробу и некоторые специальные методы.

Традиционный визуальный и ручной анализ ЭЭГ, когда исследователь на глаз или с помощью элементарных приемов определяет те или иные особенности записываемых кривых, а затем дает оценку электрической активности мозга в целом и отдельных его областей, трудоемок и требует значительно-го количества времени и не лишен субъективизма. Тем не менее, он остается еще вполне приемлемым для некоторых практических целей.

С начала 50-х гг. XX в. для анализа ЭЭГ стали применяться математические методы и сконструированные на их основе специальные автоматические анализаторы. Кроме того, для анализа ЭЭГ все шире стали применять компьютеры. В этом случае анализ ЭЭГ проходит по заранее составленной программе. Данный метод обеспечивает быстроту, высокую точность и экономичность операций и предоставляет врачу результаты анализа непосредственно по ходу обследования больного.

Основные компоненты и общая частотно-амплитудная характеристика ЭЭГ здорового человека

У здоровых людей ЭЭГ изменяется в широких пределах. Важно определить ту границу, где вариации нормальных ЭЭГ переходят в патологически измененные и должны рассматриваться как отражение нарушений деятельности мозга.

Основные компоненты ЭЭГ подразделяются на ритмические и неритмические колебания. Ритмические биопотенци-

алы ЭЭГ характеризуются частотой колебаний в секунду, амплитудой и конфигурацией.

Альфа-ритм принимают, в некотором роде, за эталон частоты колебаний, с которым сопоставляют остальные частоты колебаний. По отношению к нему говорят о быстром и медленном ритмах и амплитуде других ритмов. Амплитуды различных волн и в норме переменчивы в зависимости от условий исследования. В частности, амплитуда бета-волн в 4–5 раз меньше, чем альфа-волн. Неритмические волны встречаются в виде одиночных колебаний или их групп. К ним относятся:

- 1) острые волны-колебания с широким основанием и острой вершиной длительностью от 300 до 400 мс, амплитуда острых волн может быть весьма различной;
- 2) пики-колебания сходны с мелкими острыми волнами, длительностью 40–20 мс;
- 3) быстрые асинхронные колебания-колебания потенциала длительностью 10 мс и меньше;
- 4) так называемая пароксизмальная активность. Под этим термином понимается внезапное появление на ЭЭГ групп или разрядов колебаний потенциалов с частотой и амплитудой, резко отличающихся от преобладающих частот и амплитуд.

Пароксизмальная активность может быть представлена группой острых или медленных волн или различными комплексами волн, например, комплекс «пик и медленная волна».

на».

Классификация ЭЭГ основана на характеристиках ее компонентов. Выделяют 5 типов ЭЭГ здорового человека:

- 1) преобладает альфа-ритм, есть и бета-волны;
- 2) только альфа-ритм;
- 3) только бета-ритм;
- 4) преобладает альфа-ритм, есть и бета, и медленные волны;

5) преобладает альфа-ритм, есть и бета, и одиночные пики. На ЭЭГ взрослого человека есть выраженные различия в деятельности различных областей мозга, так называемые регионарные различия. В частности, альфа-ритм наиболее отчетлив в затылочных отделах мозга, быстрые и медленные ритмы преобладают в передних отделах. Нормальная ЭЭГ в отношении ритмических компонентов может содержать почти все известные ритмы, за исключением дельта-ритма, а если он и представлен, то редкими волнами.

ЭЭГ в том виде, как она регистрируется у взрослого здорового человека, формируется постепенно. ЭЭГ у детей разного возраста имеет особенности. Основная возрастная тенденция развития ЭЭГ – увеличение амплитуды и учащение колебаний основных компонентов.

Частная семиотика электроэнцефалографических феноменов

Характерные изменения ЭЭГ, имеющие дифференциаль-

но-диагностическое значение, установлены лишь при немногих заболеваниях головного мозга, сопровождающихся психическими расстройствами. Грубые органические процессы вызывают значительные изменения электрической активности мозга. Их сущность сводится к тому, что клеточные элементы нервной ткани (нейроциты) под влиянием тех или иных причин перестают функционировать, отмирают и, следовательно, уже не создают электрических потенциалов. Если такая область достаточно обширна и находится на поверхности мозга в области конвексигальной коры, то под соответствующими электродами совсем не будет регистрироваться электрическая активность или в связи с некоторыми свойствами мозга как объемного проводника в этой области будут регистрироваться потенциалы значительно сниженной амплитуды. Тот же эффект возможен тогда, когда нервная ткань замещается соединительной, невозбудимой тканью, не генерирующей электрических потенциалов. Другие изменения ЭЭГ, обусловленные органическими нарушениями мозговой ткани, производны. Они возникают в связи с тем, что среди здоровой ткани находится патологически измененный очаг (рубцовые сращения, опухоль, киста) или инородное тело. Такой очаг иногда чисто механически воздействует на здоровую ткань и раздражает ее. В результате в здоровой ткани возникают высокоамплитудные волны, разряды быстрых колебаний и другие феномены. При анализе ЭЭГ эти признаки дают повод заподозрить патологический процесс в

мозговом веществе.

Если опухоль располагается в глубинных структурах, то чаще возникают диффузные изменения в коре головного мозга или преимущественно в тех областях, которые имеют тесные проекционные связи с соответствующей корковой областью.

Когда при поверхностном расположении опухоли установить ее топику относительно легко, тогда ЭЭГ приобретает особо важное диагностическое значение, определяя тактику хирургического вмешательства.

При эпилепсии наиболее отчетливы и характерны нарушения по типу комплексов пик-медленная волна. Эти комплексы часто регистрируются в эпилептическом очаге и, следовательно, позволяют установить его локализацию. Если такой очаг расположен в глубинных структурах, то изменение корковой электрической активности может быть сложным, что затрудняет электроэнцефалографическую диагностику и требует специальных методов исследования с использованием функциональных нагрузок. То же применяют в клинических нечетко выраженных случаях эпилепсии.

Функциональные нагрузки позволяют выявить скрытые нарушения электрической активности. Во время судорожного припадка регистрируются высокоамплитудные медленные волны или комплексы пик-медленная волна, возникающие несколько раньше клинических проявлений припадка и заканчивающиеся вместе с ним.

При сосудистых заболеваниях головного мозга в зависимости от глубины поражения наблюдаются диффузные нарушения регулярности ритмов, появление медленных и острых волн, асинхронных быстрых колебаний, сглаживание региональных различий. При инсульте в острой стадии альфа-ритм отсутствует, преобладают дельта и тета-ритмы, регистрируются острые волны. Резко нарушается биоэлектрическая активность.

Атрофические изменения мозговой ткани вызывают снижение амплитуды биопотенциалов, обеднение их частотного состава. Иногда регистрируется машинообразный альфа-ритм. Реакция на раздражители слабая или отсутствует.

При функциональных психических расстройствах электроэнцефалографическая диагностика не столь определена и клинически значима. Для диагностических целей ЭЭГ необходимо сопоставлять с клинической картиной заболевания. Особенно это касается неврозов и эндогенных психозов. В этих случаях ЭЭГ помогает создать мнение о функциональном состоянии мозга, пределах его работоспособности и сохранности его основных механизмов, а также направленности соответствующих сдвигов во время лечения. Важное значение приобретает система функциональных нагрузок, метод условных рефлексов, а также специальный анализ электрической активности на основе системного подхода и использования ЭВМ.

Реоэнцефалография основана на том, что ткани мозга

проводят электрический ток с определенным сопротивлением, которое зависит от состава ткани и ее кровенаполнения. В зависимости от кровенаполнения сопротивление меняется. Регистрация этого изменения и лежит в основе метода, позволяющего определить тонус сосудов и кровообращение в них. Установлено, что 80–90 % изменения сопротивления обусловлено динамикой внутричерепного кровообращения и лишь 10–20 % – динамикой кровообращения кожных покровов головы. Поскольку РЭГ обусловлена в конечном счете объемными изменениями мозговых сосудов, она несет в себе характеристики, обычно присущие плетизмограмме.

РЭГ используют как для оценки функционального состояния мозга, так и для направленной диагностики состояния здоровья сосудов при всех заболеваниях с нарушением кровообращения, сосудистого тонуса, эластичности сосудов (атеросклероз, гипертония, острые и хронические нарушения мозгового кровообращения, опухоли, абсцессы).

Для регистрации РЭГ через ткани пропускают переменный ток 80-150 кГц, сила тока при этом составляет 1-10 мА, сопротивление при прохождении пульсовой волны изменяется в пределах 0,25-2 Ом. Реограф обычно соединяют с усилителями и регистрирующими устройствами электрокардиографа или электроэнцефалографа. Записывают синхронно две или более РЭГ и одно отведение ЭКГ. Наиболее употребительно фронтально-мастоидальное, битемпоральное и биокципитальное отведения.

Помимо фоновой РЭГ, исследуют реактивную характеристику сопротивления, используя различные функциональные пробы:

- 1) пробы, воздействующие на вазорегуляторные механизмы;
 - 2) пробы, изменяющие гравитационно-механические нагрузки в системе кровообращения всего организма;
 - 3) пробы, затрудняющие или облегчающие движение крови в нескольких магистральных сосудах головного мозга.
- РЭГ анализируют визуально с применением элементарных способов измерения характеристик кривой РЭГ. Можно также использовать автоматический способ измерения с последующей обработкой на компьютере.

Основные характеристики РЭГ здорового человека

Компоненты волны РЭГ:

- 1) начало волны;
- 2) начало крутого подъема;
- 3) конец крутого подъема – вершина;
- 4) поздняя систолическая волна;
- 5) инцизура;
- 6) дикротический зубец.

При оценке РЭГ учитывают форму и время распространения волны каждого отведения, межполушарную асимметрию, а также изменения кривой при функциональных про-

бах. Сглаженность волны обусловлена уменьшением эластичности стенок сосудов, сокращение времени распространения волны говорит о повышении их тонуса, отношение амплитуды РЭГ к общему сопротивлению под электродами соответствующего отведения отражает объем пульсовой волны, показатель относительного объемного пульса, длительность восходящей фазы, отнесенная к длительности всей волны, служит показателем сосудистого тонуса.

У здоровых людей моложе 30 лет волна РЭГ напоминает треугольник. В возрасте 40–50 лет преобладает горбовидная форма волны. В возрасте 50–60 лет восходящая фаза и вершина становятся более закругленными, но инцизура еще заметна. У лиц старше 60 лет волна аркообразная, дополнительные колебания могут отсутствовать. Межполушарная асимметрия амплитуды 10 % допустима во всех возрастных группах.

Патологическими показателями являются углубление инцизуры со сдвигом ее вниз по нисходящей части кривой, значительное снижение или увеличение волн, уменьшение времени распространения реографической волны.

При церебральном атеросклерозе в начальных стадиях появляется некоторая сглаженность кривой и плато на вершине волны. При значительной выраженности этих изменений форма волны становится куполообразной или аркообразной, уменьшает время распространения и амплитуда волны. Все это указывает на потерю эластичности и уменьшение

кровенаполнения сосудов.

При гипертонической болезни в транзиторной стадии отмечается смещение дикротического зубца ближе к вершине с тенденцией к образованию плато. Дальнейшее развитие процесса приводит к уменьшению амплитуды волн и закруглению вершин, часто абсолютной вершиной служит поздняя систолическая волна, а дикротический зубец располагается выше изгиба. В склеротической фазе волна становится аркообразной. Применение нитроглицерина в качестве функциональной пробы позволяет в зависимости от глубины процесса получить нормализацию РЭГ через промежутки времени, иногда такой нормализации не бывает.

Головные боли сосудистого генеза в зависимости от патогенетического механизма вызывают разные изменения РЭГ. При мигренозных болях, локализованных преимущественно в одном полушарии, отмечается межполушарная асимметрия с повышением амплитуды на пораженной стороне.

При вегето-сосудистой дистонии в зависимости от механизма регистрируются:

- 1) плато на вершине волны, хорошо выраженные дополнительные колебания, амплитуда повышена, что свидетельствует о понижении сосудистого тонуса с повышением кровенаполнения и растяжением стенок сосудов;

- 2) вершина закруглена, дополнительные колебания плохо выражены, амплитуда уменьшена, что свидетельствует о повышении тонуса сосудов.

При закрытой черепно-мозговой травме и возникновении гематомы на стороне поражения отмечаются уменьшение амплитуды и сглаженность дополнительных колебаний, что указывает на затруднение кровотока в связи со сдавлением мозга. При ушибе на стороне контузии регистрируются увеличение амплитуды и угла наклона восходящей фазы волны, углубление инцизуры.

Сотрясение мозга не вызывает асимметрии, в зависимости от тяжести травмы отмечаются изменения, характерные для повышенного или пониженного тонуса сосудов.

В случае кровоизлияния в мозг изменения РЭГ более выражены, чем при ишемическом инсульте, и характеризуются распространением на оба полушария лишь с некоторым акцентом на пораженном полушарии. Амплитуда РЭГ уменьшена, волна уплощена. Нередко наблюдаются явления атонии с резким укорочением нисходящей части кривой и перемещением инцизуры вниз к основанию волны.

Эхоэнцефалография представляет собой метод ультразвукового исследования мозга и применяется для выявления внутричерепной структурно-дислокационной патологии. Этот метод позволяет определить и измерять латеральное смещение медиально расположенных структур мозга. Метод Эхо-ЭГ основан на принципе ультразвуковой локации, при которой регистрируются отраженные ультразвуковые сигналы, направленные слева и справа (обычно от височной кости).

Эхо-ЭГ применяется при диагностике опухолей, абсцессов, гumm, субдуральных и эпидуральных гематом, острых нарушениях мозгового кровообращения, контузии и некоторых других заболеваниях мозга.

При различных объемных процессах в одном полушарии (например, при опухолях) величина М-эха будет больше на пораженном полушарии, при атрофических изменениях соответственно меньше. Следует, однако, иметь в виду, что прямой пропорциональности между величиной, например, опухоли и величиной М-эха может и не быть.

Краниография – рентгеновское исследование черепа и его содержимого без применения контрастных веществ. Различают прямые и косвенные признаки. Прямые признаки связаны с процессом обызвествления и присутствием инородных тел. Косвенные признаки – вторичные изменения костей черепа в связи с развитием патологического процесса в мозге. Они бывают общие и местные. К общим относятся усиление пальцевых вдавлений, порозность деталей турецкого седла, усиление сосудистого рисунка. Местные изменения бывают вследствие непосредственного локального давления на кость объемных образований.

Пневмоэнцефалография. При этом методе вводят воздух или кислород в ликворные пространства мозга и на краниограмме определяют состояние желудочковой системы и субарахноидального пространства головного мозга. ПЭГ используется для диагностики патологических процес-

сов травматического или воспалительного происхождения, опухолей, аномалий развития мозга.

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 (например, опухоли). Необходимо согласие больного или его родных на данную процедуру.

Компьютерная томография – рентгенодиагностика, в которой используется послойная регистрация плотности мозговой ткани. Применяется при диагностике опухолей, черепно-мозговых травм, дегенеративных изменениях мозговой ткани и разнообразных внутричерепных нарушениях. Обеспечивает правильную диагностику в 80 % случаев, однако не может полностью заменить ЭЭГ, ПЭГ, Эхо-ЭГ, ангиографию. Некоторые авторы считают компьютерную томографию недостаточно эффективной при малых опухолях на основании мозга, а также не свободной от артефактов, вызываемых движениями больного или неудачной его укладкой при обследовании.

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, а также о кровоснабжении. Полученные данные синтезируются на компьютере.

Данный метод является одним из новейших и перспективных диагностических методов, возможности которого еще полностью не раскрыты.

Фармакологические диагностические методики

Лекарственные препараты используются не только как средства 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-х до 8 мл (чаще 4–6 мл) 5 %-ного раствора барбамила и 1–2 мл 10 %-ного раствора кофеина. 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 %-ного раствора – служит для выбора эффективной терапии при депрессии. Если после вливания депрессивные переживания на время исчезают, то показаны противотревожные средства (феназе-

пам, амитриптилин); если же сохраняются, то более эффективен мелипрамин.

Дексаметазоновый тест служит для дифференциального диагноза эндогенных и реактивных депрессий. В норме прием дек-саметазона через сутки вдвое снижает в крови уровень кортизола. При эндогенной меланхолической депрессии подавление экскреции кортизола надпочечниками под действием дексамета-зона не происходит или оно резко ослабевает. При реактивных и тревожных депрессиях результаты теста обычно существенно не отличаются от нормы.

РАЗДЕЛ 4

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Течение и исходы психических заболеваний Течение

Психические заболевания могут иметь непрерывное, приступообразное и смешанное течение.

Непрерывное течение болезни характеризуется неуклонным нарастанием и усложнением расстройств. Как правило, лекарственной терапией добиваются только остановки или смягчения имеющейся симптоматики. При обострении процессов зачастую выявляются более сложные расстройства.

Приступообразное течение обусловлено 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 представ-

лены 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-прогредиентной 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, например, взрывчатость, склонность к истериям.

Волнообразное течение болезни характеризуется периодами ослабления или полного исчезновения симптоматики, однако под влиянием различных факторов (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 про-

гре-диентного. 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 прогредиентному 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 энцефалопатической 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 личностные особенности, акцентуации характера, уро-

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

В инициальном периоде у больных формируются единичные, нестойкие признаки болезни, которые часто проявляются эпизодически, например, эпизоды деперсонализационных расстройств при шизофрении или невротические реакции, предшествующие формированию невроза. Такие 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 имеют 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 лично-

сти 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 дефектом принято понимать форму изменения личности, характеризующуюся обеднением, упрощением высших ее свойств и утратой прежних возможностей, которые наблюдаются при различных болезнях и травмах головного мозга. Больной с таким исходом болезни может вернуться к трудовой деятельности, но чаще к другой, более простой и менее ответственной, требующей меньшего напряжения.

В ряде случаев дефект оказывается настолько выраженным, что больной может выполнять только ограниченный круг домашних обязанностей или работать в специальных трудовых мастерских под наблюдением медицинского персонала.

Болезнь может протекать хронически, прогрессирующе, и в этих случаях больные вынуждены длительное время находиться в психиатрических учреждениях.

Смерть редко бывает связана с психическим заболеванием, чаще ее причиной являются сопутствующие состояния: сердечно-сосудистые расстройства, онкологические заболевания, несчастные случаи и др. Опасными для жизни больного могут быть эпилептический статус, кататоническое возбуждение, фебрильная или гипертоксическая шизофрения,

нервная ано-рекция, депрессивные состояния из-за опасности самоубийства. Больные, находящиеся в этих опасных для жизни состояниях, нуждаются в неотложной госпитализации.

Значение биологических и социальных факторов в формировании и развитии психических расстройств

В возникновении психических заболеваний играют роль как социальные, так и биологические факторы, которые тесно взаимосвязаны и оказывают постоянно меняющееся влияние на динамику психических заболеваний. Для примера: при психогенных заболеваниях стартовым механизмом в возникновении расстройств являются социальные факторы: всевозможные конфликты, потеря близких, судебное преследование. Однако при длительном существовании психогенного заболевания происходят изменения в обмене веществ, появляется инертность психических процессов, которые следует рассматривать как биологические изменения в организме, оказывающие влияние на человека и приводящие к затяжному течению психогенного заболевания.

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 статусов 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. Социальные факторы играют решающую роль до тех пор, пока не произойдут такие нарушения обменных процессов, которые в дальнейшем 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 пьян-

ство 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 удастся добиться успеха.

Неправильное воспитание, особенно при акцентуациях характера, обычно приводит к возникновению патохарактеро-логических реакций и формированию психопатий. Выделяют несколько наиболее типичных вариантов неправильно-го 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 самим себе.

Возрастные периоды и возрастные кризы в формировании и течении психических заболеваний

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 значимыми являются следующие возрастные кризы: парапубертатный, препубертатный, пубертатный и климактерический.

Парапубертатный возрастной криз приходится на возраст от 2-х до 3,5 лет. Этот возраст характеризуется формированием фразовой речи, ребенок начинает пользоваться местоимением «я». Это объясняется тем, что происходит формирование самосознания, ребенок начинает выделять себя из окружающих явлений и предметов (аллопсихическое самосознание). Сравнительно быстрое формирование новых психических функций и физическое развитие предъявляют высокие требования ко всему организму, что 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 соматопсихического самосознания. Недостаточная школьная адаптация, чрезмерные требования, предъявляемые к ребенку в этот период, могут привести к возникновению невротических реакций и протестным реакциям с отказом от посещения школы.

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

ренной 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 приближаю-

щейся старости, утрате привлекательности.

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

ЧАСТЬ II

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ

РАССТРОЙСТВА

РАЗДЕЛ 1

РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ

Общие понятия о чувственном процессе

Ощущение – вид психической деятельности, при котором в результате воздействия предметов и явлений окружающего мира на органы чувств отражаются лишь отдельные свойства данных предметов и явлений. Может восприниматься только запах, цвет или консистенция предмета, а также отдельные звуки или группы звуков какого-то явления. Ощущение является самым элементарным составляющим познавательного процесса.

Под восприятием понимают целостное отражение тех или иных явлений либо предметов окружающего мира, непосредственно воздействующих на органы чувств. Для примера: человек воспринимает апельсин в целом, чувствует запах, тонкость его аромата, видит его цвет. Одним из главных качеств восприятия является представление, которое позво-

ляет удерживать информацию на непосредственном уровне.

Представление является результатом оживления воспринимаемых ранее, в прошлом, каких-либо образов или явлений. Данная функция психики отличается от восприятия рядом особенностей. Они включают в себя:

- 1) более обобщенный характер;
- 2) не столь четко, по сравнению с восприятием, характеризуются определенной фрагментарностью и непостоянством;
- 3) у различных людей имеют неодинаковую степень яркости;
- 4) обладают способностью к исчезновению, а также свойствами субъективности и индивидуальности.

Представления сами по себе не обеспечивают человеку сохранение знаний, так как являются только лишь способностью произвольно оживлять образы ранее воспринятых явлений и предметов. Сохранение знаний является одной из главнейших функций памяти.

В процессе познавательной деятельности представления не могут быть изолированными, так как они группируются и ассоциируются.

Ассоциация в переводе с латинского *assodatio* означает «соединение». Представляет собой связь представлений, основанную на предшествующем опыте, в результате того, что одно представление, возникнув в сознании, вызывает по каким-то признакам (сходство, близость, противоречи-

вость) другое. Как уже было отмечено, ощущения, восприятия и представления являются частью чувственного познания, также одним из видов ощущения является боль.

Расстройства чувственного познания

Расстройства, относящиеся к нарушениям чувственного познания, называются сенестопатиями, в переводе с латинского языка *sensus* – «чувство, ощущение», а с греческого *pathos* – «болезнь». Сенестопатии являются патологическими ощущениями в виде возникающего в различных частях тела или внутренних органах неприятного, а иногда очень тягостного, мучительного чувства покалывания, давления, скручивания, жжения, стягивания, не связанного с какой-либо соматической патологией.

Под адгезией понимают расстройство чувства боли, при наличии данного симптома обязательно следует исключить какую-либо неврологическую патологию.

Анестезия характеризуется потерей чувствительности, исчезновением ощущений, что может затрагивать как отдельные экстерорецепторы, с появлением утраты тактильной чувствительности, чаще всего на отдельных участках тела, утраты зрения или слуха с одной или обеих сторон, так и несколько сразу: выпадение слуха и зрения одновременно. При вышеуказанной патологии, имеющей чаще всего истерическую природу, необходимо тщательное объективное обследование, в первую очередь, неврологическое (при кожной

анестезии), так как участки потери ощущений не соответствуют зонам иннервации, а также другие специальные методы обследования.

Гипестезия сводится к понижению чувствительности на внешние раздражители. Звуки воспринимаются приглушенно: свет кажется тусклым, краски – какими-то блеклыми, стертыми.

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

Под синестезией понимают 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 цвет, «е» – в белый, «о» – в голубой.

Синестезии трактуются не обязательно как патологические изменения, они могут встречаться и в норме – у ода-

ренных музыкантов, поэтов, художников. Они могут возникать как временная патология при действии психотомиметических средств.

Иллюзии

Под иллюзиями понимают расстройства восприятия, в результате которых реальные явления или предметы воспринимаются человеком в измененном 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.

Согласно Ясперсу, выделяют также иллюзии невнимания, когда здоровый человек при отвлечении внимания на что-то очень важное может воспринять ошибочно.

Иллюзии, связанные с нарушением психической деятельности, чаще всего подразделяются на аффективные, или аффектогенные, вербальные и парейдолические.

Аффективные иллюзии развиваются под воздействием сильного чувства аффекта, такого, 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.

Вербальные иллюзии выражаются в неправильном вос-

приятии смысла слов окружающих, когда вместо нейтрального для большого разговора окружающих он слышит (также бывает на фоне сильного чувства страха) угрозы, ругательства, обвинения.

Парейдолические иллюзии характеризуются такими расстройствами восприятия, когда действительно существующие образы воспринимаются в измененном виде, 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 пейзаж.

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.

Галлюцинации

Галлюцинации – это расстройства восприятия, при которых человек вследствие нарушений психической деятельности видит, слышит то, что в реальной действительности не существует.

К галлюцинациям не следует относить миражи – явления, основанные на законах физики. Подобно иллюзиям, гал-

галлюцинации подразделяются по органам чувств. Среди галлюцинаций выделяют слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные, а также 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 («черт», помахивая хвостом, садится на реальный стул), чаще всего не вызывают у больных никаких сомнений в их действительном существовании. Истинные галлюцинации иногда воспринимаются больными даже более ярко и отчетливо, чем действительно существующие предметы и явления.

Псевдогаллюцинации чаще, чем истинные, характеризуются следующими особенностями:

- 1) 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);

- 2) 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;

3) появление псевдогаллюцинаций, не вызывая у больного каких-либо сомнений в их реальности, всегда сопровождается чувством сделанности, подстроенности, наведенности 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».

Слуховые галлюцинации выражаются в патологическом восприятии больным каких-то слов, речей, разговоров (фонемы), а также отдельных звуков или шумов (акоазмы). 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 опасными для больных считают императивные галлюцинации, содержание которых несет повелительный характер, например, больной слышит приказание молчать, ударить или убить кого-то, нанести себе повреждение. Ввиду того, что подобные «приказы» являются следствием пато-

логии 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. Также очень неприятны для больного угрожающие галлюцинации, так как он слышит угрозы в свой адрес, реже – в адрес близких ему людей.

Также к слуховым галлюцинациям относят комментирующие, при которых больной «слышит речи» обо всем, о чем бы он ни подумал или что бы ни сделал.

Антагонистические (контрастирующие) галлюцинации выражаются в том, что больной слышит две группы «голосов» или два «голоса» (иногда один справа, а другой слева) с противоречивым смыслом.

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 (зоопсии), предметы или иногда части тела человека. Подчас это могут быть целые сцены, панорамы, например, поле боя, ад со множеством бегающих, кривляющихся, дерущихся чертей. «Видения» могут быть обычных размеров, в виде очень мелких людей, животных, предметов (лилипутские галлюцинации) или в виде очень больших, даже гигантских (гулливерские 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, яда), реже – совсем не знакомый 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».

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

Висцеральные галлюцинации проявляются чувствами присутствия в собственном теле каких-то посторонних предметов, животных, червей.

Под термином гипнагогические галлюцинации понимают зрительные обманы восприятия, развивающиеся вечером перед засыпанием, при закрытых глазах, что делает их более родственными псевдогаллюцинациям, чем истинным галлюцинациям (нет связи с реальной обстановкой). Эти галлюцинации могут быть единичными, множественными, сце-

нопо-добными, иногда калейдоскопическими. Больной видит гримасничающих, показывающих ему язык, подмигивающих, чудовищ, причудливые растения. Значительно реже 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 начинала литься вода, слышала слова: «Иди домой, Наденька». При закручивании крана исчезали и слуховые галлюцинации. Также могут возникать зрительные, тактильные и другие галлюцинации. От истинных галлюцинаций функциональные галлюцинации отличаются наличием реального раздражителя, хотя и имеют совершенно иное содержание, а от иллюзий – тем, что воспринимаются параллельно с реальным раздражителем.

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 извест-

ной 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 Рейхардта) заключается в том, что больному предлагается 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?», «Что вам сообщает по телефону этот голос?».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.