

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	7
Предисловие	8
Введение	10
Глава 1. Основы психиатрической диагностики.	25
1.1. Методы обследования больного в психиатрии.	25
1.1.1. Клинический метод.	25
1.1.2. Технические и лабораторные методы	33
1.1.3. Психологические методы	35
1.2. Общая характеристика психических расстройств	38
Глава 2. Основные симптомы и синдромы психических расстройств.	48
2.1. Расстройства восприятия и ощущений	48
2.1.1. Расстройства ощущений.	49
2.1.2. Иллюзии и галлюцинации	50
2.1.3. Психосенсорные расстройства. Дерезализация и деперсонализация.	55
2.1.4. Галлюциноз	56
2.2. Нарушения мышления, памяти и интеллекта	57
2.2.1. Расстройства ассоциативного процесса.	58
2.2.2. Бред и бредовые синдромы.	63
2.2.3. Сверхценные идеи и навязчивости	69
2.2.4. Нарушения памяти (мнестические расстройства)	71
2.2.5. Нарушения интеллекта	74
2.3. Расстройства эмоционально-волевой и двигательной сферы	81
2.3.1. Расстройства воли и влечений.	83
2.3.2. Аффективные расстройства	87
2.3.3. Двигательные расстройства	96
2.4. Расстройства сознания и пароксизмальные состояния	102
2.4.1. Синдромы выключения сознания	103
2.4.2. Синдромы помрачения сознания.	104
2.4.3. Пароксизмальные состояния.	111

Глава 3. Лечение психических расстройств, профилактика и реабилитация.....	121
3.1. Методы нелекарственного общебиологического воздействия.....	122
3.2. Психофармакотерапия.....	126
3.2.1. Эффективность и безопасность психофармакотерапии.....	127
3.2.2. Нейролептики.....	140
3.2.3. Антидепрессанты.....	144
3.2.4. Транквилизаторы.....	147
3.2.5. Ноотропы и психостимуляторы.....	149
3.2.6. Средства, стабилизирующие настроение.....	150
3.2.7. Противосудорожные средства.....	151
3.3. Психотерапия.....	153
3.4. Профилактика и реабилитация.....	159
Глава 4. Классификация психических расстройств.....	166
4.1. Принципы построения нозологической классификации.....	167
4.2. Основные положения Международной классификации болезней.....	171
Глава 5. Эндогенные психические заболевания.....	175
5.1. Шизофрения и другие бредовые психозы.....	176
5.1.1. Основные критерии диагностики шизофрении. Типичные клинические проявления.....	176
5.1.2. Синдромальные формы шизофрении.....	182
5.1.3. Течение и прогноз при шизофрении.....	189
5.1.4. Другие бредовые психозы.....	192
5.1.5. Лечение и реабилитация.....	193
5.2. Маниакально-депрессивный психоз и другие аффективные расстройства.....	197
5.2.1. Определение маниакально-депрессивного психоза, основные критерии диагностики, типичные клинические проявления.....	199
5.2.2. Варианты течения и прогноз.....	203
5.2.3. Другие аффективные расстройства.....	206
5.2.4. Лечение и профилактика.....	208
Глава 6. Органические психические расстройства.....	214
6.1. Общие вопросы органической патологии.....	214
6.2. Основные нозологические формы.....	217

6.2.1. Атрофические заболевания головного мозга.	217
6.2.2. Травмы головного мозга.	221
6.2.3. Внутрочерепные опухоли.	225
6.2.4. Психические расстройства вследствие соматических заболеваний.	227
6.2.5. Эпилепсия.	237
6.3. Лечение органических психических расстройств.	245
Глава 7. Обусловленные стрессом, невротические и другие пограничные расстройства.	254
7.1. Основные положения диагностики и классификации.	254
7.2. Реактивные состояния.	261
7.3. Неврозы.	266
7.4. Расстройства личности (психопатии).	277
7.4.1. Основные принципы диагностики и классификации психопатий.	278
7.4.2. Клинические варианты психопатий.	280
7.4.3. Расстройства, сходные с психопатиями.	291
7.4.4. Помощь пациентам с патологией личности.	293
7.5. Психосоматические и соматоформные расстройства.	294
Глава 8. Расстройства вследствие злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами.	307
8.1. Общие вопросы злоупотребления психоактивными веществами.	307
8.2. Расстройства, вызванные злоупотреблением алкоголем.	310
8.2.1. Алкогольное опьянение [F10.0].	310
8.2.2. Алкоголизм.	313
8.2.3. Алкогольные психозы.	318
8.2.4. Лечение.	324
8.3. Другие психоактивные вещества, вызывающие зависимость.	328
8.3.1. Опиоиды [F11].	330
8.3.2. Кокаин и другие психостимуляторы.	335
8.3.3. Препараты конопли [F12] и галлюциногены [F16].	337
8.3.4. Снотворные и седативные средства [F13].	338
8.3.5. Другие вещества, не включенные в список наркотиков.	339
8.3.6. Лечение.	340

Глава 9. Ургентные состояния в психиатрии	346
9.1. Психомоторное возбуждение и агрессивное поведение ...	347
9.2. Суицидальное поведение.....	350
9.3. Отказ от еды	353
9.4. Тяжело протекающий делирий.....	355
9.5. Эпилептический статус	358
9.6. Фебрильная шизофрения	359
9.7. Острые осложнения психофармакотерапии	360
9.8. Отравление психотропными средствами.....	363
Приложения	370
Приложение 1. Шкала для оценки расстройств поведения (PBRS)	370
Приложение 2. Классификация психических и поведенческих расстройств (сокращенный список рубрик главы V МКБ-10).....	374
Приложение 3. Основные лекарственные средства, применяемые в психиатрии	378
Эталоны ответов к заданиям для самоконтроля.....	389
Литература.....	396
Предметный указатель.....	398

ГЛАВА 1

ОСНОВЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

1.1. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В ПСИХИАТРИИ

В XX в. развитие науки привело к созданию множества новейших лабораторных и технических средств изучения состояния здоровья человека — биохимических, рентгенологических, электрофизиологических и др. Однако психиатр изучает скорее не материальные изменения в работе мозга, а сферу идеального, душевного (чувства, мысли, переживания, мотивы поведения), поэтому технические средства играют в психиатрии лишь вспомогательную роль. Как ранее, так и в настоящее время основное значение в диагностике психических заболеваний имеет клинический (описательный) метод.

1.1.1. Клинический метод

Суть **клинического метода** заключается в выявлении путем опроса и наблюдения любых психических феноменов, имеющих отношение к возникновению, условиям течения и развития, а также проявлениям психического заболевания.

Клинический метод используется в форме целенаправленной беседы с пациентом и его близкими, в процессе которой исследователь пытается выяснить суть имеющегося психического неблагополучия в настоящее время (*психический статус*), личностные особенности пациента, жизненные события, предшествовавшие болезни, характер ее течения

(анамнез). В процессе беседы врач наблюдает за мимикой, интонацией, реакциями больного, что также является важной диагностической информацией. Для неспециалиста этот метод кажется ненадежным, поскольку он во многом основан на субъективном отношении к пациенту и личном опыте врача. Однако квалифицированный профессионал видит состояние больного во всей его полноте, описывает феномены, анализирует их, сравнивает с типичными, представленными в литературе, и наблюдаемыми на практике расстройствами и делает обоснованный вывод. Вывод становится еще более основательным, если диагноз ставит группа квалифицированных специалистов (консилиум).

Опрос больного и его родственников, как правило, проводят отдельно. Нередко беседу начинают, сразу выясняя цель обращения за помощью, но порой бывает уместнее сначала задать несколько вопросов ознакомительного характера о возрасте, профессии, семье больного. Часто, уже излагая жалобы, больной может сообщить о важнейших симптомах заболевания, но при грубом расстройстве критики он может решительно отрицать наличие болезни, настаивать на том, что совершенно здоров. Бывает, наоборот, пациент настолько увлечен своими болезненными идеями, что не может говорить ни о чем другом, возвращается вновь к интересующей его теме, несмотря на попытку собеседника перевести разговор в нужное русло. Специалист, владеющий клиническим методом, умеет управлять беседой, следит за тем, чтобы инициатива в разговоре не перешла к пациенту.

Цели опроса больного — определить:

- отношение пациента к своей болезни (наличие критики) и цели его обращения за помощью;
- мнение больного относительно причин и природы болезни;
- наличие психопатологических симптомов и синдромов;
- индивидуальные личностные особенности пациента;
- особенности течения болезни с момента возникновения до настоящего времени;
- отношение пациента к проводимому лечению, наличие побочных эффектов и осложнений.

Для успешного применения клинического метода важно вызвать расположение к себе, попытаться снять напряжение пациента спокойной доверительной речью, с самого начала беседы уважительно обращаться к нему, называя по имени и отчеству. В последующих беседах обращение к больному по его просьбе может стать менее формальным, но необходимо постоянно сохранять определенную дистанцию, не допу-

ская фамильярности. Всегда полезнее выслушать мнение больного, чем спорить с ним, указывать на противоречие в его высказываниях. Важно не допускать негативного оттенка любого задаваемого вопроса. Например, вопрос: «Вы злопамятны?» лучше заменить более мягким: «Насколько Вы чувствительны к обиде и несправедливости?» Нередко многословный больной вдруг замолкает после очередного вопроса, что может указывать на особую эмоциональную значимость затронутой темы. Если больной уклоняется от дальнейшего обсуждения этой темы, не следует настаивать, но данный вопрос нужно обязательно запомнить, чтобы по возможности обсудить его в дальнейших беседах, когда удастся достичь большего доверия между медицинским работником и больным.

Если больной не проявляет инициативы в беседе, всегда возникает соблазн «подтолкнуть» его, подсказать ответ. Такие «подсказки» — серьезный недостаток в беседе с больным. Если мы хотим получить достоверную информацию, то должны следить, чтобы в вопросах не было никаких намеков на предполагаемый ответ. Равнодушный апатичный больной может давать утвердительный ответ на любой вопрос, который ему задают, а пациент с симуляцией по упомянутым в вопросах симптомам может понять, как ему следует отвечать, чтобы выглядеть психически больным. Нужно добиваться, чтобы больной рассказывал об имеющихся расстройствах собственными словами. Иногда сам набор используемых им слов настолько характерен, что выражения больного записывают в журнал наблюдения и в историю болезни дословно. Никогда не следует пытаться догадаться, что имеет в виду больной, если он не может дать связный ответ. Интуиция в данном случае бывает вредна, так как человек, высказывающий догадки, скорее всего стремится приписать больному свои собственные мысли и логику.

Хотя беседа с больным производит впечатление свободного неформального разговора, важно не забывать о ее цели. Целью первой беседы с пациентом может быть выяснение сути существующей проблемы, отношения пациента к болезни, выявление всех имеющихся расстройств, возможно, определение причин заболевания. В дальнейших беседах возникает необходимость проследить изменения в состоянии больного в процессе лечения, выявить побочные эффекты и осложнения, понять, удовлетворен ли больной проводимым лечением, намерен ли он в дальнейшем сотрудничать с медицинскими работниками.

Для точной характеристики психического статуса необходимо определить сохранность сознания больного (ориентировка, способность к контакту), жалобы, выявить наличие расстройств восприятия, мышления, памяти, интеллекта, эмоций, поведения, выяснить планы больного на будущее.

Целью беседы может быть сбор анамнестических сведений. В общей медицине анамнез разделяют на анамнез жизни (*anamnesis vitae*) и анамнез заболевания (*anamnesis morbi*). Однако в случае психических расстройств события жизни настолько тесно переплетены с патологическими проявлениями (например, при психопатиях и малопрогрессирующей шизофрении), что практически невозможно разделить анамнезы жизни и заболевания, поэтому эти две части описывают в виде единой последовательной истории. Особое внимание при сборе анамнеза уделяют установлению времени начала заболевания, событиям, предшествующим болезни, характеру ее течения, преморбидным (т.е. отмечаемым до заболевания) особенностям личности пациента и ее изменениям в процессе болезни.

Нередко анамнез разделяют на субъективный (записанный со слов больного) и объективный (составленный со слов родственников и близких). При этом следует учитывать, что и субъективный, и объективный анамнез может содержать недостоверные сведения. Так, больной с бредом способен неверно трактовать события далекого прошлого, в результате складывается впечатление, что заболевание началось намного раньше, чем в действительности. Больной может активно скрывать дискредитирующие его данные или просто плохо помнить реальную последовательность событий, происходивших во время расстройства сознания или после того, как у него расстроилась память. Родственники больного также могут необъективно оценивать жизнь больного. Поскольку развитие заболевания происходит часто очень медленно, они могут неправильно называть время начала заболевания, связывая его с периодом последнего обострения, не учитывая прошлые периоды дезадаптации. Именно поэтому полезнее всего сопоставить субъективный и объективный анамнез, чтобы выявить противоречия между ними и установить реальную последовательность событий.

Цель опроса родственников и близких больного — установить:

- точное время начала заболевания и предшествующие ему события;
- расхождения в изложении сути болезни, сделанном больным и его родными;
- симптомы, которые больной скрывает от медицинских работников;
- социально-психологические проблемы, предшествовавшие болезни или вызванные ею;
- отношение семьи к болезни пациента, наличие у них желания сотрудничать с медицинскими работниками.

Наблюдение за больным проводится с целью объективной оценки его состояния путем описания мимики, жестикуляции, интонации, поступков и реакций. Следует обращать внимание на внешность пациента, его одежду и украшения, которые могут свидетельствовать о стремлении к общению, желании обратить на себя внимание, сигнализировать об интересах и склонностях. Особенно важно отмечать расхождение между смыслом высказываний человека и внешним выражением эмоций. Так, если больной утверждает, что любит родителей, но говорит об этом монотонно и неэмоционально, то, вероятнее всего, в действительности он не испытывает к ним теплых чувств. То же самое можно сказать, анализируя сферу воли и влечений. Часто больной заявляет о наличии у него каких-либо целей и желаний, а проводит время в полном безделье. В этом случае именно наблюдение позволяет утверждать, что больной стал ленив и потерял имевшиеся у него прежде интересы.

Цель наблюдения за больным — установить:

- эмоциональное состояние пациента, особенности его темперамента, выраженность воли и влечений;
- темы и вопросы, вызывающие наиболее яркий эмоциональный отклик у больного;
- степень его адаптации, способность к самообслуживанию;
- расхождения между утверждениями больного и его реальным поведением;
- типичные для него поступки, степень активности, способность полноценно взаимодействовать с обществом и удерживать себя от опасных и асоциальных действий.

Свои наблюдения в медицинской документации следует описывать, не обозначая их медицинскими терминами, предоставляя читателю возможность при необходимости самостоятельно сформулировать заключение о сути наблюдаемых расстройств. Такой подход — одно из важнейших требований клинического метода и единственно возможный способ повысить его объективность. Таким образом можно сопоставить впечатления о больном, полученные разными специалистами в разные периоды болезни.

В последние годы пытаются повысить объективность клинического метода с помощью **стандартизированных опросников и глоссариев** (регламентированных списков симптомов и синдромов). В опросниках точно указано, в какой форме должен быть задан вопрос больному и как следует оценивать его ответ. В глоссариях рядом с названием синдрома и симптома дается его описание и перечисляются обязатель-

ные критерии диагностики. Современную Международную классификацию болезней МКБ-10 (ICD-10) также можно рассматривать как подробный глоссарий расстройств (см. раздел 4.2). На практике чаще применяют упрощенные методики, так как использование подробных опросников требует слишком много времени. Созданы как методики, предназначенные для заполнения врачом (например, PANSS — от англ. Positive and Negative Syndrom Scale, Шкала позитивных и негативных синдромов, BPRS — от англ. Brief Psychiatric Rating Scale, Краткая оценочная психиатрическая шкала), так и специально составленные для среднего медицинского персонала (NOSIE — от англ. Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation, Шкала медсестринского наблюдения стационарных больных). В приложении 1 приведена Шкала для оценки расстройств поведения (PBRs, от англ. Problem Behaviour Rating Scale). Для специалистов по реабилитации и социальных работников большое значение имеет оценка общего уровня адаптации, что можно сделать по шкале GAFS (от англ. Global Assessment of Functioning Scale, Шкала общей оценки функционирования). Хотя структурированные шкалы и опросники незаменимы при проведении научных исследований, в практической психиатрии они малоприменимы, так как дают лишь самую упрощенную характеристику состояния. В работе среднего медицинского персонала в России данные методики в настоящее время пока не используются.

Клинический метод предполагает и подробное **исследование соматического и неврологического статуса**, так как психические заболевания проявляются не только изменением душевного состояния, но и телесными ощущениями, а также нарушениями в работе внутренних органов и систем организма. Соматические симптомы, а также двигательные нарушения могут быть проявлениями побочного действия лекарств. При их возникновении требуются детальный анализ физического состояния больного и соответствующее лечение. Телесный осмотр может дать важную информацию и для диагностики собственно психического расстройства. В психиатрии широко используют понятие психофизиологической конституции, которое подразумевает неразрывное единство соматических и психических свойств человека, включая его телосложение (табл. 1.1). Теория психофизиологической конституции была подробно разработана немецким психиатром Э. Кречмером и американским исследователем У. Шелдоном. Согласно этой теории, астенический и диспластический типы телосложения имеют родство с шизофренией, гиперстенический (пикнический) — с манией и депрессией, атлетический — с эпилепсией. В настоящее время тип конституции связывают скорее не с болезнями, а со специфическими чертами личности.