

**Российский Государственный Медицинский Университет  
Кафедра психиатрии и медицинской психологии**

**Б.А. ВОСКРЕСЕНСКИЙ**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ  
ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНУ ПО ПСИХИАТРИИ  
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**Москва, 2006**

Настоящее пособие призвано облегчить студентам подготовку к экзамену по психиатрии и медицинской психологии, проводимому по обновленным билетам.

Пояснения даются лишь в необходимых, по мнению составителя, случаях. Это новые по формулировкам (а иногда и по содержанию, что отражает современное состояние науки) вопросы, а так же темы, выявляющие массовые и типичные ошибки при ответах на экзамене. В отдельных случаях обращено внимание на разночтения в интерпретации тех или иных психопатологических расстройств.

Формулировки экзаменационных вопросов в разделе КОММЕНТАРИИ даются в более краткой, более обобщенной форме, чем в основном перечне, открывающем настоящее пособие.

Предлагаемый материал ни в коей мере не может служить ни учебником, ни конспектом, ни шпаргалкой, потому что он предполагает, что за время прохождения цикла все основополагающие понятия были усвоены или, по крайней мере, осмыслены.

«...рассчитывать нужно на лучших студентов, интересующихся предметом ради него самого, - даже если такие студенты составляют меньшинство». К. Ясперс.

Цифры в скобках указывают учебники, рекомендованные кафедрой:

1. М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. Психиатрия . М. 2002
2. Н.Д. Лакосина, И.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. Клиническая психология. М. 2003
3. Б.А. Воскресенский. Общая психопатология. 2МОЛГМИ им. Пирогова. М. 1990

## Экзаменационные вопросы по курсу психиатрии и медицинской психологии для студентов лечебного факультета

### I. Общая психопатология.

1. Расстройства сферы ощущений и психосенсорного синтеза. Разграничение сенестопатий, парестезий и патологической соматической интерорецепции.
2. Психосенсорные расстройства. Расстройства схемы тела. Клиника. Диагностическое значение.
3. Иллюзии и галлюцинации. Понятия, клиника, диагностическое значение.
4. Разграничение иллюзий, галлюцинаций, псевдогаллюцинаций. Диагностическое значение этих форм расстройства восприятия.
5. Разграничение истинных галлюцинаций и псевдогаллюцинаций.
6. Формальные расстройства мышления. Клинические варианты, диагностическое значение.
7. Разграничение и диагностическое значение навязчивостей, сверхценных идей и бреда.
8. Навязчивые состояния (обсессии). Клиника. Диагностическое значение.
9. Сверхценные идеи. Понятие, клиника, диагностическое значение.
10. Бредовые идеи. Понятие, классификация (по содержанию, механизмам возникновения, синдромальной структуре). Клиническое значение этих систематик.
11. Бред. Понятие, основные механизмы бредообразования. Бредовые синдромы.
12. Паранойяльный синдром. Клиника, диагностическое значение.
13. Синдром психического автоматизма. Виды автоматизмов. Диагностическое значение.
14. Парафренный синдром. Клиника. Диагностическое значение.
15. Ипохондрические расстройства. Понятие, синдромальные варианты. Диагностическое значение.
16. Синдром дисморфофобии-дисморфомании. Клиника, диагностическое значение, подходы к терапии.
17. Расстройства интеллекта, клиника, и диагностическое значение.
18. Симптомы и синдромы расстройств памяти. Клиника, диагностическое значение.
19. Синдром Корсакова
20. Разграничение приобретенного и врожденного слабоумия, этиологические факторы, клинические варианты.
21. Психоорганический синдром. Клиника, динамика, диагностическое значение.
22. Симптомы эмоциональных нарушений. Варианты, клиника, диагностическое значение.
23. Депрессивный синдром. Клиника, варианты, диагностическое значение.
24. Депрессивный синдром. Показатели тяжести депрессий.
25. Депрессивный синдром. Разграничение эндогенной и психогенной депрессий. Подходы к лечению.
26. Депрессивный синдром. Показатели суицидоопасности.
27. Маскированная депрессия. Понятие, клиника, диагностическое значение, терапия.
28. Маниакальный синдром. Клиника, варианты, диагностическое значение.
29. Расстройства воли, влечения, внимания. Клинико-диагностическое значение.
30. Симптомы и синдромы расстройств влечений.
31. Нервная анорексия, нервная булимия. Понятие, клиника, течение, лечение.
32. Психосексуальные расстройства. Понятие, клинические проявления, диагностические оценки, лечение.
33. Психомоторные (двигательные) расстройства. Клинические варианты, диагностическое значение.
34. Кататонический синдром. Клиника, диагностическое значение.
35. Понятие сознания в психиатрии. Синдромы снижения уровня сознания. Клиника, варианты, диагностическое значение.

36. Синдромы помрачения сознания. Критерии Ясперса, клинические варианты.
37. Делирий. Клиника. Диагностическое значение.
38. Онейроид. Клиника, диагностическое значение.
39. Сумеречные состояния сознания. Клиника. Диагностическое значение.
40. Нарушения самосознания. Клинические варианты, диагностическое значение.
41. Астенический синдром. Клинико-нозологические особенности, подходы к терапии.
42. Астенический синдром. Клиника. Разграничение соматогенной и психогенной астении.
43. Соматогенная астения. Понятие, клиника, динамика, лечение.
44. Учение об экзогенном типе реакций (Бонгеффер), этиологические факторы, клинические формы, динамика.
45. Уровни психических нарушений (психотический, невротический). Расстройства продуктивные и негативные. Клиническое значение этих понятий.
46. Психические расстройства (синдромы), при которых встречается отказ от еды. Меры борьбы с ним.
47. Эпилептическая реакция, эпилептический синдром, эпилептическая болезнь. Понятия, диагностическое и прогностическое значение, подходы к терапии.

## **II. Частная психиатрия.**

1. Шизофрения – понятие, соотношение негативной и продуктивной симптоматики в клинике и динамике болезни.
2. Классификация шизофрении по типам течения. Клиническое значение.
3. Малопрогрессирующая шизофрения. Клиника. Дифференциальная диагностика с психогениями и психопатиями. Лечение.
4. Злокачественная шизофрения. Клиника, варианты. Лечение.
5. Приступообразная шизофрения. Понятие, клинические формы. Лечение.
6. Маниакально-депрессивный психоз. Циклотимия. Клиника и течение, принципы терапии.
7. Заболевания, связанные со стрессом (психогении). Понятие, диагностические критерии Ясперса, основные клинические группы.
8. Реактивные психозы. Понятие, клинические варианты, течение, лечение.
9. Неврозы. Понятие. Клинические варианты, течение. Принципы лечения.
10. Невроз навязчивых состояний. Клиника и диагностика. Положение в МКБ-10. Лечение.
11. Депрессивный невроз, невропатическая депрессия, дистимия – клиника, лечение.
12. Истерический невроз. Клиника. Лечение. Место в МКБ-10
13. Истерические расстройства. Понятия конверсионных и соматоформных нарушений. Клиника, диагностическое значение.
14. Посттравматическое стрессовое расстройство. Понятие, клиника, лечение.
15. Паническое расстройство. Понятие, клиника, лечение.
16. Психосоматические заболевания. Понятие, основные клинические формы, подходы к терапии.
17. Разграничение гармоничных, акцентуированных и психопатических личностей. Понятие преморбиды, его значение для клиники.
18. Расстройства личности (психопатии). Понятие.
19. Клинические варианты расстройств личности.
20. Дифференциальная диагностика психопатий и психопатоподобных состояний эндогенной и сомато-органической природы.
21. Алкоголизм. Понятие. Стадии и клиника алкоголизма. Возрастные и половые особенности. Понятие симптоматического алкоголизма.
22. Алкогольные психозы. Клиника, лечение.

23. Алкогольный делирий, предвестники, соматические и психические проявления, методы лечения.
24. Алкогольный делирий у соматически больных. Профилактика и лечение.
25. Алкогольные психозы. Клиника алкогольного галлюциноза.
26. Понятие зависимости от психоактивных веществ. Клинические группы заболеваний, связанных с зависимостью. Факторы риска.
27. Наркомании. Понятие, классификация, принципы терапии, профилактика.
28. Опиоидная наркомания. Клиника, лечение.
29. Токсикомании. Варианты, клиника, лечение и профилактика
30. Зависимость от снотворных и седативных средств. Клиника, лечение, профилактика.
31. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах и нейроинфекциях. Клиника, динамика, лечение.
32. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга. Клиника, лечение.
33. Острые и хронические интоксикационные психические расстройства. Клиника, лечение.
34. Психические нарушения при опухолях головного мозга. Клиника, диагностическое значение.
35. Психические нарушения при общих инфекциях (острых и хронических). Клиника, динамика, принципы лечения.
36. Психозы при острых общих инфекциях.
37. Психические расстройства при хронических соматических неинфекционных заболеваниях.
38. Психические нарушения при СПИДе (ВИЧ инфекции). Клиника, течение, лечение.
39. Психические расстройства при сифилисе мозга и прогрессивном параличе. Клиника, течение, лечение.
40. Психические расстройства, связанные с беременностью и родами. Послеоперационные психозы. Клиника, диагностика, принципы лечения.
41. Психические расстройства при эпилептической болезни (пароксизмальные нарушения, острые, хронические и затяжные психозы). Изменения интеллекта и личности. Лечение.
42. Серийные припадки и эпилептический статус. Понятие, прогностическое значение, лечение. Помощь при однократном судорожном припадке.
43. Эпилептические припадки, клинические варианты. Отграничение от истерических припадков.
44. Задержки психического развития. Олигофрении. Психический инфантилизм. Значение биологических и ситуационных факторов в их формировании. Лечение, реабилитация, профилактика.
45. Функциональные нервно-психические расстройства позднего возраста. Систематика, клиника, терапия.
46. Сенильные и пресенильные деменции. Клиника, течение, лечение.
47. Органические - атрофические психозы позднего возраста. Болезнь Альцгеймера.
48. Соматизированные и соматоформные расстройства. Понятие, клинические формы, подходы к терапии.
49. Возрастные кризисы, их значение для клиники психических расстройств. Возрастная предпочтительность психических расстройств.

### **III. Медицинская психология; лечение психических расстройств; организация психиатрической помощи.**

1. Психиатрия и клиническая (медицинская) психология. Предмет, общее и различное в каждой из дисциплин.

2. Этапы онтогенеза психики. Дизонтогенез. Клиническое значение этих понятий.
3. Внутренняя картина болезни, реакция личности на болезнь. Нозогении. Содержание понятий, клиническое значение, пути коррекции.
4. Внутренняя картина болезни. Реакция личности на болезнь. Понятие. Значение для врача общей практики.
5. Варианты реакций личности на болезнь. Методы коррекции.
6. Взаимоотношения врач-больной как клинический фактор. Пути оптимизации этих отношений.
7. Медицинская деонтология, врачебная этика. Понятие, значение для клиники.
8. Иатрогении. Нозогении. Понятие. Лечение, профилактика.
9. Психотерапия. Понятие. Методы. Показания и противопоказания.
10. Психотерапия в клинике внутренних болезней.
11. Индивидуальная и групповая психотерапия. Понятие, основные методы, показания.
12. Когнитивная психотерапия. Понятие, основные показания.
13. Суггестивная психотерапия, понятие, основные варианты, показания.
14. Поведенческая психотерапия. Понятие, методы, показания.
15. Психоанализ как психологическая и медицинская теория. Достоинства и недостатки.
16. Биологическая терапия психических расстройств. Понятие, основные методы, область применения.
17. Психофармакотерапия. Классификация психотропных средств. Понятия купирующей, поддерживающей и профилактической терапии.
18. Нейролептики (антипсихотики). Общая характеристика. Клинические группы. Побочные действия.
19. Антидепрессанты, общая характеристика. Клинические группы. Побочные действия. Применение в общемедицинской практике.
20. Транквилизаторы. Общая характеристика. Клинические группы. Побочные действия.
21. Побочное действие нейролептиков (антипсихотиков), транквилизаторов, антидепрессантов. Лечение и предупреждение.
22. Нормотимики. Клинические эффекты, показания и противопоказания.
23. Ноотропные препараты. Клинические эффекты, показания и противопоказания.
24. Психостимуляторы, Клинические эффекты, показания и противопоказания к применению.
25. Шоковая терапия. Методы, показания, противопоказания, правовое регулирование.
26. Социотерапия и реабилитация психически больных, работа с родственниками. Психообразовательные программы.
27. Фитотерапия психических расстройств.
28. Психогигиена и психопрофилактика.
29. Принципы и методы лечения шизофрении.
30. Клинические варианты состояний возбуждения у психически больных и их купирование.
31. Купирование серийных припадков и эпилептического статуса.
32. Расстройства сна и их лечение.
33. Организационные формы внебольничной психиатрической помощи. Консультативно-лечебная помощь и диспансерное наблюдение показания и организационно-правовые аспекты.
34. Организационные и правовые аспекты недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации. Проблема сообщения диагноза и сведений о заболевании (больному, родственникам, третьим лицам).
35. Закон «О психиатрической помощи...», его основные разделы. Организационные формы психиатрической помощи. Права психически больных.

#### **IV. Разное**

1. Судебно-психиатрическая экспертиза. Критерии невменяемости. Принудительное лечение.
2. Военная психиатрическая экспертиза.
3. Систематика психических расстройств. Особенности современной систематики – МКБ-10.
4. Течение и исходы психических заболеваний. Клиническое, диагностическое и прогностическое значение этих характеристик.
5. Распространенность (эпидемиология) основных психических заболеваний
6. Синдромы (состояния) при которых возможны суицидальные попытки. Лечебная тактика в отношении больных, проявляющих суицидальные тенденции.
7. Психические расстройства (синдромы и заболевания), наиболее часто встречающиеся в общей практике.
8. Показатели тяжести депрессивных состояний. Уход за депрессивными больными.
9. Особенности соматического обследования психически больных.

**ВНИМАНИЕ !!!**

**ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОСМОТРИТЕ СЛЕДУЮЩУЮ СТРАНИЦУ**

Вопросы, без знания каждого из которых на экзамене по психиатрии медицинской психологии ставится "НЕУД"

1. Сущность понятия галлюцинации. Объективные признаки галлюцинаций.
2. Значение императивных галлюцинаций и галлюцинаций устрашающего и осуждающего содержания.
3. Бред, Понятие. Отличие от ошибок суждения, суеверий, верований.
4. Показатели тяжести и суицидального риска при депрессивных состояниях.
5. Критерии помрачения сознания.
6. Клиника изменений личности при шизофрении.
7. Критерии диагностики психогенных заболеваний и их исходы.
8. Понятие психопатии (расстройств личности)
9. Понятие патологической зависимости при наркоманиях, токсикоманиях, алкоголизме.
10. Систематика психотропных препаратов.
11. Назвать и охарактеризовать:
  - 3 нейролептика,
  - 3 антидепрессанта,
  - 3 транквилизатора
  - 3 антиконвульсанта.
12. Наиболее частые побочные эффекты и осложнения (соматические и неврологические) при приеме психотропных препаратов. Их коррекция.
13. Купирование алкогольной абстиненции и алкогольного делирия.
14. Психотерапия. Понятие, показания, основные методы.
15. Психические расстройства, при которых встречается отказ от еды. Лечебные мероприятия.
16. Виды возбуждения у психически больных, Способы купирования.
17. Показания для недобровольного психиатрического освидетельствования и недобровольной госпитализации.

*Специальных ответов на ЭТИ вопросы в пособии нет.*

*Вопросы элементарны и в то же время принципиально важны и актуальны для любого врача. Работайте самостоятельно.*



## І ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ<sup>1</sup>

### ОБЩИЕ УКАЗАНИЯ

При ответе на вопрос экзаменационного билета следует прежде всего указать, к расстройствам какой психической функции (восприятие, эмоции, сознания и т.п.) относится обсуждаемый симптом, синдром. Далее следуйте рекомендациям в (3), с 6-7.

### КОММЕНТАРИИ К ВОПРОСАМ

#### **1. Расстройства ощущений и психосенсорного синтеза. Сенестопатии.**

Обратите особое внимание на (3) с. 9-10.

#### **3. Иллюзии и галлюцинации.**

Обратите внимание на то, что в (1) с. 55 в абзаце, посвященном описанию слуховых галлюцинаций, под «патологическим восприятием» подразумевается не ошибочное восприятие (когда вместо действительно сказанного слова, фразы слышится иное по содержанию высказывание), а «голоса» - слова, фразы или звуки, возникающие в отсутствии реального раздражителя.

#### **4-5. Иллюзии-галлюцинации, псевдогаллюцинации**

Начните ответ с упоминания о важнейшем, принципиальнейшем свойстве псевдогаллюцинаций – чувстве сделанности. (Поэтому их по существу следует относить не к галлюцинациям, не к расстройствам восприятия, а оценивать как своеобразное проявление бреда воздействия). Все прочие характеристики псевдогаллюцинаций также важны, но все же второстепенны.

#### **7. Навязчивые идеи, сверхценные идеи, бред**

Обратите внимание на сопоставление в (3) с.24, 4-й абзац сверху.

#### **10-12. Бред.**

Подчеркнем, что важнейший критерий диагностики бредовых идей – это патологическая основа. Когда психическое заболевание очевидно (возбуждение, глубокие аффективные расстройства, грубое снижение памяти и интеллекта, явные галлюцинаторные расстройства, нелепое поведение и т.п.) не возникает никаких трудностей и с констатацией патологической основы. Более сложная диагностическая ситуация возникает в тех случаях, когда грубых расстройств иных функций (помимо мышления) не выявляется и бред оказывается как бы существенным проявлением заболевания, моносимптомом. Еще большие затруднения могут ощущаться из-за того, что бредовые идеи здесь нередко бывают очень правдоподобными, по-своему логичными, убедительными. («С такими больными поговоришь, и сам потеряешь критику» - шуточно прокомментировал такую ситуацию один выдающийся психиатр). Подходы к диагностике подобных состояний – см. (3) с. 22-23. Добавьте к ним бредовые ретроспекции (1), с 79.

---

<sup>1</sup> Нумерация комментариев в основном тексте соответствует основному, полному, перечню вопросов.

(Желательно не повторять ошибочные ответы. Так, некий студент, перечисляя разновидности бредовых идей, указал бред *изображения*. По-видимому, имелся ввиду то ли бред изобретательства, то ли образный или даже бред воображения – это последнее понятие в программу не входит. Эта забавная ситуация приводится в надежде на то, что вы лучше запомните правильную терминологию.)

### **15-16. Ипохондрия и дисморфофобия-дисморфомания.**

Напомним, что ипохондрия и дисморфофобия-дисморфомания – не самостоятельные синдромы или заболевания, а лишь содержание переживаний. Обе эти темы могут отражать особенности психического склада (в рамках нормы – акцентуации – расстройств личности или входить в структуру психопатологических расстройств – сенестопатических, навязчивых, сверхценных, бредовых). См. (1) с. 83-84, (3) с. 28-29.

Двойной термин дисморфофобия- дисморфомания нуждается в пояснении. Ипохондрические расстройства - переживания относящиеся к телесному- "внутреннему" благополучию, нередко имеют характер навязчивостей - фобий -(наряду со сверхценной, бредовой, сенестопатической, депрессивной похондрией). Фобические переживания, касающиеся внешности (дисморфо -....), редки. Преобладают больные с убежденностью в наличии у них такого рода дефекта. В психиатрии XIX века всякая убежденность, охваченность больного чем- либо носила название мании (отсюда – "мания преследования", как пишут в популярных статьях). В наши дни, в профессиональном контексте "мания" относится только к аффективным расстройствам- к болезненному подъему настроения и тонуса всей психической деятельности. Лишь "дисморфомания" является исключением, своеобразной данью прошлому, но по-своему отражающей сегодняшнюю клиническую реальность.

### **18. Расстройства памяти.**

Перечисляя различные виды амнезий, не забывайте о палимпсестах. (3) с. 46.

### **20. Слабоумие.**

Лучше понять и запомнить разграничение приобретенного и врожденного слабоумия поможет сравнение, предложенное одним из классиков психиатрии: «Больной приобретенным слабоумием – это разорившийся богатч, а пациент с врожденным слабоумием – это ...» (дополните сами).

### **24. Депрессивный синдром.**

Показатели тяжести депрессии, см. (3) с. 36.

### **25. Разграничение эндогенной и психогенной депрессии.**

Именно разграничение эндогенной и психогенной депрессии (см. (3) с. 38) показывает, что столь широкое распространение в наши дни изучения «депрессий вообще» клинически совершенно недостаточно и обосновывает особенности лечебной стратегии и тактики в каждой из ситуаций. В первом случае – обязательное направление к психиатру, лечение психотропными средствами, прежде всего антидепрессантами. Психотерапия – как дополнительное, вспомогательное средство. Во втором случае психотерапия – этиологическое и патогенетическое воздействие, хотя тяжесть, глубина психогенной депрессии также могут потребовать более или менее массивной антидепрессивной лекарственной терапии.

### **26. Показатели суицидоопасности:**

- 1) тревожная депрессия (особенно в пожилом возрасте);
- 2) ипохондрические раптоидные состояния;
- 3) галлюцинаторно-параноидные состояния с императивными галлюцинациями суицидального содержания;
- 4) депрессивно-параноидные состояния с переживанием вины или «угрозы жизни»;

- 5) дисфорически окрашенные депрессии;
- 6) депрессивные состояния с неблагоприятной микросоциальной ситуацией;
- 7) острые депрессивные состояния, возникающие в ответ на психотравмирующую ситуацию у процессуальных больных в ремиссии;
- 8) реактивные депрессии, включающие элементы аффективно-шоковой реакции (сужение сознания, катастрофизация масштабов, значимости психической травмы).

#### **27. Маскированная депрессия.**

Поскольку маскированная депрессия – эндогенная, постольку ее лечение подразумевает прежде всего использование антидепрессантов.

### 30. Нарушения влечений, как компоненты синдромов и заболеваний

Влечение (инстинкт)	Повышение	Снижение	Искажение и особые формы расстройств влечений
Самосохранение	В структуре синдромов – ипохондрического, фобического и др.	Депрессия. Апатия. Олигофрени	Патологическая склонность к азартным играм, пиромания, kleptomания, суицидомания, трихотилломания
Пищевое	Полифагия, булимия, полидипсия. Мания, и некоторые варианты тревожно-депрессивных состояний. Мания, органические заболевания головного мозга. Эндокринные заболевания (искать личностные и эмоциональные изменения)	Анорексия (первичная, нервная). Депрессии. Апатия. Галлюцинаторно-параноидный синдром с переживанием преследования – отравления.	Пикацизм
Половое	Нимфомания, сатириазис	«импотенция»-устаревший собирательный термин	Трансвестизм, транссексуализм, парафилии (фетишизм, эксгибиционизм, вуайеризм, садомазохизм, гомосексуализм и др.) Наркомании
	Разнообразные заболевания: личностные расстройства, эндогенные, органические и соматогенные заболевания		

(Частично использована т. 8.1.1 из «Психиатрии» Н.М. Жарикова и Ю.Г. Тюльпина)

Количественно-качественные нарушения влечений: - гипербулия  
- гипобулия  
- парабулия

Расстройства влечений могут внутренне переживаться (осознаваться или не осознаваться) больным как - обсессивное  
- компульсивное  
- импульсивное влечение

#### 31. Нервная анорексия и булимия.

Понятие анорексия приводится в (1) с. 105. Но в целом этот вопрос из раздела II – «Частная психиатрия». – см. (1) с. 470-477.

#### 32. Психосексуальные расстройства

– также вопрос из «Частной психиатрии» см. (1) с. 493-504.

### **35. Сознание и его расстройства.**

Понятие сознания в психиатрии уже, чем в философии, психологии, где оно в большей или меньшей мере отождествляется с «психикой в целом», с «отражением – пониманием» реальности. Психиатрическое понимание сознания – см. в частности (3) с. 61.

Упоминание точки зрения С.С. Корсакова (см. (1) с. 119) имеет ввиду то обстоятельство, что этот выдающийся отечественный психиатр писал обсуждаемый термин через дефис «со-знание» (в учебнике опечатка).

Нельзя не заметить, что реальность феномена 25 -го кадра (см. (2) с. 92) многими исследователями подвергается сомнению. Более обоснованной представляется точка зрения, утверждающая, что человеку невозможно внушить что-либо диаметрально противоречащее его воззрениям (см. также комментарий к III- 13).

**37. Делирий.** Запомните – делирий – иллюзорно-галлюцинаторное (а не иллюзионно-галлюциногенное, как сказал один студент) помрачение сознания.

Самостоятельно или с помощью (3) с. 63-64 определите психопатологическую сущность всех остальных синдромов помраченного сознания.

### **40. Расстройства самосознания.**

Противоречивость в оценке дереализации (см.(1) с. 132, 5-6 абзац сверху) следует понимать не как несогласованность точек зрения и отсутствие неких безусловных, абсолютных критериев в психиатрии, но как свидетельство живой динамики знания, постоянного изменения и усложнения представлений о психике человека.

Наша точка зрения представлена в (3) с. 60.

### **41. Астенический синдром.**

Астенический синдром традиционно понимают как раздражительную слабость – вспыльчивость и истощаемость.

Врач общей практики чаще всего встречается с соматогенной (вследствие и в картине соматического заболевания возникающей) астенией. См. (1) с. 307. Следует подчеркнуть физиогенную окраску астении – реакции возникают на яркий свет, внезапный резкий звук, грубое прикосновение.

Психогенную астению удобнее всего продемонстрировать на клинической картине неврастении, см. (1) с. 426-430.

Шизофреническая астения (см. (1) с. 350, 355) возникает «беспричинно», она парадоксальна в своей интенсивности – нередко простые привычные занятия, объем нагрузки вызывают у больного «утомление», «истощение», а более сложная, необычная, нетрадиционная по характеру деятельность (чтение усложненной по содержанию литературы, своеобразные психофизические упражнения, выполнение многоэтапных длительных ритуалов) к «усталости» не приводят. Могут обнаруживаться инверсия циркадных ритмов (вялость утром, активность поздним вечером), «наплывы» или «отсутствие» мыслей, сенестопатии, стертые колебания настроения и проч.

Терапия астенического синдрома – часть терапии заболевания, в которое она включена (лечение соматического заболевания, психогении, шизофрении). Специально используются транквилизаторы седативного, активирующего, вегетотропного, гипнотического действия, в ряде случаев – ноотропы.

В ответах на вопрос уместно будет упомянуть об астеническом варианте психоорганического синдрома см. (3) с. 54-55. Коррекция этой астении происходит в русле терапии церебрально-органического заболевания в целом.

### **42-43. Астенический синдром.**

См. пояснения к 41

**44. Учение об экзогенном типе реакций.**

Это вопрос из II «частной психиатрии». См. (1) с. 251-253

**45. Уровни психических нарушений.**

См. (1) с. 45-50, (30) с. 6-7.

**46. Отказ от еды.**

Вопрос из раздела IV. Отказ от еды может быть проявлением

- кататонии
- нервной анорексии
- императивного галлюциноза
- бреда отравления
- депрессивного синдрома (первичное угнетение пищевого влечения или как проявление идей самообвинения)
- реакций протеста

**48. Эпилептические реакция- синдром-болезнь.**

Первым этапом формирования психической деятельности является моторный (см. (1) с. 41). В клинической практике это означает, что двигательная – судорожная, эпилептическая реакция оказывается самой ранней, универсальной реакцией формирующейся нервно-психической сферы. Эпилептическая реакция может быть «ответом» на гипертермию, интоксикацию, нарушения обмена и многие-многие другие патогенные воздействия, внешние и внутренние. Уместно напомнить и о так называемых аффект-респираторных судорогах. Подобные реакции могут возникать и у взрослых пациентов.

Эпилептический синдром – различные варианты пароксизмальных – судорожных расстройств, входящие в клинику какого-либо органического заболевания головного мозга (травмы, сосудистая патология, опухоли и др.).

Эпилептическая болезнь – самостоятельное заболевание. См. (1) с. 327.

## II ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ

### **1. Шизофрения, понятие, взаимоотношение продуктивной и негативной симптоматики.**

Взаимоотношение продуктивной и негативной симптоматики и варианты течения шизофрении становятся очевидными при взгляде на рис. 1 и 2 (1), с 46-47. При этом заболевании могут встречаться расстройства, указанные в кругах I-V. Синдромы, указанные в более обширных кругах несвойственны шизофрении (см. (1), с. 350., нижний абзац).

В принципе (но совсем не обязательно у конкретного больного) определенные продуктивные расстройства предполагают наличие у больного соответствующих им негативных (чаще отчетливо обнаруживаемых по миновании острой симптоматики, завершении приступа). Эта взаимосвязь (тенденция) и зафиксирована одинаковыми номерами кругов на рис. 1 и 2.

Схизис нередко определяют как сочетание несочетаемого (в психике больного), без осознания, без переживаний этой несовместимости, без внутренней борьбы.

«Дерево и стекло, нет ни стали, ни резины» - так образно характеризовал психику больного шизофренией выдающийся психиатр.

Проявлениями схизиса, например, могут быть согласие госпитализироваться, принимать лекарства (в больнице или амбулаторно) при отрицании больным наличия у себя душевного расстройства; холодное до садистичности отношение к самым близким людям и бескорыстная работа в хосписе как проявление «любви к человечеству». Художник-иконописец творит под поп-музыку. При духовной и интеллектуальной одаренности познавательные, научные, творческие успехи больного могут возрастать, углубляться при параллельном усугублении беспомощности в самых простых и житейских делах – все это в структуре отчетливого эмоционально-волевого искажения, а затем и опустошения. Однако и в такой, высокозначимой для больного деятельности также нередко можно заметить черты болезненного своеобразия. Так больной, бескорыстно, с увлечением, с оригинальными художественными находками проводящий музыкально-просветительские вечера, обнаруживает расплывчатость→соскальзывания→элементы разорванности не только в беседе, но и – по заключениям музыкально подготовленных слушателей – непосредственно в музицировании.

### **2. Типы течения шизофрении.**

Рассказывая о типах течения шизофрении, полезно представлять схемы соотношения продуктивных и негативных симптомов (1, с. 46-47). Шизофренический процесс (болезнь, понимаемая как нарастающие негативные изменения личности) «может доходить» только до круга V, (последующие, более широкие круги – это соматогенная и органическая патология, хотя она полностью допускает и симптоматику из кругов I-V).

У конкретного больного шизофренией болезнь может начаться на любой «ступеньке» (круге) и также остановиться или хотя бы задержаться. Таким образом, тип течения указывает «точку отсчета» (круг) и «протяженность маршрута» (количество кругов), который проделывает болезнь. Именно поэтому тип течения содержит в себе сведения о прогнозе, а, значит, и в определенной мере подсказывает необходимые лечебно-реабилитационные мероприятия.

Грубопрогредиентные формы разворачиваются сразу в круге V; среднепрогредиентная «начинается» в круге IV, малопрогредиентная (с неврозо- и психопатоподобной симптоматикой) – в кругах 1- III.

Вместе с тем любой клинический вариант может включать в себя симптоматику из «нижележащих» кругов.

Таким же динамическим закономерностям следуют и приступообразные формы, но приступы являют более острую, тяжелую, грубую симптоматику, чем межприступные периоды (а при непрерывном течении может обостряться и ослабевать – спонтанно или под влиянием лечения – та же самая симптоматика).

По современным воззрениям не каждый эндогенно-функциональный (то есть с симптоматикой, встречающейся при шизофрении) приступ влечет за собой явные, грубые шизофренические изменения личности. Поэтому в МКБ-10 введены более мягкие диагностические

формулировки: «расстройство без симптомов шизофрении», «...с симптомами шизофрении», «...шизофреноподобное расстройство», «шизотипическое расстройство», «шизоаффективный психоз» и др. Основное значение в диагностике по МКБ-10 придается определенному набору (количеству и клиническим вариантам) симптомов и продолжительности их существования. Динамический принцип – нарастание негативных изменений по ходу болезни – учитывается в гораздо меньшей мере.

### **3. Малопрогрессирующая шизофрения.**

Для диагностики малопрогрессирующей шизофрении важнейшее значение имеют отчетливое изменение душевного облика, характерологического склада (чего не бывает при психогениях и психопатиях) с выявлением и/или нарастанием эмоциональной холодности (с противоположным полюсом – рафинированной гиперстеничности), волевого опустошения или односторонне-машинного повышения активности, которая при творческой одаренности больного длительное время может оставаться результативной и получающей общественное признание.

Обратите внимание на то, что в МКБ -10 клинические картины, традиционно – академически- соответствующие малопрогрессирующей шизофрении, носят название шизотипического расстройства.

В целом в современной психиатрии все многообразие симптоматики шизофрении и как бы примыкающей к ней шизоидной психопатии нередко объединяется под названием «расстройства шизофренического спектра».

### **6. Маниакально-депрессивный психоз.**

В МКБ-10 маниакально-депрессивный психоз как бы распался на отдельные, частные заболевания – варианты прежде единого заболевания. Таковы, например, «маниакальные эпизоды», «депрессивные эпизоды» (легкий, умеренный, тяжелый, рекуррентное депрессивное расстройство, циклотимия как «хроническая нестабильность настроения») (формулировка из МКБ-10).

Циклотимия – амбулаторная, смягченная форма маниакально-депрессивного психоза – аффективные фазы менее глубоки и менее продолжительны. В настоящее время, в МКБ-10 (в отличие от «классической» психиатрии предыдущего столетия) это понятие утратило клиническую четкость. С одной стороны она сближается с личностной патологией (перепады настроения как личностная особенность, а не принципиально новое – иное – болезненное состояние) с другой допускается последующее преобразование циклотимных фаз в маниакально-депрессивный психоз.

### **7. Заболевания, связанные со стрессом (психогении).**

Особое внимание следует обратить на критерии Ясперса см. (1) с. 409. Их простота, очевидность – кажущиеся, они могут и должны быть наполнены клиническим содержанием. Так психическую травму следует понимать не просто как «житейски очевидное» несчастье, утрату (смерть близкого, семейные, служебные конфликты "судьбоносные происшествия", как замечательно выразилась на экзамене одна студентка), которые «конечно, вызовут реакцию у каждого», а как утрату индивидуально значимых ценностей в главной для больного сфере жизни и деятельности (семья, близкие, работа, собственное здоровье и благополучие и др.). С другой стороны клиническая форма психогенного заболевания (депрессия, истерический психоз, навязчивости и т.п.) должна (в принципе) соответствовать преморбидным особенностям личности (астенические, истерические, тревожно-мнительные и т.д.). Грубые «нестыковки» в этих соотношениях ставят диагноз психогении под сомнение, заставляют думать о ситуационной провокации какого-либо иного заболевания.

Второй критерий – понятные связи очень легко усмотреть, например, в галлюцинаторных «явлениях» умершего родственника и ситуационных идеях самообвинения у нашего пациента (вспомните таблицу 3 в (3) С. 38) при психотравме – смерти близкого. Столь же прямолинейна связь канцерофобий (у пациента с неврозом навязчивых состояний) и предшествовавшей их появлению болезни и кончине от опухолевого заболевания дорогого для нашего пациента человека.



Однако, при истерических психогенных расстройствах такой поверхностной, прямолинейной связи обычно нет. Больные отрицают психотравмирующую ситуацию (например, судебное преследование и даже смерть близких). Клиническая картина выражается псевдодеменцией, пуэрилизмом, сумеречным помрачением сознания, напрямую никак не вытекающими из реальных житейских обстоятельств.

Эти диагностические коллизии показывают, что главное в «понятных связях» - не поверхностные аналогии, а «механизмы» возникновения психогенного заболевания. При истерическом реагировании это будет «бегство в болезнь». При депрессии, большинстве навязчивостей, параноиде «механизмы» и прямые соответствия (психотравмирующее событие – реакция) совпадают, сливаются.

Третий критерий Ясперса – ослабление симптоматики, излечение при благополучном разрешении психотравмирующей ситуации также представляется простым и ясным. Но, во-первых, так бывает не всегда, а главное – не все утраты, конфликты восполнимы, разрешимы.

Неблагоприятным исходом психогенных заболеваний является патологическое развитие личности – «такое ее изменение, которое имеет причиной свою собственную жизнь»<sup>2</sup> (по Ясперсу). Личность становится похожей на психопатическую – возбудимую и паранояльную – при нарастании несдержанности; истерическую (и также возбудимую) – при невозможности предвидеть последствия своих поступков, диктуемых эгоцентризмом и/или бескомпромиссностью; психастеническую – при нарастании неуверенности, нерешительности, тревожной мнительности.

Поэтому правомерно будет заключить, что «характер больного ухудшается». Но необходимо помнить, что это ни в коем случае не опустошение психики (негативные симптомы в узком смысле слова), а, как правило, заострение черт, которые были присущи личности и ранее.

### **8. Реактивные психозы.**

Повторим вслед за (1) с. 410, что «механизмами» аффективно-шоковых реакций – гипо- и гиперкинетической являются «мнимая смерть» и «двигательная буря». Выдающийся немецкий психиатр и психотерапевт Э. Кречмер понимал их как расторможение, включение филогенетически древних (общих с животными) защитных механизмов – притвориться мертвым в минуту смертельной опасности или же метаться в поисках спасительного выхода.

Эмоциональный ступор имеет в основе защитно-психологически возникающую психическую анестезию (см. (1), с. 131).

На место сугубо индивидуально значимой психической травмы в этих случаях (аффективно-шоковые реакции) становится внезапность, массивность и «массовость» травмирующей ситуации (стихийные бедствия, катастрофы и т.п.).

### **10. Невроз навязчивых состояний.**

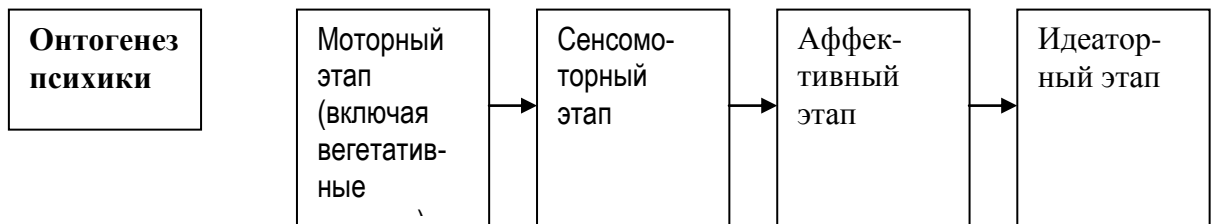
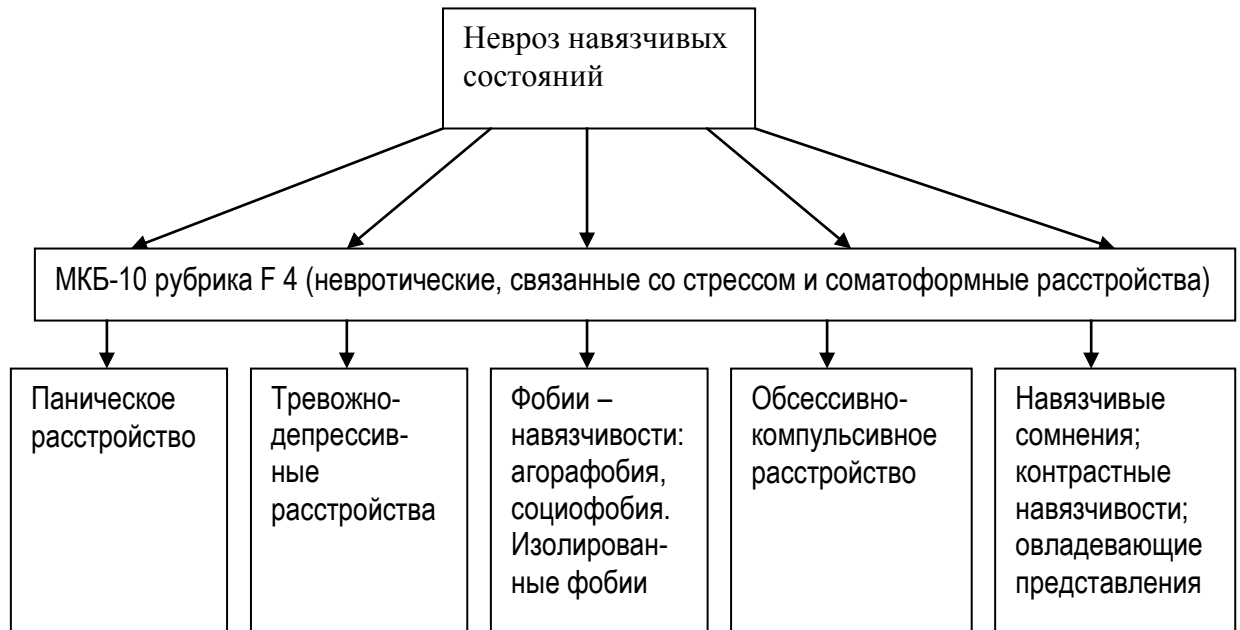
Как и многие другие "классические" традиционно выделявшиеся заболевания, невроз навязчивых состояний в МКБ-10 как бы распался на более мелкие, частные формы - отдельные заболевания, которые можно представить как последовательные этапы-варианты этого ранее единого заболевания. Такая дифференциация способствует точности диагностики и выбору наиболее адекватной терапии.

<sup>2</sup> Шизофренические изменения личности имеют причиной эндогенный процесс как таковой. Органическое снижение (энцефалопатия, деменция) обусловлены церебральным органическим поражением.

Правомерность именно такой цепочки обосновывается этапностью формирования отдельных психических процессов (структур) психики в онтогенезе (см. (1) с.40-42).

Знание современных диагностических формулировок по МКБ-10 необходимо, так как они часто упоминаются в общемедицинской литературе, а больные с подобными расстройствами – не редкость на приеме у врача общей практики.

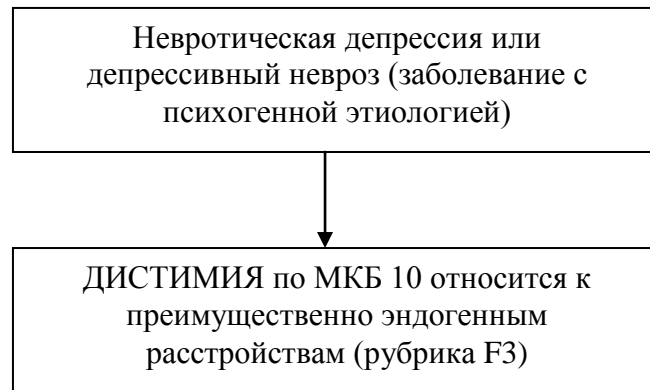
**Клинические варианты невроза навязчивых состояний в МКБ10 (в сопоставлении с этапами онтогенеза)**



### 11. Депрессивный невроз, невротическая депрессия, дистимия.

Дистимия – клиническая форма, ранее не выделявшаяся в самостоятельное заболевание. В МКБ-10 она включила в себя, заменила собой депрессивный невроз – невротическую депрессию. Но обе эти, практически идентичные клинические формы, безусловно, относятся к психогениям, а сегодняшняя Дистимия<sup>3\*</sup> входит в рубрику F3 – «Аффективные расстройства», объединяющую почти исключительно эндогенные расстройства настроения.

Диагноз «дистимия» также очень широко используется в современной специальной и общей медицинской практике.



### 12.-13. Истерические психогенные расстройства.

В диагностике истерических психогенных расстройств важнейшее значение имеют два фактора. Первый – «бегство в болезнь» (от психотравмирующей ситуации, в которой, по мнению больной (истерия – предпочтительно женский тип реагирования) ущемляется ее самолюбие). Чуть иначе этот фактор интерпретируют как «условную желательность» возникающих нарушений. «Желательность» постольку, поскольку они (расстройства) как бы выводят пациентку из непереносимой для нее ситуации, делают лицом нуждающимся в поддержке, помощи окружающих и прежде всего – в потакании ее притязаниям, в выполнении ее требований. «Условная», потому что разумного и истинно человеческого (а многие истерические расстройства объясняют расторможением филогенетически древних, «подкорковых» механизмов) разрешения конфликта, психотравмирующей ситуации не происходит, ведь пациентка, повторим, «убежала в болезнь».

Из сказанного становится понятным «прекрасное равнодушие» истериков по отношению к своим расстройствам – отсутствие обеспокоенности или, стремления как можно скорее излечиться, сотрудничать в этом с врачом. «Истеризоваться», как говорили классики психиатрии, может любая телесная функция, любой психический процесс. Поэтому проявления истерии непредсказуемо многообразны.

Соматовегетативные (соматоформные) расстройства – это различные функциональные нарушения в любых органах и системах организма расцениваемые, понимаемые врачом как проявление той или иной психической патологии.

При истерии эти нарушения чаще всего развиваются по механизмам конверсии – «переключения» ущемленного аффекта, переживания (обиды, разочарования, протеста) на пути, «рельсы» разрядки, выражения, разрешения через телесные структуры и функции.

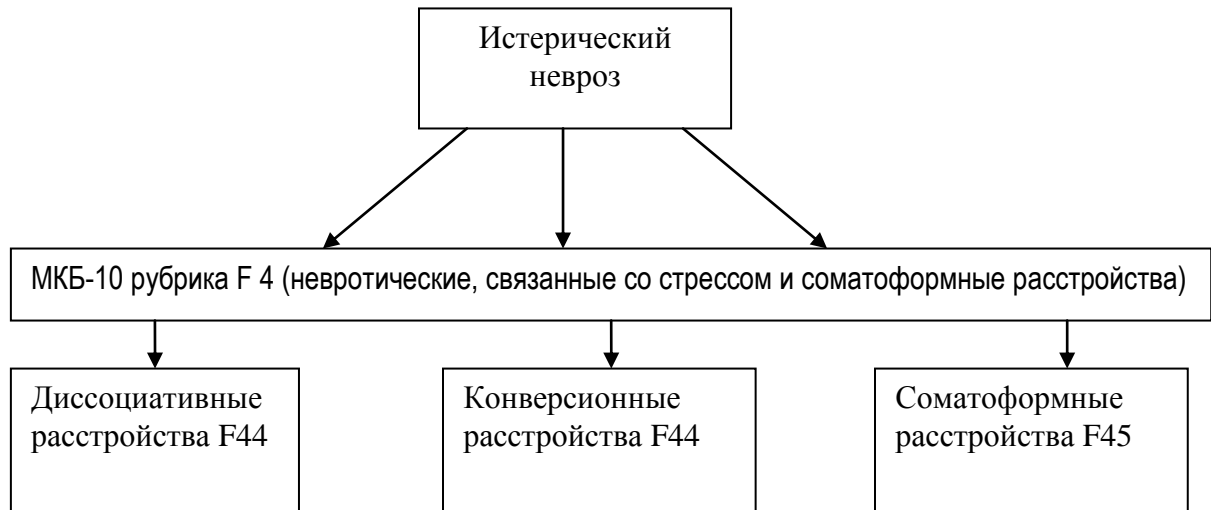
Определение «диссоциативные расстройства» очень часто (в МКБ-10) употребляется как синоним «конверсионных», но в более строгом смысле подразумевает симптоматику (также «условно желательную», также «бегство»), разворачивающуюся в собственно психической сфере, "разделение" психики (прежде всего сознания и памяти) на части "знающие" и "незнающие" о психической травме ("обиде", "дискредитации", "несправедливости" в восприятии больной). Таковы,

<sup>3</sup> Прежде содержание термина дистимия было иным.

например, истерические амнезии, расстройства сознания и проч. См. также (2) с. 141, 176. сама психическая травма, ее содержание – факт, событие – нередко искажается. Вытесняется (см. комментарий к П-7).

В МКБ-10 «истерический невроз» отсутствует, в частности, потому, что широко распространенное в повседневном языке слово «истерия» имеет оценочный, негативный смысл.

Положение истерических психогенных расстройств в МКБ-10 можно представить из следующей схемы:



Не следует забывать, что в среднем и позднем возрасте истерические (правильнее – истероформные) расстройства нередко оказываются начальными проявлениями серьезных органических заболеваний головного мозга.

#### 14. Посттравматическое стрессовое расстройство.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это пролонгированное – затяжное, полиморфное – многообразное по проявлениям реактивное состояние. Оно представляет собой динамическое сочетание ранее отдельно выделявшихся традиционных форм психогенных заболеваний (см. схему). Оно возникает вследствие особо угрожающих, чрезвычайных ситуаций (стихийные бедствия, террористические акты, пытки, изнасилования и т.п.). Полная картина ПТСР разворачивается постепенно, в течение недель и месяцев (обычно до 6), следующих за стрессом. Этот «латентный период», как правило, «используется личностью» для патологической (также психогенной) переработки уже вторичной ситуации – такой, в которой оказывается больной как жертва, не получившая заслуженного (по ее мнению) признания или компенсаций. Таким образом, ПТСР в своей динамике приобретает все большую истерическую – «условно желательную» окраску. Это психопатологическое качество ПТСР нередко усугубляется последствиями черепно-мозговой травмы, наркотизации, алкоголизации, истерическими и возбудимыми чертами преморбиды, частыми дополнительными слагаемыми этой клинической формы психогении.

В то же время необходимо подчеркнуть, что определение «посттравматическое» может совершенно неправильно ориентировать врача на ведущую роль органического фактора в возникновении заболевания (черепно-мозговые травмы).



См. также (1), с. 450-459

#### 15. Паническое расстройство.

Паническое расстройство по МКБ-10 – одна из форм стрессовых – психогенных реакций, которую правомерно понимать как один из вариантов дебюта невроза навязчивых состояний (см. пояснения к вопросу II-10, а также (2) с. 72,250).

Лечение – транквилизаторы с противотревожным и антипароксизмальным действием (альпрозалам – ксанакс, клоназепам и др.) и антидепрессанты, чаще селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (паксил, золофт, ципрамил), реже – традиционные трициклические препараты (напр., анафранил). В последующем рекомендуется профилактическая терапия продолжительностью не менее года. Возможна и показана психотерапия.

## **16.Разграничение гармоничных, акцентуированных и психопатических личностей.**

Психопатии диагностируются на основании критериев П.Б. Ганнушкина. Душевный склад этих личностей наиболее полно и эффективно (для целей лекарственно-психотерапевтической помощи, экспертизы – медико-социальной, военной, судебно-психиатрической, для других целей и ситуаций) может быть описан в психиатрических понятиях (напр., астения – раздражительная слабость и истощаемость у психопатов-астеников, навязчивости, «умственная жвачка» - у психастеников, дисфории, импульсивность, патологическое застревание, паранойяльность - у эпилептоидов, аффективно-эгоцентрическая логика – у истериков и т.д.)

Акцентуация – это всего лишь штрих, акцент, черта, не превращающаяся хотя бы в пограничный симптом или синдром, «не деформирующая» все остальные душевные процессы (мы имеем ввиду критерий тотальности для психопатий), не ведущая к нарушению адаптации. Акцентуация – не болезнь, не диагноз, а норма. Это понятие просто констатирует, что все люди по складу характера с одной стороны разные, а с другой могут быть хоть как-то упорядочены (тип акцентуации, аналогично типам психопатии). О распространенности акцентуаций единого мнения нет. Одни считают их крайними вариантами нормы, другие относят к акцентуированным чуть ли не все (душевно здоровое) человечество. Во всяком случае, распространенность акцентуированных личностей в масштабах 66%- 75% . то есть двух третей – трех четвертей человечества говорят многие исследователи. Замечательна, по нашему мнению мысль Г.К.Ушакова, предположившего, что по мере дальнейшей истории человечества количество акцентуированных будет возрастать . Гармоничная личность – понятие во многом теоретическое, идеальное. Имеется ввиду, что она как бы содержит все возможные характерологические свойства в наилучших пропорциях и всегда действует адекватно ситуации. Но в этом случае человек как бы превращается в стереотипно реагирующий механизм, и каждый из людей был бы . идентичен другому. «Если бы существовала гармоническая личность, о, какое бы это было чудовище!» - воскликнул один из известных психиатров прошлого.

Человек – открытая система, его «адекватные реакции» - неповторимы, это всегда творчество, создание нового. Поэтому гармония личности – это, прежде всего ее зрелость, то есть осознание своей одаренности и ограниченности, достоинств и недостатков, необходимости отстаивать убеждения и неизбежности собственных заблуждений. Это особенности ценностной, духовной сферы (см. (2) с. 106), которая и «управляет» характерологическими свойствами. (А у психопата такое «управление» не удастся, невозможно. Поэтому и говорят, что «психопат не обучаем».)

В повседневной жизни, на практике гармоничными личностями называют людей с живой эмоциональностью, отзывчивых (синтонных – по традиционной психиатрической терминологии), соединяющих в себе чувство высокой ответственности по отношению к себе и другим с деликатностью и индивидуализированностью подхода.

О преморбиде см. (1), с.37.

Вместе с тем необходимо знать, что в психиатрии под понятием преморбид подразумевают доблезненные особенности психического облика, они определяются прежде всего вариантом характерологического склада, а также факторами церебрально-органической, соматогенной и другой природы (напр., «органическая дефицитарность», «энцефалопатия», «соматическая ослабленность»).

Преморбид – это «точка отсчета» для оценки направленности изменений личности при психическом заболевании (шизофренические, органические, патологическое развитие личности – перестроение характера «в сторону психопатии» - при психогениях).

## **17.Расстройства личности (психопатии).**

См. (1), с.478-479.

Психопатии называют и патологией характера и расстройствами личности. Так сложилось исторически, да и синонимов иногда хочется избежать. Но нужно твердо представлять, что это - патология – дисгармония, диспропорция именно душевных структур – прежде всего –

эмоционально-волевой сферы. Но «деформированными» оказываются и мышление (ригидность у эпилептоидов и паранойяльных, рассудочность, доходящая до «умственной жвачки» психастеников и т.д.) и воля, и самосознание (здесь лучше сказать - самооценка). Предлагаем вам самим продолжить эти сопоставления. Они выражают важнейший признак психопатий – тотальность расстройств (т.е. по-особому, в «патологических пропорциях» организованы все душевные структуры).

То, что эта диспропорция, дисгармония проявляется в самых разных обстоятельствах, в любых ситуациях следует относить к другому критерию психопатий – нарушению адаптации. Он совсем не является главным ни для психопатий, ни для любой иной психической патологии. Деадаптация может быть обусловлена самыми разными причинами, чаще всего весьма далекими от медицины вообще и психиатрии в частности. Клинически содержательной деадаптация становится лишь тогда, когда она – следствие психопатологических расстройств. Столь же необоснованно выделение «домашних психопатов». Если человек может вести себя (и так и делает) определенным образом в одной ситуации и диаметрально противоположно – в другой, то он просто-напросто знает, где и с кем можно, а где «нельзя». Это имеет отношение к нравственности, а не к психопатологии.

## **20. Дифференциальная диагностика психопатий и психопатоподобных состояний.**

Главное при дифференциальной диагностике выявление признаков органического снижения личности, (психоорганического синдрома) или проявлений шизиса, аутизации, апатии – абулии (при шизофрении).

Психопатическая дисгармония, напомним, непрогредиентна, стабильна, хотя может колебаться в своей выраженности (компенсации – декомпенсации – см. (1), с. 487). Но принципиально душевный склад, рисунок ни в коем случае не меняется.

## **21-40. Экзогенные и экзогенно-органические расстройства.**

Все многообразие психических расстройств, перечисленных в этих вопросах, может быть описано общей концепцией экзогенных и органических расстройств. Она состоит из трех компонентов.

1-ый – психозы – экзогенные реакции Бонгеффера, острые и затяжные (см. ! с. 251-253). Они встречаются нечасто, особенно в наше время, когда методы лечения и соматических и психических расстройств шагнули далеко вперед по сравнению с теми, что применялись во времена Бонгеффера (начало XX века).

2-ой – психоорганический синдром в самых различных проявлениях – стадиях-вариантах (см. 1, с.69, в том числе астенический, дисфорический. Поэтому в рамках этого синдрома могут рассматриваться и неврозо- и психопатоподобные расстройства, соматогенно-органически обусловленные. При этом в одних случаях собственно органическая симптоматика (интеллектуально-мнестические нарушения) очевидна, выражена, в других же преобладают соматовегетативные явления с депрессивно окрашенной эмоциональностью, в других – дисфорическая неуправляемость, конфликтность, злобность. Эти расстройства – прежде всего в виде соматогенной астении - присутствуют практически при любом мало-мальски серьезном соматическом заболевании (хотя не всегда в полной мере осознаются больным). Если психоорганический синдром не развился остро, сразу (напр.. черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и т.п.), то он постепенно "вырастает" из астении вследствие усугубляющихся токсических, циркуляторных, гипоксических явлений, обусловленных патогенезом основного соматического заболевания (напр., сердечно-легочная недостаточность, метаболические сдвиги при заболеваниях печени, почек и т.п.). В этом смысле можно сказать, что психоорганический синдром является "осевым" при психических расстройствах этой группы.

3-ий - реакция личности на болезнь. Она может иметь разные масштабы, выраженность - "нормальная" личностная реакция или же достигающая масштабов реактивного состояния (психоз, невроз) в ответ на психическую травму – собственное заболевание.



### **21-26. Алкоголизм, наркомании, токсикомании.**

Психические расстройства, связанные с зависимостью (алкоголизм, наркомании, токсикомании) полностью укладываются в концепцию экзогений, но имеют еще своеобразное, важнейшее, "первейшее" дополнение – патологическую зависимость -влечение к соответствующему веществу).

Зависимость означает, что удовлетворительное психическое самочувствие, а затем и физическое становятся возможными только при наличии соответствующего вещества в организме (цикличность употребления, в частности- запои также можно рассматривать как частное проявление этой взаимосвязи). Влечение – это осознаваемое (в большей или меньшей степени) желание больного принять соответствующее вещество. На первых этапах оно чаще всего переживается как obsессия – навязчивость – борьба мотивов выпить - не выпить. Затем, при формировании физической зависимости оно становится компульсивным, переживается как насильственное. Следовательно, по этим и некоторым другим особенностям, (на которых мы здесь не останавливаемся) патологическое влечение правомерно рассматривать как очерченный психопатологический признак, принципиально отличный от банального желания принять спиртное.

**24.** Больным, страдающим алкоголизмом, перед операцией и при реанимационных мероприятиях следует вводить лорафен (релиум, хлордiazепоксид-эллиниум) - каждые: часов до 80 мг\сут.

При делирии - релиум.

Вне urgentных состояний транквилизаторы – бензодиазепины вводятся только после манифестации абстинентного синдрома (релиум-дiazепам до 20 мг\сут). (В.К.Шамрей с соавт).

### **31. Черепно-мозговые травмы и нейроинфекции.**

При изложении клиники нервно-психических расстройств вследствие травм головного мозга следует подчеркнуть, что это , может быть, единственная группа расстройств, которой в принципе присуще регрессирующее течение, то есть уменьшение тяжести нарушений по мере отдаления от момента патогенного воздействия. Однако эта потенция реализуется при благоприятных условиях: своевременная и эффективная помощь, как в начальном периоде, так и на восстановительно-реабилитационном этапе, молодой возраст пациента, отсутствие дополнительных вредностей, в том числе алкоголизации, сосудистой мозговой патологии и др.

### **32. Сосудистые заболевания головного мозга.**

Повторим - осевым, сквозным синдромом при этого рода патологии является постепенно (или скачкообразно- при сосудистых пароксизмах-катастрофах) нарастающий психоорганический синдром, в ряде случаев переходящий в сосудистое слабоумие, которое в свою очередь может -из-за вторичных атрофий вещества мозга преобразовываться в сенильно окрашенные формы, альцгеймеризоваться, как нередко в наши дни называют этот процесс.

Но следует твердо представлять, что сосудистые и сенильные (атрофические) нервно-психические расстройства- это отдельные группы заболеваний, различающиеся и по морфологии, и по патогенезу, и по психопатологическим проявлениям, и следовательно по подходам к лечению, по оценке прогноза и проч. Лишь на отдаленных этапах клинико-нозологические различия могут стираться.

В (1, с. 289 и 295) - опечатки. Оглушение, сопор, кома – это синдромы снижения уровня и выключения (а не помрачения) сознания- см. (1, с.123).

### **39. Сифилис мозга и прогрессивный паралич.**

Еще раз подчеркнем, что сифилис мозга – это, прежде всего поражение сосудов и оболочек, а прогрессивный паралич – поражение вещества мозга. Этим во многом определяются и различия клинических проявлений. Эти соотношения в определенной мере подобны тем, какие выявляются при сопоставлении собственно сосудистых заболеваний головного мозга и сенильных атрофических процессов.

Под термином паралич (прогрессивный) в психиатрии целесообразнее понимать психопатологические, а не неврологические нарушения. Имеется ввиду неуклонно нарастающий распад психической деятельности.

Ю. Вагнер фон Яуррегг - австрийский психиатр (см. (1) с. 286).

#### **40. Психические расстройства, связанные с беременностью и родами. Послеоперационные психозы.**

См. (2) с.327-339, 305-307.

В акушерско-гинекологической практике, в частности, не так уж редко встречаются, так называемые, послеродовые психозы. Обычно они развиваются в первые недели после родов. Недостаточно было бы ограничиться их определением как "послеродовых депрессий". Эти расстройства различны и по клинике и по этиологии. Возможны дебюты эндогенных заболеваний - шизофрении, маниакально-депрессивного психоза (отдельных вариантов аффективных психозов в понимании МКБ-10), соматогенных психозов (обусловленных различными инфекциями, эндокринными, метаболическими сдвигами, стрессовыми - психотравмирующими факторами (при нежеланной беременности, обнаружении какой-либо тяжелой патологии у новорожденного и т.д.)). Соответственно этому различными будут подходы к лечению.

Врача должны насторожить нарастающие у молодой матери расстройства сна и эмоциональной сферы - изменчивость настроения, появление чувства неуверенности, беспомощности ("не справлюсь с ребенком"), некорректируемого психотерапевтически, идеи самообвинения, греховности, гипотимия, тревога, страх, идеи отношения.

#### **41. Эпилептическая болезнь.**

С позиций психиатра эпилепсия - это прежде всего определенный тип изменений личности (и специфическое слабоумие), а не только "припадки", пароксизмы. См. также пояснение к вопросу 1-47.

#### **46-47.Сенильные и пресенильные деменции.**

В МКБ-10 "классическая" (пресенильная по времени дебюта) болезнь Альцгеймера и сенильное (старческое) слабоумие объединены в единую - теперь расширившую свои границы -, болезнь Альцгеймера, но подразделенную на два варианта - болезнь Альцгеймера с ранним началом и она же с поздним началом.

#### **49.Соматизированные и соматоформные расстройства.**

См. (2), с.144-146. Термины соматизированный и соматоформный - относительно новые в психиатрии. Поэтому окончательно их содержание еще не устоялось. Их часто употребляют как синонимы. Однако прослеживается тенденция определять как соматоформную ту патологию, в возникновении и проявлениях которой отчетливо прослеживается роль психических (психотравмирующих) воздействий (психогенные - связанные со стрессом заболевания, психосоматические болезни). Иногда сюда же относят некоторые особые варианты личностной патологии (психопатий) при особой центрированности таких личностей на своем здоровье.

Соматизированными называют телесно (сомато-вегетативно) проявляющиеся симптомы из круга "большой" психиатрии, например, маскированную депрессию, которая по природе своей эндогенна и несколько не связана со стрессами.

Подходы к терапии определяются этиологией расстройств.

#### **50.Возрастные кризы.**

См (1). С.43-45, (2), с. 114-122).

Сравнительно-возрастной подход в психиатрии (особенно плодотворно разрабатывавшийся Г.К.Ушаковым, заведовавшим нашей кафедрой в 1965-1981 г.г. и представленный для студентов в его учебнике "Детская психиатрия", М., Медицина, 1973, По нему студенты-педиатры РГМУ занимаются и сегодня) показывает, что одно и то же психическое заболевание в разном возрасте

проявляется различной симптоматикой. Особые сложности возникают применительно к детскому и старческому периоду индивидуального развития.

У детей психическое расстройство нередко проявляется не как общеизвестные "симптомы и синдромы "психиатрии взрослых", а как своеобразные (зависит от природы заболевания) нарушения развития – дизонтогенез. В старости, также нередко, как говорят, нозология стирается., симптоматика утрачивает яркую характерность, присущую периоду пика жизни.

### III. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

#### 1. Психиатрия и клиническая (медицинская) психология.

См.(1) с. 7-14, (2) с.9-13

Человек состоит из психики и тела. Тело наглядно. Его патология изучается соматической медициной. Психика неосознаема, нематериальна, определить практически невозможно, "сущность нашего ума ускользает от нас", - как говорили древние. И в то же время она – самая несомненная реальность, каждый знает это по себе.

Психология изучает психику человека, ее "строение", "устройство" (эмоции, воля, мышление, сознание и т. д.) развитие (психология детская, зрелости, старости и др.), особенности проявления в различных сферах деятельности (психология обучения, инженерной деятельности, малых групп, социальная психология и проч.) и т.п.

Клиническая или медицинская психология- это психология человека в связи с проблемой болезни и здоровья. Это, прежде всего, психология переживания болезни – учение о внутренней картине болезни, реакции личности на болезнь, о психологических аспектах организации лечебного процесса, о взаимоотношениях врач-сестра-больной (родственники больного, родители больного ребенка и т.д.). Это и проблема "медицина и средства массовой информации", психолого-этические аспекты рекламирования лекарственных средств, медицинских рекомендаций в прогнозе погоды, некоторые аспекты трансплантологии и биоэтики и многое другое, традиционное для медицины, врачевания или же порожденное нашим временем. Основоположник этой дисциплины – выдающийся немецкий психиатр и психотерапевт Эрнст Кречмер назвал свою книгу по этой проблеме "Медицинская психология" (русское издание – 1927 год). В наши дни определения медицинская и клиническая употребляются как синонимы. Но в некоторых зарубежных толкованиях слову "клинический" придается более узкий смысл – это проблема ,ситуация, случай, связанные с болезнью, тяжелым, часто именно стационарным больным. "Медицина" шире "клиники", поэтому лично нам определение "медицинская" представляется более точным.

Но никакая, в том числе и медицинская (и даже клиническая) психология не разрабатывает понятие болезни, патогенеза симптома, синдрома (в их врачебном понимании, - напр. в психологии нет и не может быть понятий галлюцинаций, бреда, онейроида, кататонии, потому что таких состояний, переживаний нет и не может быть в нормальной, здоровой психике), клиники, течения, диагностики и лечения заболеваний.

Болезни психики (то есть ее особое, изменение, деформация, разрушение, распад) изучаются психиатрией. Но искажается и разрушается не " психика вообще", а конкретные психические процессы – (см.(2) с.25) - мышление, восприятие, воля, эмоции и т.д. Их иногда еще называют душевными процессами и отграничивают от ценностей, идеалов, верований (духовная сфера) которые тоже есть часть психики, но такая, которую исследуют представители других наук о человеке- педагоги, юристы, философы, религиоведы, политологи и др. Такое противопоставление духовного и душевного помогает, в частности, четко обозначить пределы компетенции психиатрии, предохраняет ее от вторжения в сферу политики, идеологии, от использования в качестве одного из репрессивных инструментов. См. также (3) с. 3 – 7.

Будучи более "широкой", более общей наукой, чем психиатрия, психология, в том числе и медицинская, вместе с тем (и, наверное, именно поэтому) "не может разглядеть" отдельные частные случаи – болезни психики. Возможно, здесь уместно сопоставление с философией, знакомство с которой (даже самое основательное) ни в коей мере не освобождает узкого специалиста от владения профессиональными знаниями и навыками..

Нельзя не согласиться с Э. Кречмером в том, что знакомство с медицинской (клинической) психологией должно следовать за изучением психиатрии (или, по крайней мере, это должно происходить одновременно, параллельно), потому что знание патологии позволяет полнее, тоньше, понять норму. Здесь не нужно бояться "психиатризации" нормы. Ведь ни патологическая анатомия, ни онкология, ни кожные и венерические болезни нисколько не дискредитируют человека и

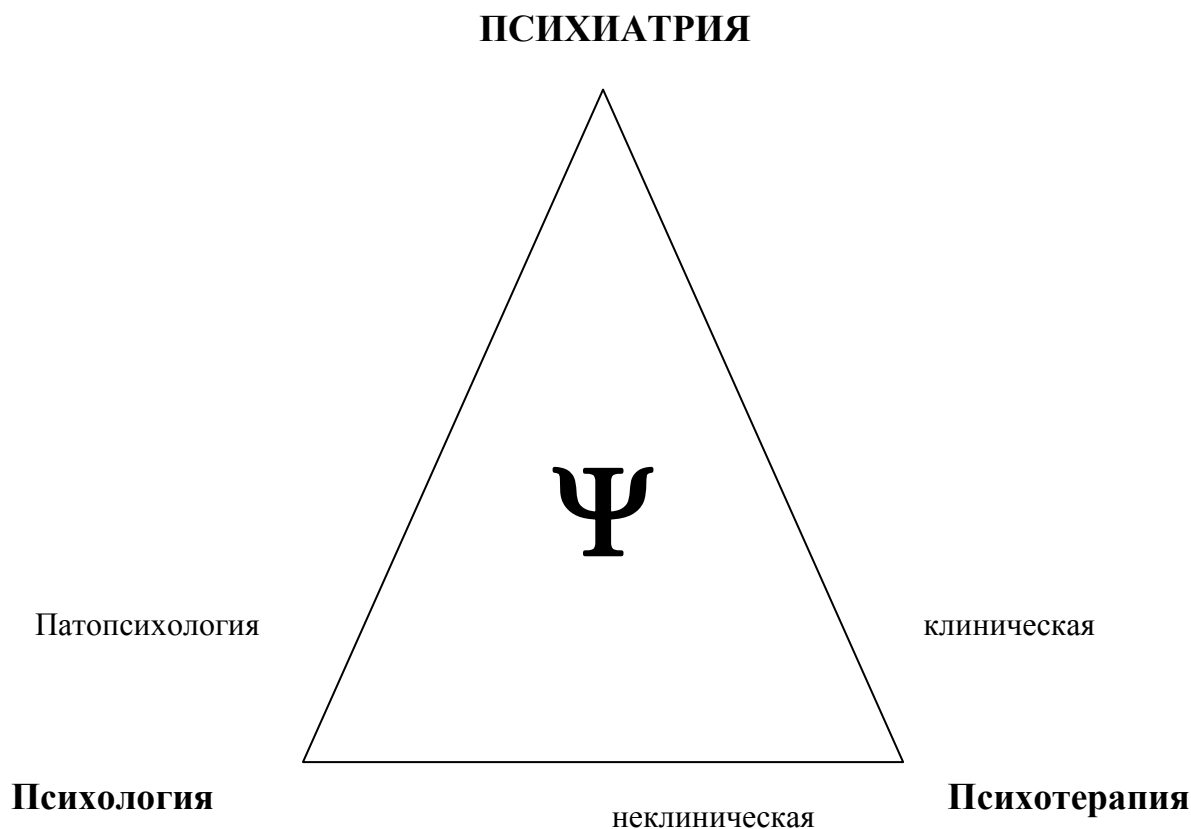
человечество, а помогают относиться к нему с большей мудростью и состраданием. А это и есть одна из самых общих, самых возвышенных целей медицины.

Клиническая психиатрия (то есть психиатрия, изучающая болезненные переживания) схематично делится на общую (общая психопатология) и частную (частная психиатрия). Первая выделяет, описывает, рассматривает универсальные формы психических расстройств, их "кирпичики" – симптомы и синдромы. Вторая "строит из них здания" – отдельные заболевания (группы заболеваний). Естественно, и та, и другая осуществляют это в контексте изучения причин, диагностики и лечения заболеваний.

Наряду с психопатологией – частью психиатрии - существует похожая по наименованию наука – патопсихология. Это – часть психологии. Она изучает нарушения нормальных психических функций (мышление, эмоции, воля и др.) у больных с отдельными психическими заболеваниями. Но, повторим, она не занимается бредом, галлюцинациями, конфабуляциями, делирием - олезненными, не встречающимися в норме переживаниями.

Говоря о современных науках с корнем "психо-" в названии, нельзя не упомянуть и о психотерапии (хотя, наверное, это в большей мере практика). В самом общем виде ее правомерно определить как воздействие психическими средствами на психику (а через нее, опосредованно - в ряде случаев и на тело). Эти воздействия могут иметь разные цели. Клиническая психотерапия – это лечебное воздействие, лечение больного и болезни. Неклиническая психотерапия (которая в наши дни распространена гораздо шире) помогает "решению проблем", "личностному росту", "раскрытию творческого потенциала", "адаптации" и т.п. К медицине, к психиатрии неклиническая психотерапия отношения не имеет.

Схематически соотношение упомянутых областей знания можно представить в виде схемы-треугольника:



### **5-6. Реакция личности на болезнь. Врач-больной.**

См. (2) с. 139-180.

В дополнение приведем цитату из П.Б.Ганнушкина, содержательно представляющую некоторые основные варианты реакции личности на болезнь: "Правильное понимание, правильный учет этой психической реакции требуют от врача определенных знаний по индивидуальной психологии, а эти знания даются только психиатрической клиникой. Истерик, психастеник, сангвиник-маньяк (гипертимная личность - Б.В.) – все они, каждый по-своему будут реагировать на одно и то же заболевание: истерик будет маскировать свою истинную болезнь и поведет врача по совершенно ложным следам ( поскольку болезнь также становится инструментом "условной желательности"-Б.В.), психастеник будет преувеличивать, а сангвиник – преуменьшать и даже отрицать все заболевание. По отношению к каждому из них врач должен точно установить тот плюс, тот добавок, который должен быть отнесен за счет психики больного, только тогда может быть намечена врачом правильная линия поведения"- ("Избранные труды", 1964, с. 41).

В работах современных психотерапевтов (М.Е.Бурно с соавт.) даются конкретные психотерапевтические рекомендации для подобных ситуаций. Душевно тонких, ранимых астеников следует дружески успокоить, кратко и четко разъяснив сущность болезни. Астеникам с невысоким интеллектуальным уровнем, изначальной ипохондричностью, склонностью к истерическим реакциям показаны прямое внушение ("никакого ухудшения нет!"), рекомендации перестроиться самим или, наоборот, подладиться к жизненным трудностям. Психастеники нуждаются в повторных детальных, ободряюще-разъяснительных беседах по поводу пугающих их соматических нарушений. Эпилептоиды требуют уверенных, четких, обоснованных "современными научными данными" (с демонстрацией – в разумных пределах - результатов специальных исследований) заключений по их болезни. Циклотимиков (сангвиников) необходимо порой прямо-таки запугивать (имеется в виду гипертимный склад личности) возможными тяжелыми осложнениями, если они пренебрегут лечением и режимом (естественно, не допуская ятрогений). Личностям ювенильным, личностно-незрелым, неустойчивым в эмоциях, интересах, влечениях, внушаемым и эгоцентричным склонным к особенно бурным истерическим реакциям. Следует открыто говорить о серьезных отклонениях (также без ятрогенизации) и не обращать внимания на "истерический антураж".

### 6. Взаимоотношения врач-больной.

См. (2) с.181-202. Дополнительно предлагаем таблицу-схему, представляющую некоторые аспекты взаимоотношений врач-больной.

<b>Врач</b>	→	<b>Болезнь и лечебный процесс</b>	→	<b>Пациент</b>										
↓				↓										
<table border="1"> <tr><td>Тип личности</td></tr> <tr><td>План лечения</td></tr> <tr><td>Психология хирургического, терапевтического, педиатрического и т.д. больного «Психология амбулаторных коридоров»</td></tr> <tr><td>Патернализм Партнерство</td></tr> <tr><td>Этика и деонтология Профессионализм Компетентность Должностные обязанности Личная симпатия</td></tr> </table>	Тип личности	План лечения	Психология хирургического, терапевтического, педиатрического и т.д. больного «Психология амбулаторных коридоров»	Патернализм Партнерство	Этика и деонтология Профессионализм Компетентность Должностные обязанности Личная симпатия				<table border="1"> <tr><td>Реакция личности на болезнь</td></tr> <tr><td>Прогноз Трудоспособность Работоспособность</td></tr> <tr><td>«Мифология болезни»</td></tr> <tr><td>Изменение социального статуса</td></tr> <tr><td>«Роль больного» Установка на излечение Манипулирование болезнью «Экономическая составляющая»</td></tr> </table>	Реакция личности на болезнь	Прогноз Трудоспособность Работоспособность	«Мифология болезни»	Изменение социального статуса	«Роль больного» Установка на излечение Манипулирование болезнью «Экономическая составляющая»
Тип личности														
План лечения														
Психология хирургического, терапевтического, педиатрического и т.д. больного «Психология амбулаторных коридоров»														
Патернализм Партнерство														
Этика и деонтология Профессионализм Компетентность Должностные обязанности Личная симпатия														
Реакция личности на болезнь														
Прогноз Трудоспособность Работоспособность														
«Мифология болезни»														
Изменение социального статуса														
«Роль больного» Установка на излечение Манипулирование болезнью «Экономическая составляющая»														

Под "мифологией болезни" подразумеваются взгляды, убеждения, верования, существующие в населении относительно тех или иных болезней, методов лечения, поведения врачей и проч. Эти воззрения в каких-то своих элементах присущи массовому сознанию, традиционному, идущему "из глубины веков", в других формируются сегодняшними средствами массовой информации (или оказываются следствием недостаточной информированности), личными воззрениями, убеждениями, возможно, порой суеверными, невежественными или же основанными на "новейших достижениях науки".

"Психология амбулаторных коридоров" (И.Харди) – переживания, впечатления, ожидания больных, получаемые и закрепляемые в процессе общения с другими пациентами.

Патернализм – директивная. Авторитарная позиция врача по отношению к пациенту.

"Экономическая составляющая" – изменение материального положения больного (и его семьи).

### 7. Медицинская деонтология, врачебная этика.

См. (2) с. 181-202.

Хотя понятия врачебной этики и медицинской деонтологии близки, все же обычно их различают. Понятие врачебной этики более широкое, чем медицинской деонтологии. "Нравственное содержание отношения человека к жизни и смерти, страданию и болезни, осмысление понятия здоровья как блага – вот изначальные вопросы врачебной этики" (Г.И. Царегородцев). Врачебная этика – часть общей этики, учение о морали врача, о его взаимоотношениях с больными и здоровыми людьми, с которыми он общается как врач, с коллегами, с обществом)... В состав врачебной деятельности входят пять различных задач, а именно: лечение болезней, предупреждение болезней, экспертиза общественная и частная по вопросам, касающимся здоровья, обучение будущих поколений врачей и научное исследование" (А.Молль Врачебная этика, С-Пб 1903, с.17). Очевидно, что этические оценки в определенной мере связаны с духовной, культурной, экономической атмосферой в обществе. Прогресс науки, технизация медицины, рыночные отношения, "стандарты лечения", страховая медицина,

постмодернистский взгляд на мир и на человека – все это не может не сказаться на этике медицины. Одним из проявлений таких преобразований правомерно считать своеобразное расширение врачебной этики до масштабов биоэтики. Однако, повторим, по нашему мнению, любая этика, в том числе и медицинская, первоначально строится на тех или иных духовных началах. (Не вполне научный, но все еще достаточно современный аргумент: злодеяния, составляющие содержание кинофильма "Основной инстинкт", сначала осуществлены, лучше будет сказать, созданы, героиней "уме", в творческой фантазии, в психике).

Медицинская деонтология (в традиционном понимании) – принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения и устранение вредных последствий неполноценной медицинской работы. (БМЭ).

### **8. Ятрогении (иатрогении).**

См. (2) с. 190

### **9. Психотерапия.**

Разделы, посвященные и психотерапии в целом, и отдельным методам следует читать и в (1) и в (2).

### **10. Психотерапия в клинике внутренних болезней.**

См. (2) с. 243-298, а также комментарии к III - 5-6.

### **13. Суггестивная психотерапия.**

Дополняя и развивая замечание к вопросу 1-35 (ссылка на (2) с. 92), еще раз подчеркнем, что внушить человеку что-либо противоречащее его внутренним установкам, невозможно.

Вот выразительный пример, Дело происходило в начале XX века. Выдающийся невролог В. М. Бехтерев был в то время озабочен созданием института (ныне носящего его имя – Санкт-Петербургский научно –исследовательский психоневрологический институт им В.М.Бехтерева). Проводя сеанс гипнотерапии с одним из пациентов (к слову сказать, личностью по-своему известной в истории российской культуры и науки), В.М.Бехтерев после необходимых лечебных формул стал внушать больному убедить своих родителей (весьма состоятельных помещиков) пожертвовать средства на строительство задуманного ученым учреждения. Пациент рассказал отцу об этом неожиданном повороте в теме лечебной процедуры, а у В.М.Бехтерева больше не показывался (см. А. Эткинд. Эрос невозможного. История психоанализа в России. "Медуза", С-Пб., 1993, с.101)

В целом успешность любого внушения определяется совпадением запросов и установок пациента с направленностью манипуляций психотерапевта. "Внушаемость не есть признак большого ума", любил повторять известный отечественный психиатр, занимавшийся пограничными расстройствами.

### **15. Психоанализ.**

См. (1) с. 163 -166., (2)- 192. с.90 -93

### **26. Социотерапия и реабилитация психически больных.**

См. в частности (1) с. 163. (2) с.193.

Психообразовательные программы – относительно новая для нашей страны форма социально-реабилитационной работы с психически больными и их родственниками - проведение специальных циклов встреч, занятий, на которых медицинские и социальные работники знакомят слушателей с необходимыми для них элементами знаний по психиатрии, психогигиене, путям возвращения в социальную среду.

### **32. Расстройства сна.**



Сон – психофизиологическая функция, имеющая свой онтогенез, нормальные и патологические проявления.

Чаще всего встречается бессонница – агриппнический синдром. Нарушаться могут засыпание, продолжительность сна, пробуждение. Эти особенности необходимо учитывать при назначении терапии (препараты быстро действующие, замедленно и т.п.).

Наиболее распространенная причина агриппнии- астенические состояния – соматогенные, и соматогенно-органические . (в частности, сосудистые заболевания головного мозга) психогенные (неврастения, реактивная депрессия и др.). Для процессуальной - шизофренической астении бессонница нехарактерна.

Ситуация госпитализации – диагностический процесс, различные процедуры, ожидание оперативного вмешательства, обстановка лечебного учреждения, само заболевание (боли, дисфункции и проч.) - нередкая причина нарушений сна у соматически больных.

Абстинентный синдром при зависимостях, маниакальные и депрессивные состояния, другие остро развивающиеся психотические состояния (галлюцинаторные, бредовые, помрачение сознания и проч.) – также обычно сопровождаются расстройствами (ухудшением) сна.

Гиперсомния иногда является как бы обратной стороной ночной бессонницы. Но она может свидетельствовать о более тяжелой астении, в ряде случаев – о грозном органическом заболевании головного мозга (воспалительные процессы, опухоли и др.).

Нарколепсия - пароксизмальная сонливость может встречаться как самостоятельное расстройство или же как синдром в структуре более сложных, многообразных по проявлениям заболеваний.

Лечение расстройств сна исходит из их этиологии. Синдромально ориентированными (а иногда это одновременно оказывается и этиотропной терапией) являются психотерапия (напр., поведенческая –выработка определенного ритуала отхода ко сну, использование специальных формул самовнушения), использование седативных фитопрепаратов (новопассит, препараты валерианы, пустырника и др.), транквилизаторов-гипнотиков. Но при этом следует помнить о возможности привыкания, формирования зависимости. Используются также некоторые антигистаминные препараты, ноотропы без выраженного активирующего действия. Барбитураты применяются редко, в особых случаях, с повышенной осторожностью.

#### **34. Недобровольное освидетельствование и недобровольная госпитализация.**

(1) с. 542-543. . (2) с.188 -189.

Недобровольное освидетельствование (и госпитализация) осуществляются по письменному заявлению ближайших родственников больного, лечащего врача соматического стационара, словом – наиболее близко стоящих к больному лиц. В случаях, не терпящих отлагательств (пункты "а" - непосредственная опасность.. и "в" - существенный вред здоровью,, при оставлении без помощи ст. "3 и 29 "Закона...") нередко приходится экстренно вызывать врача-психиатра, который и принимает самостоятельно решение о необходимости недобровольной госпитализации. Обоснованность ее подтверждается по установленной процедуре врачами стационара.

Сообщение сведений о больном и его заболевании регламентировано и вышеупомянутым Законом, и особым Законом о врачебной тайне. Согласно этим документам информация такого содержания сообщается только в ответ на запросы суда, прокуратуры и медицинских психиатрических учреждений. Во всех остальных ситуациях формулировка сообщаемых о больном сведений должна диктоваться исключительно лечебными – психотерапевтически-реабилитационными соображениями (что совсем не означает потакание необоснованным притязаниям больных).

#### **35.Основные разделы Закона "О психиатрической помощи..."**

"Закон...." формулирует принципы оказания психиатрической помощи, права лиц, страдающих психическими расстройствами, устанавливает формы психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, регламентирует виды психиатрической помощи и порядок ее оказания, контроль и прокурорский надзор за деятельностью

по оказанию психиатрической помощи и другие принципиально важные аспекты психиатрической помощи.

Повторим (см. предыдущий вопрос III-34), что для врача любой специальности особенно значимыми практически являются ст. 23 и 29, регламентирующие порядок недобровольного освидетельствования и недобровольной госпитализации (не путать с принудительным лечением лиц, признанных невменяемыми!).

Ст. 5. утверждает права психически больных: " Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации... Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации". Из перечня прав особо выделим право на:

- уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства,
- получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения, психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях..."

Всего 9 пунктов.

Законом также предусмотрено создание независимой от органов здравоохранения службы защиты прав пациентов, находящихся психиатрических стационарах (ст. 38).

## V. РАЗНОЕ

### 3. Систематика психических расстройств. Особенности МКБ-10.

См. (1) с. 33-35.

МКБ-10 менее строго, чем предыдущие классификации, соблюдает этиологически-нозологический принцип, чаще прибегает к синдромальным оценкам и вообще она более осторожна во всех своих понятиях.

Так вместо "болезни" говорится о "расстройстве". Исчезли понятия психогенного, истерического, психопатии, принципиальное противопоставление психотического и невротического и другие клинически содержательные категории

Для диагностики того или иного расстройства требуется наличие определенного количества его признаков (1-2-5) определенная длительность их существования (2недели, 6 месяцев и т.п.) Это создает удобства в юридически и статистически спорных ситуациях. Но отсутствие принципа клинической динамики (анализ развертывания заболевания во времени со сменой продуктивной и негативной симптоматики и выявления характерных изменений личности) безусловно делает диагностический процесс более примитивным, что не способствует дальнейшему прогрессу психиатрии.

### 4. Течение и исходы психических заболеваний.

См. (1) с. 36-50.

### 5. Распространенность основных психических заболеваний.

См. (1) с.30-32. Распространенность основных психических заболеваний также следует посмотреть в (1) в соответствующем разделе каждой из глав, посвященной тому или иному заболеванию (группе заболеваний). Желательно привести несколько цифр, касающихся самых распространенных и значимых заболеваний (шизофрении, психогенных заболеваний, олигофрении).

### 6. Состояния, при которых возможны суицидальные попытки.

Депрессивные состояния, бред самообвинения, в некоторых случаях - ипохондрический бред, императивные галлюцинации соответствующего содержания, галлюцинации угрожающего и осуждающего содержания. Демонстративные и протестные суициды в клинике расстройств личности. Возможны также неожиданные, безмотивные, импульсивные суицидальные попытки в структуре кататонического симптомокомплекса,

### 7. Психические расстройства, наиболее часто встречающиеся в общей практике.

Астения (соматогенная, при органических заболеваниях головного мозга, психогенная, реже –для общей практики – процессуальная-шизофреническая)

Различные варианты ипохондрических и дисморфофобически-дисморфоманических расстройств.

Маскированная депрессия. Соматоформные расстройства. Психосоматические заболевания. Фобии.

Некоторые варианты психоорганического синдрома (прежде всего сосудистой природы гипертоническая болезнь, атеросклероз).

Малопрогрессирующая шизофрения (шизотипическое расстройство), прежде всего с ипохондрической - сенестопатической, фобической, ипохондрической симптоматикой.

Алкоголизм- первая, реже – вторая стадия, с жалобами на соматическую патологию.

Популярный во многих зарубежных руководствах синдром хронической усталости не представляет из себя особого заболевания, а должен рассматриваться в рамках соматогенно обусловлено патологии. ("Это что-то из области художественной литературы", - так охарактеризовал эту "новую болезнь" авторитетнейший современный отечественный психиатр).

### **9. Особенности соматического обследования психически больных.**

См. (1) с.21-29. Также просмотрите в (2), в главах 2-6, разделы, описывающие клиническое значение изменений отдельных психических процессов.

Следует тщательно осмотреть кожные покровы (следы аутоагрессии, инъекций, рубцы и проч.) Необходимо оценить состояние внутренних органов при назначении психотропных препаратов (сердечно-сосудистая система, печень, почки, отсутствие аденомы простаты, глаукомы и проч.). Выраженные психические нарушения (охваченность бредовыми переживаниями, депрессивная или кататоническая заторможенность, апатия, значительное интеллектуальное снижение и др.) нередко не дают возможности больному сформулировать жалобы соматического плана, адекватно реагировать на исследование физического состояния. Предположительная оценка жалоб больного как ипохондрических также не освобождает врача от необходимости добросовестно обследовать соматическую сферу больного.

Но вместе с тем слепо доверять утверждениям о наличии (актуальном или в анамнезе) каких либо серьезных заболеваний следует не всегда. Так одна из пациенток уверяла курирующих ее студентов в том, что она перенесла несколько инфарктов миокарда. При уточнении сведений выяснилось, что эти нарушения у нее вызывали, ей "делали" преследователи, которые с помощью лазерного луча стремились парализовать ее мозг и похитить ее величайшие открытия. Впрочем, не столь уж редки ситуации, когда реально имеющуюся соматическую патологию психически больной интерпретирует в контексте своих психопатологических переживаний.

В самом широком смысле отношение к своему телу, "переживание своего тела" есть функция психическая, есть "психология телесности" (А.Ш.Тхостов).

*"Главная цель и изучения и преподавания психиатрии должна состоять в том, чтобы научить молодых врачей быть психиатрами и психопатологами не только в больнице и клинике, но прежде всего в жизни, т.е. относиться к так называемым душевно здоровым, так называемым нормальным людям с тем же пониманием, с той же мягкостью, с той же вдумчивостью, но и с той же прямотой, как к душевно нездоровым; разница между теми и другими, если иметь в виду и границы здоровья и болезни, вовсе не так уже велика."*

*П.Б.Ганнушкин*

*Психиатрия, ее задачи, объем, преподавание.  
Избранные труды. М. 1964, с.56.*

Автор благодарит А.Я.Басову и С.В.Володину за помощь в подготовке настоящей работы.