

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина  
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
Кафедра медицинской психологии, психиатрии, психотерапии

**М.Р. Сулайманова**

# **ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

**Учебное пособие**

Допущено Министерством образования и науки  
Кыргызской Республики в качестве учебного пособия  
для студентов высших учебных заведений

Бишкек 2021

УДК 616.89

ББК 56.1

С 89

**Рецензенты:**

*В.И. Тен*, канд. мед. наук, доцент,  
заведующий кафедрой медицинской психологии, психиатрии  
и психотерапии МППП КРСУ;

*С.Д. Назаркулов*, канд. мед. наук, доцент,  
руководитель кафедры неврологии, нейрохирургии  
и психиатрии КГМИ ПиПК имени С.Б. Даниярова;

*У.И. Исмаилов*, канд. мед. наук, доцент,  
директор Республиканского центра психического здоровья;  
*А.Я. Олексюк*, заместитель директора Клинической больницы  
Управления делами Президента и Правительства КР,  
врач-терапевт высшей категории, отличник здравоохранения

Рекомендовано к изданию Учёным советом ГОУВПО КРСУ.

**Сулайманова М.Р.**

С 89 **ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ В ОБЩЕЙ МЕДИЦИН-  
СКОЙ ПРАКТИКЕ:** учеб. пособие / М.Р. Сулайманова. Бишкек:  
Изд-во КРСУ, 2021. 149 с.

ISBN 978-9967-19-803-6

Структурированы и представлены основные характеристики психопатологических нарушений, наиболее часто встречающихся в практической деятельности врача общей медицинской сети. Рассмотрены современные подходы в диагностике и терапии, применяемые в области общесоматической медицины и психического здоровья, включая вопросы, связанные с пандемией COVID-19.

Рекомендовано студентам медицинских вузов, врачам-интернистам, психотерапевтам, психиатрам, наркологам, клиническим психологам, а также организаторам здравоохранения для получения постдипломного образования.

УДК 616.89

ББК 56.1

ISBN 978-9967-19-803-6

© ГОУВПО КРСУ, 2021

## СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	7
ВВЕДЕНИЕ .....	8
ПСИХОПАТОЛОГИЯ КАК ДИСЦИПЛИНА .....	12
Место психиатрии в общей медицинской практике.....	14
ПОНЯТИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ .....	17
Исторические предпосылки, способствующие формированию феномена стигматизации .....	17
Мифы в психиатрии.....	22
Виды стигматизации в психиатрии.....	26
Реформы по дестигматизации в области психического здоровья.....	31
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ .....	34
Особенности выявления психических и поведенческих расстройств в практике врачей общей медицинской сети.....	40
ВОСПРИЯТИЕ. РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ .....	42
Рецепторные расстройства (расстройства ощущений) .....	42
Иллюзии.....	44
Галлюцинации.....	45
Психосенсорные расстройства .....	49
МЫШЛЕНИЕ. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ.....	50
Нарушения мышления по темпу .....	51
Формальные расстройства мышления.....	52
Расстройства мышления по содержанию .....	52

ПАМЯТЬ. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ.....	64
Количественные расстройства памяти .....	64
Качественные расстройства памяти (парамнезии).....	66
ИНТЕЛЛЕКТ. РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА .....	67
Умственная отсталость.....	68
Деменция .....	69
ЭМОЦИИ. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ .....	71
Нарушение устойчивости эмоций.....	72
Нарушение выраженности эмоций .....	73
Нарушение адекватности эмоций .....	73
Расстройства настроения .....	74
Депрессия в практике врача общей медицинской сети.....	75
Диагностические критерии депрессии согласно МКБ-10.....	76
Тревога и «маски» тревоги .....	79
Психофизиологические механизмы формирования аффективных нарушений и психовегетативные симптомокомплексы .....	81
ВОЛЯ. ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА .....	87
Расстройства влечений.....	87
ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА.....	92
Ступор.....	92
Психомоторное (двигательное) возбуждение .....	95
СОЗНАНИЕ. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ.....	97
Количественные расстройства сознания (синдром оглушения).....	98
Качественные расстройства сознания (помрачения сознания) .....	100

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....	105
Плацебо-эффект .....	106
ОСНОВЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ .....	108
Основные исторические вехи развития биологической терапии в психиатрии .....	108
Психофармакотерапия .....	109
Классификация психотропных препаратов .....	111
Нейролептики .....	112
Антидепрессанты .....	118
Анксиолитики (транквилизаторы) .....	124
Снотворные препараты .....	126
Антиконвульсанты .....	127
Нормотимики .....	130
Психостимуляторы .....	131
Ноотропы .....	132
Другие методы биологической терапии .....	133
Психологическая составляющая биологической терапии .....	134
Психические нарушения в период пандемии COVID-19 и мероприятия по их предупреждению .....	136
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	144
ЛИТЕРАТУРА .....	145

Выражаю огромную благодарность  
и глубокое уважение

моим учителям – Валерию Владимировичу Соложенкину, Тамаре Алексеевне Нелюбовой, Асану Джайлобаевичу Джайлобаеву, всем коллегам в области общей медицинской практики и психического здоровья, сотрудникам по научной и образовательной деятельности за предоставленные возможности расширить диапазон теоретических знаний и практических навыков в области психиатрии и интернальной медицины!

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АОБ – адаптационный образ болезни  
БАР – биполярное аффективное расстройство  
БА – бронхиальная астма  
БЛС – бронхолёгочная система  
ГБ – гипертоническая болезнь  
ГТР – генерализованное тревожное расстройство  
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт  
ИМ – интернальная медицина  
ИБС – ишемическая болезнь сердца  
МКБ-10, МКБ-11 – международные классификации болезней 10-го и 11-го пересмотра  
МПЗ – механизмы психической защиты  
ОМС – общая медицинская сеть  
ПР – паническое расстройство  
ПАВ – психоактивные вещества  
ПЭ – побочные эффекты  
ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство  
ПЗ – психическое здоровье  
РА – расстройства адаптации  
РДР – рекуррентное депрессивное расстройство  
ССС – сердечно-сосудистая система  
ФС – феномен стигматизации  
ЯБЖ и ДПК – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

*Каждый раз, работая индивидуально с пациентом, врач имеет дело с особой «планетой», где существуют свой мир, своя биография, своя квартира, своя семья, свои дети, родители – одним словом, все население той «планеты» – всё, что тесно переплетено в человеке. И на этой планете существуют свои законы, которые врачу следует понять. Эффективная система взаимодействия “врач-пациент и всё его окружение” – это гармоничное сочетание планет в галактике, которое приводит не к взрыву, а к росту, взаимодействию и самому лучшему итогу взаимодействия – любви...»*

В.В. Соложенкин

## **ВВЕДЕНИЕ**

Если в начале учебного процесса в медицинском вузе предложить студентам-первокурсникам назвать хотя бы одно известное им психическое расстройство, то наиболее часто можно услышать в ответ «шизофрения», а пациенты, страдающие психическими нарушениями, представляются им в образе «странных», «неадекватных» и «опасных людей», от которых «лучше держаться подальше». Однако эти заблуждения исчезают в процессе изучения психопатологии, психиатрии и клинической психологии. Становится понятно, что существует множество других психических нарушений. После же общения с пациентами в психиатрических отделениях во время практических занятий студенты в основном характеризуют их как вполне «доброжелательных» и «спокойных», а также отмечают, что вне психиатрической лечебницы можно гораздо чаще встретить «агрессивных» и «неадекватных» людей.

Такие явные нарушения, как психомоторное возбуждение, галлюцинации, обычно не представляют особых трудностей

для распознавания их психиатрической принадлежности. Однако грамотная интерпретация происхождения данных нарушений определяет стратегию диагностики и тактику терапии, а следовательно, прогноз течения расстройства для пациента.

В данном пособии речь пойдёт о наиболее распространённых психических нарушениях, встречающихся в общей медицинской практике. Невыраженность и неспецифичность многих психических нарушений, таких как расстройства тревожно-депрессивного спектра, которые преимущественно проявляются в форме соматизированных «масок», не вызывают настороженности у пациентов и их близких в отношении их психического происхождения, часто расцениваются ими как «слабость характера», «преходящее физическое недомогание» или «признак соматического заболевания» и нередко – как проявление «сглаза» или «вселения злого духа», что способствует обращению к представителям нетрадиционной медицины, священнослужителям. Наряду с этим ориентированность современных медицинских подходов на диагностику и терапию психических расстройств в условиях амбулаторного приёма, доступного для потребителя общей медицинской сети, создаёт необходимость наиболее дифференцированного подхода врача-интерниста к неспецифической симптоматике аффективных нарушений и позволяет рассматривать нарушения невротического уровня как *амбулаторные психические расстройства*.

С начала 80-х гг. XX в. Всемирной организацией здравоохранения рекомендовано развивать направление, ориентированное на интервенцию психиатрии в соматические лечебные учреждения, включая подготовку специалистов в области психосоматологии. В Российской Федерации (РФ) программы научно-исследовательского направления, такие как «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети», «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», предполагают изучение популяции, обращающейся в территориальные поликлиники общесоматической сети, выявление пациентов с расстройствами аффективного спектра, диагностическую оценку выявленных нарушений, разработку и апробацию модели взаимодействия групп

врачей (участковых терапевтов, узких специалистов, психиатров, клинических психологов, медицинских сестёр) при оказании помощи пациентам с расстройствами тревожно-депрессивного спектра в условиях общесоматических поликлиники и стационара, формирование методических подходов в диагностике и лечении данного контингента.

В постсоветский период научные исследования в этой области и программы мультидисциплинарного взаимодействия, направленные на реформирование здравоохранения в сфере психического здоровья в Кыргызской Республике, разработаны доктором медицинских наук, профессором Валерием Владимировичем Соложенкиным и воплощены в жизнь совместно с соратниками и учениками, ныне выдающимися специалистами и научными деятелями в области психического здоровья КР: Т.А. Нелюбовой, В.И. Теном, Т.И. Галако, Т.М. Кадыровой, Н.В. Фетисовой, Е.С. Молчановой и другими, в содружестве с ведущими специалистами в области кардиологии и терапии, при безусловной поддержке и активном участии декана медицинского факультета КРСУ, профессора Анэса Гургеновича Зарифьяна. В настоящее время продолжают исследовательские работы, ориентированные на изучение аффективных нарушений, ассоциированных с соматической патологией.

Наметились перспективные подходы для изучения ряда вопросов, связанных с эпидемиологией психических расстройств, терапией и профилактическими мероприятиями. Однако, несмотря на эти достижения, вопросы, связанные с диагностикой психических расстройств амбулаторного уровня в области интернальной медицины, остаются наиболее затруднительными.

В настоящем учебном пособии в доступной для студентов медицинских вузов и психологических факультетов, начинающих специалистов форме представлены актуальные вопросы, связанные с выявлением психических нарушений в общей медицинской сети и их лечением на основе современных подходов в области психиатрии и интернальной медицины. Отдельный раздел посвящён вопросам, связанным с наиболее распространёнными психическими нарушениями в период пандемии COVID-19;

рассматриваются группы лиц, подверженных развитию психических нарушений, а также алгоритм мероприятий по их профилактике.

Нам представляется, что настоящее учебное пособие весьма своевременно для до- и постдипломного образования, а также практической деятельности врачей-интернистов, психиатров, психотерапевтов, наркологов, клинических психологов, организаторов здравоохранения.

## ПСИХОПАТОЛОГИЯ КАК ДИСЦИПЛИНА

Прежде чем приступить к изучению психической симптоматики, следует рассмотреть понятие «психическое здоровье». Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), *психическое* (душевное/ментальное) *здоровье* – это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справиться с обычными жизненными ситуациями (стрессами), продуктивно и плодотворно работать, создавать семью, а также вносить вклад в жизнь общества. Важной составляющей психического здоровья является способность зрелой личности адаптироваться к изменениям окружающей среды и нести ответственность за свои действия, высказывания и поступки.

Термин «психопатология» нередко путают с термином «патопсихология». *Патопсихология* – это дисциплина, являющаяся составной частью клинической психологии и изучающая структуру нарушения психических функций в процессе личностной дезадаптации. Патопсихология является обязательным предметом для изучения психологических дисциплин в соответствующих учебных заведениях.

*Психопатология* – это медицинская дисциплина, изучающая психические симптомы и синдромы как динамический феномен, то есть развитие, преобразование или стагнацию психических проявлений в процессе болезни, а также общие вопросы этиологии, патогенеза, принципы классификации и восстановления нарушенных психических функций. В общесоматической практике, как указывалось ранее, часто встречаются психические нарушения (например, тревога, депрессия) в виде соматизированных проявлений, что представляет значительные дифференциально-диагностические трудности для врачей-интернистов, поэтому феномен соматизации мы будем рассматривать очень часто в процессе изложения материала. Наряду с этим психотические

нарушения (галлюцинации, бред, изменённый уровень сознания, психомоторное возбуждение) – нередкое явление, особенно в таких медицинских направлениях, как геронтология, инфекционные болезни, неврология, анестезиология, послеоперационная реабилитация и др.

Психопатологию также называют *общей психиатрией*. Греческий корень «psyche» переводится как «душа», «iatreia» – «лечение». Таким образом, психиатрия – это медицинская клиническая дисциплина, занимающаяся, прежде всего, выявлением/диагностикой и лечением психических расстройств, а также вопросами в области психического здоровья в целом: изучением этиологии, патогенеза, течения и исхода психических расстройств, организацией психиатрической помощи, профилактики и социальной адаптации пациентов.

В общей психиатрии существуют следующие подразделения: психиатрия зрелого возраста, детская психиатрия, подростковая психиатрия, гериатрическая психиатрия, судебная (экспертная) психиатрия, военная психиатрия, наркология (аддиктивная психиатрия), интернальная психиатрия, транскультуральная (этнокультуральная) психиатрия, сексопатология, суицидология, биологическая/генетическая психиатрия.

**Классификация психических расстройств** сформирована на основе механизма их происхождения:

I. *Эндогенные психические расстройства* связаны с нарушением на уровне генома, возникают при определённых условиях на основе наследственной предрасположенности. Такими расстройствами могут быть: биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, шизофрения, болезнь Альцгеймера и др.

II. *Экзогенные психические расстройства* развиваются в результате воздействия внешних факторов, таких как ЧМТ, онкологические, инфекционные заболевания, употребление психоактивных веществ (ПАВ) и др.

III. *Психогенные психические расстройства* возникают вследствие воздействия психической травмы (дистресса), на фоне конфликта с неприятной ситуацией в системе межличностных

отношений. К ним можно отнести расстройства адаптации, тревожно-фобические, диссоциативные расстройства, реактивные психотические расстройства и др.

IV. *Соматогенные психические расстройства* обусловлены соматическими заболеваниями, чаще системными (гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, тиреотоксикозом и др.).

В общей медицинской практике часто встречаются коморбидные (сочетанные) нарушения.

### **Место психиатрии в общей медицинской практике**

Врачу общей медицинской практики следует свободно ориентироваться в вопросах психопатологии по ряду причин. У пациентов с такими распространёнными заболеваниями, как гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, тиреотоксикоз, сахарный диабет, нейродермит и другие психосоматические расстройства, одним из ведущих обуславливающих факторов является острый или хронический стресс. Ряд психических нарушений проявляется болевыми ощущениями или признаками дисфункций (например, так называемыми соматоформными расстройствами), что напоминает симптомы соматического заболевания, однако в основе имеют место психовегетативные сдвиги. Преобладающее количество таких пациентов являются потребителями медицинских услуг, прежде всего, общей соматической сети. Соматические заболевания сами по себе могут способствовать развитию психических нарушений. Множество научных и статистических исследований обнаруживают широкую распространённость коморбидных соотношений – сосуществования (ассоциированности) психических и соматических расстройств.

По данным В.Н. Краснова, Т.В. Довженко и других авторов, пациенты с психическими расстройствами, включая невротические расстройства, сопутствующие соматическим заболеваниям, составляют более 10 % населения (около 14,5 млн человек) планеты, из них более 69 % (10 млн человек) с непсихотическими

психическими расстройствами находятся вне психиатрической службы, следовательно, не получают адекватной помощи, и лишь примерно 3,83 млн пациентов обращаются в психиатрические диспансеры (Краснов В.Н., Довженко Т.В., 2016). Наряду с этим результаты как отечественных, так и зарубежных современных исследований свидетельствуют о росте уровня распространённости психических нарушений вне психиатрической сети, преимущественно в учреждениях общесоматического профиля. Следует отметить особую когорту пациентов с сочетанными (коморбидными) психическими и соматическими расстройствами, которые на протяжении жизни никогда не обращаются за помощью в учреждения психолого-психиатрического профиля, в связи с чем данный контингент не учитывается службами статистики в официальных отчётах как нуждающийся в специальной профессиональной помощи, что искажает эпидемиологические показатели и клинико-диагностические подходы.

Таким образом, на сегодняшний день обращаемость пациентов с психическими расстройствами амбулаторного уровня к специалистам в области психического здоровья остаётся несвоевременной и крайне проблематичной в силу следующих обстоятельств.

➤ Проявления аффективных расстройств зачастую соматизированы, то есть «маскируются» под соматические симптомы или сосуществуют (коморбидны) с соматическими заболеваниями, что формирует у пациентов так называемый соматизированный призыв к помощи, то есть соотнесение данных признаков заболевания к физическому недомоганию, что наиболее социально приемлемо. Такое восприятие ощущений способствует обращению, в первую очередь, к врачам поликлинического (амбулаторного) приёма.

➤ У врачей общей соматической сети доминирует соматоцентрированная модель болезни, то есть врачи общей медицинской сети ориентированы, прежде всего, на поиск соматической органической симптоматики. Это обусловлено тем, что в медицинском образовании обоснованно доминирует изучение физических симптомов, возникающих на фоне морфологических нарушений.

➤ Данные факторы зачастую затрудняют диагностику психических расстройств амбулаторного уровня, способствуют назначению многочисленных, порой нецелесообразных методов обследования и лекарственных препаратов, а следовательно, кумуляции пациентов в общей соматической сети.

➤ Финансирование психиатрической службы недостаточно. Стоимость лекарств нового поколения с минимальным побочным эффектом в аптечной сети несоизмерима с возможностями потребителя, при этом выбор современных препаратов последнего поколения крайне ограничен.

➤ В Кыргызской Республике существует дефицит квалифицированных специалистов в области психического здоровья, а также условий для проведения современных видов исследований и терапии.

Распространённый среди населения КР феномен стигматизации в психиатрии – предвзятое негативное выделение лиц, страдающих психическими заболеваниями, сохраняет стереотипный страх обращения к специалистам в области психического здоровья ещё с советских времен, когда психиатрическая служба, являясь, в первую очередь, лечебно-профилактическим органом, нередко использовалась в карательных целях. Пациенты, страдающие психическими заболеваниями, считают себя неполноценными людьми, избегают социального осуждения и отчуждения. Близкие таких пациентов скрывают информацию о наличии у него психического заболевания, опасаясь порицания и игнорирования со стороны родственников и знакомых, неудач в карьере и личной жизни.

➤ Явления стигматизации нередко подпитываются и усиливаются средствами массовой информации (СМИ), которые искажают события, связанные с участием психически больного человека или врача-психиатра.

➤ Следует отметить, что при появлении выраженных психических нарушений или при неэффективности традиционной терапии пациенты по настоянию родственников или знакомых зачастую обращаются к народным целителям и «молдо» (в переводе с кыргызского и других тюркских языков – «священнослужителям»),

ожидая быстрый эффект от «чудотворного действия». Врачи-психиатры стационарных отделений Республиканского центра психического здоровья (РЦПЗ) прекрасно осведомлены о губительных последствиях такого псевдолечения, когда у пациентов с психотическими нарушениями усугубляется симптоматика, что может привести к трагическим последствиям.

## **ПОНЯТИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ**

### **Исторические предпосылки, способствующие формированию феномена стигматизации**

*Стигма* (Στίγμα – с греч. «ярлык, клеймо») – с английского языка (stigma) переводится как «выжженное клеймо», «позор», «пятно», «бесславиe». Феномен стигматизации – это распространённый в обществе процесс выделения индивида или группы людей на основании определённых, не приемлемых обществом признаков с целью осуществления соответствующих санкций. Общественная стигматизация, согласно И. Гофману (Goffman E., 1963), означает «вид отношений между постыдным общественным качеством, задающим неспособность к полноценной общественной жизни из-за лишения права на общественное признание, и стереотипом – ожидаемым отношением к нему со стороны социума». Это выделение людей на основании качеств, как правило осуждаемых обществом, своего рода структурирование окружающего мира (так проще обесценивать качества других личностей в угоду собственной самооценки). Феномен стигматизации встречается в различных сферах жизни. Наиболее частым таким проявлением являются расхожие утверждения, например: «ботаники – умные, но слабые: их можно бить» (на самом деле современные грамотные люди стремятся развиваться гармонично и достаточно много времени уделяют физическим упражнениям, занятиям в спортивных секциях); «женщины плохо водят

машину» (однако инструкторы по вождению утверждают, что женщины более тщательно соблюдают правила дорожного движения); «россияне любят водку, и у них по городам разгуливают медведи» (в действительности же у любого народа есть любители выпить спиртные напитки, в России большинство людей не страдают зависимостью к ПАВ, а медведи – это дикие животные, проживающие в лесной местности во многих странах, избегают городских поселений); «южане – более страстные, чем северяне» (понятно, что на юге, как и на севере, так же как на западе и востоке, живут разные по темпераменту люди); «психические больные опасны для общества» (однако мы знаем, что преступления совершают разные люди, большинство из которых никогда не обращались к психиатру, и студенты медицинских вузов, встречающиеся с пациентами в психиатрической клинике, напротив, отмечают зачастую их дружелюбность).

Стигматизация – распространённое явление при разделении людей по профессиональному принципу, которое выражается в представляемых образах тех или иных специалистов, например: «с врачами шутить опасно – у них чёрный юмор», или «все гаишники на дорогах берут взятки», или «законы знают только юристы», или «психиатры – сами ненормальные люди», или «в компании с психиатром следует вести себя прилично, а то ещё обнаружит какой-нибудь диагноз» и т.д. В основе всех этих утверждений лежит страх и механизмы психологической защиты, формирующие общественное сознание. На сегодняшний день феномен стигматизации, как никогда, актуален в странах, где происходят процессы миграции целых народов, и связан с явлениями ксенофобии – неприятия чужой культуры, этноса, что значительно упрощает восприятие окружающего мира. Для того чтобы понять причину устойчивости стигматизации в области психического здоровья, следует рассмотреть важные исторические и социальные предпосылки формирования психиатрии в целом.

Во многих религиозных конфессиях душа считалась и до сих пор считается «божественной» (греч. *psyche* – душа), а телесное – «земным». Однако психические отклонения в различных культурах трактовались исходя из социальной приемлемости. Как известно,

Гай Юлий Цезарь (по утверждению Плутарха) страдал приступами «падучей» (эпилептическими припадками). Многие власти, начиная с фараонов, страдали психическими заболеваниями, передающимися по наследству, в связи с тем что их браки осуществлялись по расчётливому родству. Но так как короли и цари рассматривались как божественные посланники, то психическое расстройство играло роль «избранности» в угоду правителю.

В средневековой Европе люди с проявлениями психических заболеваний подвергались социальному осуждению и жестоко наказывались: их содержали в цепях, в отдалённых монастырях, родственники их изгоняли из семьи, людей, возомнивших себя «святыми» или отличными от представления служителей церкви, сжигали или казнили (рисунки 1–3).

На Руси душевно больных издревле называли «юродивыми», «блаженными» и нередко присваивали им качества святости; люди считали своей необходимостью делать пожертвования для



Рисунок 1 – Гойя «Дом умалишённых» (фотокопия картины из информационного интернет-ресурса. URL: <https://art.goldsoch.info/dom-sumasshedshix-fransisko-de-gojya/> (дата обращения: 04.11.2020 г.)



Рисунок 2 – «Сцена в Бетлемской больнице» из цикла Уильяма Хогарта «Карьера мота», гравюра 8, XVIII в. (фотокопия картины из информационного интернет-ресурса. URL: [https://aif.ru/society/history/monastyr\\_kak\\_durdom\\_kakim\\_bylo\\_otnoshenie\\_k\\_umalishyonnum\\_na\\_rusi](https://aif.ru/society/history/monastyr_kak_durdom_kakim_bylo_otnoshenie_k_umalishyonnum_na_rusi) (дата обращения: 01.12.2020 г.)



Рисунок 3 – Тони Робер-Флери «Доктор Филипп Пинель освобождает от оков психически больных в больнице Сальпетриер в 1795 году» (фотокопия картины из информационного интернет-ресурса. URL: <https://www.psyandneuro.ru/rubriki/istorija-psihiatrii/moral-therapy/> (дата обращения: 01.12.2020 г.)

них. Однако такое шадящее отношение постепенно сменилось тенденцией к изоляции психически больных лиц. По указу царя Петра Первого была создана «Программа призрения сирых и убогих», строились богадельни и дома призрения по примеру европейских стран. При Екатерине II открывались «смирительные» дома с полутюремным режимом, куда помещали «буйных ленивцев» и лиц «непотребного и невоздержанного жития». Наряду с этим получили дальнейшее развитие палаты и дома призрения как благотворительные организации, в которых оказывалась помощь обездоленным, включая душевнобольных.

В середине XX в., в годы Второй мировой войны, массовое уничтожение психически больных являлось доктриной фашистского и нацистского режимов отдельных западноевропейских государств, рассматривавших в тот период людей с психическими заболеваниями как «непригодный человеческий материал»: над ними производили чудовищно жестокие медицинские опыты, их уничтожали. Надо отдать должное, что многие годы эти страны показательно признают свои ошибки и всячески стараются загладить свою вину перед человечеством: проводятся реформы, направленные на гуманизацию общества, оказание значительной финансовой помощи пациентам с психическими расстройствами и множество других социальных и медицинских мероприятий, ориентированных на дестигматизацию данных пациентов.

В послевоенные период психиатрия осуществила колоссальный рывок в развитии в связи с созданием фармацевтических препаратов психотропного воздействия. Вместе с тем развивалась советская психиатрия. Наряду с тем что её представителями были великие врачи и учёные, эффективно лечившие пациентов с психическими нарушениями, всё же данная область медицины нередко была заложницей советской системы, как и многие другие отрасли. В психиатрические больницы помещали не только пациентов, действительно страдающих психическими расстройствами, но и некоторые выдающиеся личности становились принудительными пациентами психиатрических учреждений. Это были великие художники, поэты, учёные, диссиденты, чьи взгляды и поведение разнились с мировоззрением общей массы людей

в условиях советского режима. Система их принимала за людей с психическими отклонениями и пыталась «исправить».

В определённых культурах северных народов, индейцев, африканских племён лечением психических отклонений занимались шаманы, которые при наличии у соплеменника психических проявлений ритуально изгоняли «нечистые силы», якобы «вселившиеся» в человека. В азиатских странах, в частности в Кыргызстане, и поныне распространено обращение за помощью к «молдо» (местным священнослужителям), которые также нередко расценивают психическую симптоматику как проявление «злого духа» или воздействие «сглаза».

Таким образом, на основе перечисленных и многих других исторических событий сложились мифы и легенды о пациентах с психическими расстройствами, а также об области психического здоровья в целом, которые на сегодняшний день абсолютно не соответствуют действительности.

## **Мифы в психиатрии**

Мифы в психиатрии являются стереотипами субъективного восприятия социумом психически больных людей, психиатров и сферы психического здоровья в целом, не имеющие под собой убедительной основы, выстроенные в сознании людей в результате отсутствия необходимой информации, догадок либо в силу индивидуального эпизодического опыта знакомых. Данные заблуждения являются результатом активизации механизмов психологической защиты (МПЗ), чаще всего таких как «генерализация», «проекция», «интроекция» и др. Таким образом, в процессе построения здорового общества врачам амбулаторной практики общей медицинской сети, которые чаще всего сталкиваются с сомнением пациента в отношении обращения к психологам, психиатрам, психотерапевтам, следует развенчивать эти мифы с целью своевременного оказания необходимой специализированной помощи людям, страдающим психическими расстройствами, и их близким.

Наиболее распространёнными мифами в области психического здоровья являются следующие:

*Миф 1.* Большинство людей полагает, что главным проявлением психического заболевания является «повышенная агрессивность». Данное заблуждение основывается, прежде всего, на том, что наиболее заметным симптомокомплексом, вызывающим всеобщее внимание и страх, является двигательное (психомоторное) возбуждение как одно из проявлений психотического расстройства, в процессе которого поведение пациента расценивается как «непонятное», «неадекватное» и «агрессивное». Однако такое психическое нарушение встречается редко, а перечисленные характеристики порой неверно истолковываются. Зачастую мамы подростков обращаются с просьбой проконсультировать ребёнка, так как, с её слов, «он стал неадекватным и агрессивным», только потому что подросток, взрослея, вдруг стал полагаться на собственное мнение, доказывая его окружающим, а мама его «непо слушание» расценивает, как некую «неадекватность».

Наиболее распространены в популяции психическими нарушениями являются тревожно-депрессивные расстройства амбулаторного уровня, которые населением часто не рассматриваются как проявление психического заболевания и не вызывают опасения у родственников пациента, поскольку протекают до поры до времени в виде так называемых «масок», чаще всего выраженных психовегетативными проявлениями (см. раздел «Маски тревоги»). Данные нарушения в случае отсутствия их своевременной диагностики и терапии наиболее часто могут представлять неблагоприятные последствия для человека в перспективе, обуславливая развитие соматического заболевания или хронифицируя его течение, прежде всего, в силу психосоматических связей, подробно описанных нами в учебном пособии «Введение в стрессологию» (Тен В.И., Фетисова Н.П., Сулайманова М.Р., 2016).

*Миф 2.* Многие считают, что пациенты, страдающие психическими расстройствами, «представляют социальную опасность». Это утверждение абсолютно неверно. Для социума в большинстве случаев пациенты не являются опасными. В настоящее время наиболее опасными, патогенными и широко распространёнными являются туберкулёз, сибирская язва, туляремия, холера, чума, а также, как мы убедились в 2020 г., разновидность

ОРВИ – COVID-19 и многие другие заболевания, требующие незамедлительной организации карантинных мер. Большинство пациентов с психическими нарушениями невротического уровня могут получать терапию амбулаторно, проживая с семьёй, посещая рабочие коллективы, выезжая на отдых. И лишь некоторые проявления психических заболеваний могут представлять непосредственную угрозу в случае возникновения, например, императивных галлюцинаций – голосов, отдающих приказы причинить вред здоровью или жизни окружающим людям. В этих случаях необходима экстренная госпитализация в стационарное отделение психиатрического профиля для проведения соответствующей терапии. Следует отметить, что принудительная госпитализация возможна только в единичных случаях, часто по согласованию с родными: при наличии угрозы для здоровья и жизни окружающих или самого пациента (при суицидальной настроенности пациента), при неспособности пациента, страдающего психическим расстройством, самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, а также вследствие ухудшения психического состояния, представляющего существенный вред здоровью, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи (согласно закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», принятому Законодательным собранием Жогорку Кенеша КР от 25 мая 1999 г., в редакции законов КР от 4 июля 2005 г. № 88). Во всех остальных случаях консультация или терапия у психиатра возможна после информированного согласия совершеннолетнего гражданина; при несовершеннолетии – согласие дают родители или опекуны, признанные в закондательном порядке.

*Миф 3.* Некоторые люди полагают, что психические заболевания «заразны». Данное заблуждение основано на феномене индуцирования симптоматики, когда идеи пациента разделяются близкими людьми, для которых пациент, страдающий психическим расстройством, эмоционально значим. Например, жена пациента рассказывает знакомым, что их глава семейства, учитель истории сельской школы, «разрабатывает проекты современных подводных лодок» и посылает их в различные военно-морские

учреждения, в скором времени, по её мнению, он «получит большие деньги» и семья наконец-то «перестанет бедствовать».

Другой пример индуцирования бредовой симптоматики: мать разделяет убеждение сына, что на него якобы окружающие люди «смотрят как-то не так», в связи с тем что у него «неправильные нос и брови», это «мешает» ему выходить из дома, учиться в школе, в вузе, общаться с кем-либо, даже с другими членами семьи. Несмотря на заверения профессионалов в области пластической и челюстно-лицевой хирургии об отсутствии показаний для хирургического вмешательства, мать, отрицая на подсознательном уровне наличие у сына психического расстройства, настаивает и оплачивает множество пластических операций для того, чтобы её сын общался и учился «как все». Вынужденное обращение семьи к психиатру происходит лишь после неудачной суицидальной попытки пациента, так и не получившего удовлетворения от какой бы то ни было хирургической операции.

*Миф 4.* Существует предположение, что абсолютно все психические заболевания «передаются по наследству» – это не соответствует истине. Среди населения наиболее распространены психические нарушения тревожно-депрессивного спектра, которые имеют психогенную природу, то есть возникают в результате острого или длительного воздействия дистресса (например, вследствие постоянных конфликтных отношений в семье, в коллективе, событий, представляющих угрозу здоровью и жизни, получения информации о тяжёлом заболевании у близкого, или смерти, или о всемирной пандемии и т.п.). Наряду с этим известно, что не у всех лиц, перенёвших психическую травму, формируется психическое расстройство. Очевидно, что некоторые психические расстройства эндогенного происхождения (такие как шизофрения, биполярное аффективное расстройство, болезнь Альцгеймера и другие) в сочетании с неблагоприятными условиями жизни могут развиваться у биологических родственников, и это сравнимо с тем, как по наследству передаётся предрасположенность к гипертонической болезни, сахарному диабету и другим соматическим расстройствам. Психические нарушения могут развиваться также у лиц, не имевших в анамнезе наследственной

предрасположенности. Представители психологических школ объясняют возникновение психических расстройств, в том числе и шизофрении, прежде всего, как результат формирования интрапсихических конфликтов у личности. Генетические исследования данных расстройств остаются весьма противоречивыми.

*Миф 5.* Некоторые убеждены, что пациенты с психическими расстройствами «беспомощны». На самом деле большинство пациентов работоспособны. Многие люди, обращающиеся за помощью к специалистам в области психического здоровья, вполне благополучны в семейной, бытовой и профессиональной сферах, ведь основная задача специалистов в области психического здоровья – адаптация пациента к социальной жизни с ориентацией на более высокий уровень качества жизни.

*Миф 6.* Существует мнение, что психические заболевания «не поддаются излечению». В настоящее время используются качественные и высокоэффективные фармакологические препараты, а также психотерапевтические техники, ориентированные на излечение болезни или на длительную ремиссию. И чем в более раннем периоде расстройства ведётся работа с пациентом, тем благоприятнее прогноз течения заболевания и его исход.

Перечисленные и многие другие мифы способствуют развитию феномена *стигматизации*.

## **Виды стигматизации в психиатрии**

Выделяют следующие виды стигматизации:

➤ *Стигматизация лиц, страдающих психическими заболеваниями*

Исторические предпосылки формирования того или иного общественного строя свидетельствуют о различной трактовке места пациента с психическими и поведенческими расстройствами в жизнедеятельности общества. Но основная суть сводится к выделению данного индивида (или группы людей) с психическими нарушениями из общей массы людей.

К сожалению, на сегодняшний день в Кыргызстане стигматизация пациентов с психическими расстройствами остаётся

актуальной. Бывают случаи, когда при возникновении выраженных психических нарушений у члена семьи родственники, вместо того чтобы проконсультироваться у специалиста, ведут больного к молдо или народным целителям. В результате совершения обрядов или неких процедур нередко усугубляется психотическая симптоматика.

При обращении к семейному врачу родственники часто замалчивают о том, что пациент, к примеру, часто разговаривает сам с собой, и традиционно предъявляют жалобы, в первую очередь, на соматическую симптоматику, а там, на приёме, «врач сам разберётся, на то он и врач», а «если не обнаружит психических отклонений, значит всё нормально». Зачастую родители заранее назидательно предупреждают заболевшего пациента не рассказывать о наличии голосов или о других странностях в поведении: «Скажешь врачу, что только голова болит, а то ещё подумает, что ты сумасшедший, тогда сразу отправит в психушку!» Вспоминается случай, когда мать по рекомендации врача-эндокринолога привела свою семнадцатилетнюю дочь на консультацию к психотерапевту. Девушка ничего не ела, стала замкнута и равнодушна к матери и другим родственникам, перестала общаться с окружающими, значительно потеряла в весе. При этом специалистом выявлена у девушки галлюцинаторно-бредовая симптоматика (у пациентки имелись твёрдые убеждения, что она – «мессия», слышала голоса, приказывающие «не употреблять пищу», убить всех, «кто мешает ей стать совершенной»), и в первую очередь, мать, а также были обнаружены другие признаки психического расстройства). Однако мать, после того как была информирована о необходимости лечения пациентки в условиях психиатрического стационара, вместо того чтобы прислушаться к мнению специалиста, начинает бить свою дочь, грубо отчитывая: «Ты чего это напридумала у доктора, ты что, совсем психованная дура?»

Нередко родители, стараются умолчать о рождении детей с психоневрологическими отклонениями и отправляют их подальше в аилы (сёла) к родне, порой вовсе не заинтересованной и часто не способной осуществлять реабилитационные мероприятия.

Множество случаев свидетельствует о том, что родители, будучи сами склонны к стигматизации, запускают процесс самостигматизации у своих детей, которую рассмотрим ниже. Безусловно, слабое участие государства в процессах финансовой поддержки и реабилитации пациентов с психическими и поведенческими нарушениями стагнирует процессы стигматизации.

➤ *Стигматизация врачей-психиатров* сформировалась на основании их ключевой деятельности в области психиатрии. С одной стороны, бесчисленное множество эффективных случаев излечения у психиатров зачастую замалчивается пациентами по понятным причинам – из страха осуждения со стороны социума по поводу наличия факта собственного психического расстройства в анамнезе, и большинство высококвалифицированных психиатров остаются, к сожалению, в тени. С другой стороны, запущенные хронические психические расстройства с многолетним течением, с которыми чаще всего приходится сталкиваться психиатрам, требуют длительной, иногда пожизненной терапии, как и многие хронические соматические заболевания, что формирует среди населения ореол безнадёжности быстрого, «чудодейственного» исцеления у психиатров.

К сожалению, психиатры, как и вся психиатрия, использовались в качестве одного из инструментов корректирующего воздействия на позицию личности, не угодную советской системе. И, как следствие, корень «психо-» в названии специальности часто по сей день вызывает у населения постсоветского пространства страх, настороженность, неприятие, в лучшем случае – любопытство. А ведь мало кто знает, что с греческого языка слово «psyche» переводится как «душа».

В начале 90-х гг. прошлого века в рамках программ реформирования в здравоохранении стали создаваться психотерапевтические кабинеты при каждой территориальной поликлинике общего соматического профиля. Вспоминаются пациенты того времени – люди средних лет, воспитанные, получившие образование в советское время, которые робко заглядывали в кабинет, оглядываясь по сторонам – «не видит ли кто из знакомых, куда он/она обращается». Некоторые пациенты и даже врачи-интернисты,

проходившие мимо двери с табличкой «психотерапевт», хотели просто посмотреть на специалиста, работающего под эдаким «таинственным» названием. В представлении некоторых из них это был либо «чудо-целитель», либо «человек с растрёпанными волосами, в очках и обязательно с дубинкой в руке». Данный собирательный образ психиатров был исследован среди населения как «образ врача-психиатра» в рамках концепции личностно-средового взаимодействия (ЛСВ), разработанной профессором В.В. Соложенкиным, и является отголоском периода, когда государство использовало психиатрию не только в качестве лечебной отрасли, но и как карательный инструмент, а также проявлением выраженной стигматизации к специалистам в области психического здоровья.

Определённую роль в ореол таинственности профессии психиатра приносят средства массовой информации, художественная литература и кинематограф, в которых залог успешности – закрученные сюжеты, где один из главных героев – врач-психиатр, непременно с характером от чудаковатого до крайне опасного, с признаками каннибализма. Как правило, такие творческие вымыслы делают произведения бестселлерами, а их авторов – знаменитостями и лауреатами самых престижных премий в области литературы и киноиндустрии. На рисунке 4 представлено одно из известных произведений великого Ван Гога – портрет его психиатра, доктора Гоше: доктор, изображённый на нём, выглядит чудаковатым, но произведение живописи гениально!

➤ *Стигматизация психиатрии как дисциплины*

Если интернальная медицина развивается с древности как наука, с её теорией и экспериментом, то психиатрия – это относительно молодая отрасль медицины, при этом не является наукой в полном смысле этого понятия. Ведь душа (psyche) – не материальный субстрат, её невозможно ощутить так, как биение сердца или перистальтику кишечника, к ней нельзя прикоснуться, как, например, к мозгу или любому органу при вскрытии. Благодаря знаменитым учёным в области неврологии, психиатрии, психологии, генной инженерии, цифровых технологий, психиатрия как дисциплина стала рассматриваться с точки зрения подхода, приближенного к научному. Если Зигмунд Фрейд, один из первых учёных,



Рисунок 4 – Фотокопия картины Ван Гога «Портрет Доктора Гаше» (из информационного интернет-ресурса. URL: [https://muzei-mira.com/kartini\\_gollandia/1811-portret-doktora-gashe-vinsent-van-gog-1890.html](https://muzei-mira.com/kartini_gollandia/1811-portret-doktora-gashe-vinsent-van-gog-1890.html) (дата обращения: 01.12.2020 г.)

в конце XIX – начале XX в. эмпирически структурировал и описал психику в виде сознательной, подсознательной и бессознательной её структур, то в настоящее время психиатрия шагнула до уровня изучения аллелей, ответственных за то или иное психическое нарушение. Создаётся множество информационных технологий, ориентированных на развитие (моделирование) искусственного интеллекта. Однако в силу ограниченных возможностей проведения эксперимента над психикой, к психиатрии как к науке и поныне остаётся множество вопросов.

➤ *Самостигматизация* включает переживание пациента с психическим расстройством своей несостоятельности в определённых сферах жизни по сравнению с окружающими членами общества, снижает его самооценку. Как уже подчёркивалось, зачастую процессы самостигматизации запускаются родителями, крайне стеснительно и даже негативно относящимися к своим

детям с психическими нарушениями, что формирует у пациента чувство вины, стыда, что является фундаментом самостигматизации. Одним из проявлений компенсаторных механизмов, сохраняющих самооценку больного, становятся дистанцирование от общества, что способствует усилению дезадаптивных форм поведения. Множество научных работ, посвящённых изучению феномена стигматизации, определяют сильную связь между самостигматизацией и феноменом регоспитализаций у пациентов с глубокими психическими заболеваниями.

Описание актуальных вопросов феномена стигматизации следует дополнить некоторыми наблюдениями. У определённой части студентов КГМА и медфака КРСУ процесс стигматизации начинается на первых курсах с обозначения тетради для лекций и практических занятий по дисциплинам, связанным с психологией и психиатрией, словом «психня» – это также элемент стигматизации. Преподаватели этих предметов, безусловно, разъясняют губительные последствия процессов стигматизации, максимально информируя студентов о психологических и психотерапевтических основах врачебной профессии, о психических и поведенческих расстройствах. И если данное выражение всё ещё фигурирует в лексиконе старшекурсников, им следует осознать, на правильном ли пути они находятся в процессе обучения специальности врача. Пациенты с психическими и поведенческими расстройствами амбулаторного уровня, а тем более с коморбидными (сочетанными) психическими и соматическими нарушениями являются по большей части потребителями медицинских услуг широкого спектра специалистов общей медицинской сети.

### **Реформы по дестигматизации в области психического здоровья**

Проблемы стигматизации в Кыргызской Республике требуют активного проведения мероприятий, ориентированных на максимальное устранение этого феномена в обществе и улучшение качества диагностики и терапии пациентов с психическими и поведенческими расстройствами. В период становления Кыргызстана

как независимой республики реформы в сфере психического здоровья были инициированы выдающимся учёным-психиатром, доктором медицинских наук, профессором Валерием Владимировичем Соложенкиным, в настоящее время они проводятся его последователями, прежде всего, в направлении интеграции психиатрии и общей медицины. Наиболее значимые и эффективные мероприятия предусматривают:

I. Вовлечение врачей первичного звена, внедрение в практику врача ОМС клинических протоколов по ведению пациентов с лёгкими формами постстрессовых расстройств, ГТР, ПР, тревожно-депрессивного и других расстройств амбулаторного уровня; привлечение педиатров для выявления психических расстройств на ранних стадиях, таких как нарушения психологического развития, смешанные расстройства развития школьных навыков, гиперкинетические расстройства, дефицит внимания, органические астенические расстройства у детей и т.д. В клинических протоколах подробно изложены критерии диагностики и схемы терапии психических расстройств амбулаторного уровня.

II. Проведение образовательных семинаров-тренингов для врачей первичного звена, где специалисты обучаются грамотной коммуникации с пациентами такого рода и их родственниками.

III. Использование понятий, дестигматизирующих пациентов с психическим расстройством: вместо «больной» использование терминов «пациент», «пользователь услуг в области психического здоровья», вместо «болезнь» – «расстройство». В новых классификациях психических и поведенческих расстройств DSM-10 и DSM-11 произошла смена стигматизирующих терминов, часто используемых населением в быту с целью обесценивания человеческого достоинства: «психопатия» – на «расстройство личности и поведения», «истерия» – на «диссоциативное расстройство»; «алкоголизм», «наркомания», «токсикомания» – на «зависимость к психоактивным веществам»; «олигофрения» «дебильность», «имбецильность», «идиотия» – на «умственную отсталость» и т.д.

IV. Происходит уменьшение числа психиатрических стационаров и сокращение коек в них, осуществляется интенсификация терапии во время стационарного лечения;

V. Осуществляется сдвиг акцента на внебольничную помощь и её расширение, создание небольших консультационных центров психического здоровья, различных реабилитационных центров, где проводится лечебно-диагностическая и профилактическая помощь амбулаторно.

VI. Перевод психиатрических служб в «службы психического здоровья», активное привлечение социальных работников, психологов, юристов.

VII. В штаты вводится должность медицинской сестры, осуществляющей регулярный патронаж на дому и мониторинг состояния здоровья такого рода пациентов.

VIII. Использование в практической деятельности критериев диагностики, согласно современным международным классификациям болезней: DSM-5, ICD-11 (МКБ-11), а также клинических протоколов по диагностике и терапии и регулярное их совершенствование способствует унифицированию диагностики психических расстройств. Таким образом, установление психиатрического диагноза возможно только при соответствии симптомов расстройства разработанным критериям того или иного симптомокомплекса, что делает заключение психиатров максимально объективизированным, единым и препятствует личностному своеволию специалиста.

IX. Следование постулатам основного законодательного документа, регулирующего права пациентов при оказании им психиатрической помощи (в Кыргызстане – закон КР «О психиатрической помощи и гарантиях граждан при ее оказании», 17 июня 1999 г.). Следует отметить, что данный закон содержит отдельные статьи, благодаря которым граждане КР имеют право обращаться за психолого-психиатрической помощью в добровольном порядке, несовершеннолетние – сугубо с согласия родителей или опекунов.

Существуют эпизодические случаи, когда некоторые пациенты не могут правильно воспринимать окружающую действительность и руководить своими действиями, при этом они могут быть госпитализированы в специализированный стационар в недобровольном порядке (с согласия их ближайших родственников или опекунов):

1) пациент с психическими проявлениями представляет опасность для себя и окружающих;

2) беспомощность и неспособность пациента осуществлять основные жизненные потребности в связи с психическим расстройством;

3) уверенность или предположение об ухудшении психического состояния здоровья в случае, если пациент будет оставлен без своевременной психиатрической помощи.

Х. Повышение грамотности пациентов и их родственников, а также осуществление информированности населения о распространённости психических и поведенческих расстройств и возможности своевременного лечения в амбулаторных условиях. С этой целью мы рекомендуем внедрять *школы психического здоровья*, прежде всего, в поликлинические учреждения общего соматического профиля.

Таким образом, основная цель дестигматизирующих мероприятий – повышение качества жизни населения в целом.

## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Процесс обследования пациентов с психическими и поведенческими расстройствами проводится на основе конструкции *адаптационного образа болезни (АОБ)*. В настоящее время существуют следующие методы обследования.

1. **Клиническое интервью** – основной метод, который заключается в определённых формах беседы врача-психиатра (психотерапевта) и пациента.

*Формы клинического интервью:*

1. Свободная – такая беседа, в которой специалист сам определяет ход беседы.

2. Полуформализованная – специалист выделяет основные пункты беседы.

3. Строго формализованная – варианты вопросов и ответов строго определены.

### *Структура клинического интервью*

#### ➤ Выявление жалоб (проблемы)

В процессе выявления жалоб определяются так называемые *жалобы первого порядка* – жалобы, которые предъявляются пациентом спонтанно. Например, пациент при посещении врача предъявляет жалобы на головную боль. Всё, что связано с головной болью: характер, продолжительность, связь со временем суток и т.д., является жалобами первого порядка.

*Жалобы второго порядка* выявляются при целенаправленном опросе врачом по определённой схеме обследования пациента. Врачу следует уточнять жалобы, которые пациент упустил при рассказе о своём состоянии, или не осмелился признаться самостоятельно, или они бессознательно вытеснены. Например, пациент обратился к врачу по поводу головной боли, однако при целенаправленном опросе оказалось, что у него давно нарушен сон, но он не считает это симптомом заболевания, так как «привык» к ранним пробуждениям. Или пациентка с жалобами на перепады уровня артериального давления (АД) вскоре после перенесённого инсульта стала слышать высказывания умершего мужа, содержание которых крайне интимно для неё, и она не уверена, стоит ли об этом рассказывать посторонним.

➤ Выявление анамнеза, то есть истории возникновения и течения расстройства

Анамнез изучается как со слов пациента – так называемый *субъективный анамнез*, так и со слов родственников, окружающих либо сопровождающих лиц – *объективный анамнез*. Следует заметить, что понятие «объективный» всегда относительно, так как поведение пациента рассматривается через «призму» преломления собственного, всегда субъективного, восприятия.

*Анамнез болезни:* наличие или отсутствие отягощённой наследственности; причины и время возникновения симптомов; динамика развития симптомов; к кому обращались (специалистам, молдо или др.). Важно определить отношение к симптомам – **что чувствует** пациент в процессе возникновения симптома: пациент может испытывать как тревогу, страх, одиночество, так и удовольствие, эротическое возбуждение или другие чувства. К примеру,

пациент 70 лет, проживающий один в селе (дети работают и учатся в столице), после перенесённого инсульта и через три месяца после смерти жены начинает слышать её голос, что его радует и мотивирует на деятельность по домашнему хозяйству, при этом он вовсе не чувствует себя одиноким и оставленным детьми.

*Анамнез жизни:* здесь исследуются динамика развития в перинатальный период, в ранний период детства и подростковый период; особенности взаимодействия с родителями, сверстниками, адаптации в коллективе; динамика получения учебных навыков; спортивные увлечения, хобби. Выясняется наличие эпизодов приёма или злоупотребления ПАВ. Необходимо определить наличие или отсутствие суицидальных тенденций: здесь важно в процессе беседы с пациентом и создания доверительной атмосферы задать вопрос о наличии суицидальных мыслей в настоящем, попыток в прошлом или намерений совершить в будущем.

*Соматический анамнез:* важно выявить или исключить наличие соматического диагноза в прошлом или настоящем, что могло спровоцировать или усугубить настоящее психическое расстройство. Нередко у пациентов общей соматической сети встречается так называемый феномен коморбидности, то есть сосуществования нескольких диагнозов.

*Осмотр пациента* проводится в системном порядке по существующим правилам исследования соматического состояния, при этом особое внимание уделяется неврологическому состоянию пациента.

*Актуальный психический статус* является определяющим в установлении психиатрического диагноза. Врачом изучаются и описываются следующие аспекты: внешний вид пациента (опрятен ли пациент или не уделяет внимание своему внешнему и гигиеническому состоянию), способность к контакту (способен ли пациент вести диалог или относиться к общению формально), ориентировки в собственной личности, месте, времени, окружающих лицах, обстановке, уровень ясности или изменённости сознания, наличие расстройств восприятия, мышления, памяти, эмоциональных, волевых, речевых, двигательных нарушений, уровень развития интеллекта, степень критичности (насколько пациент

объективно относится к своему расстройству, заинтересован ли в излечении). Необходимо определить наличие в прошлом суицидальных мыслей или действий, актуальность намерений в настоящем времени или планирование в будущем. При обнаружении суицидальных тенденций определяется их характер, содержание, условия возникновения, актуальность в настоящее время.

➤ Наблюдение за поведением пациента позволяет выявить так называемые *симптомы третьего порядка* – это признаки заболевания, которое врач замечает в процессе интервью и внимательного наблюдения за пациентом. При общении с пациентом врачу следует соотносить вербальные и невербальные признаки взаимодействия. *Невербальные признаки* – это проявление подсознательных механизмов психологического состояния, выражающихся в движении глаз, частей тела, интонации речи, мимике, позе пациента и т.п. В азиатской культуре на вопрос «Как вы себя чувствуете?» принято отвечать «Хорошо». И если при таком ответе врач замечает закрытость позы, напряжённость в шейно-плечевой области, скорбную мимику лица, тихий голос, неуверенные интонации, постукивание пальцев о стол или другие невербальные знаки, то это значит, что в действительности у пациента не всё хорошо. Другой пример: врач-кардиолог, каждый раз делая обход в стационаре, замечает, что после процедуры аускультации и пальпации пациентка выходит в туалетную комнату. Со слов соседки по палате оказывается, что после каждого посещения или прикосновения чужого человека пациентка тщательно моет руки, личную посуду, и в данном случае врачу необходимо предположить вероятное наличие у пациентки обсессивно-компульсивной симптоматики. Или в процессе беседы пациент отвечает на заданные вопросы односложно, при этом периодически отводит глаза в сторону, озирается или замирает – в данном случае следует исключить наличие нарушений восприятия (возможно, слуховых галлюцинаций), сознания (например, абсансов или других нарушений). Наряду с этим следует отметить, что вектор глазодвигательных паттернов (движения глазных яблок) является важным невербальным признаком и в норме свидетельствует о доминировании визуальной, аудиальной или кинестетической системы,

что используется в процессе психотерапевтической коррекции при взаимодействии с пациентом (изучается студентами в разделе «нейролингвистическое программирование» таких предметов, как «клиническая психология» и «психотерапия»). Таким образом, внимательное наблюдение за пациентом даёт возможность врачу-интернисту определить наличие психопатологической симптоматики, которая может не осознаваться пациентом или скрываться преднамеренно или подсознательно, что связано, прежде всего, со страхом стигматизации.

➤ Анализ творчества

На основе анализа содержания творческой деятельности (рисунков, стихов, прозы, музыки и др.) специалистом делаются предварительные или дополнительные выводы в отношении состояния пациента, обратившегося за помощью. Рисунки в практике детского специалиста несут информацию не только о психологическом состоянии ребёнка, но и об особенностях взаимоотношений в семье и с окружающим миром в целом. Так, в детской практике широко применяются так называемые рисуночные тесты («несуществующее животное», «рисунок семьи», «рисунок дома», «рисунок дерева» и др.). Используется также процесс моделирования психотравмирующей ситуации на основе лепки из пластилина, глины, предложенных игр.

При обследовании пациента с психическими и поведенческими расстройствами необходимо соотносить рассказ пациента со сведениями сопровождающих или специально приглашённых на беседу родственников пациента, с которыми он проживает и взаимодействует, так как те жалобы, которые предъявляются пациентом, часто не совпадают с видением картины расстройства близкими. При этом следует помнить, что сведения, полученные от родственников пациента, часто носят субъективный характер. Отсутствие коммуникации с близкими (нежелание общаться или затруднения в общении) также свидетельствует об определённом психическом состоянии пациента (например, при депрессии или аутизации).

## ***II. Дополнительные методы обследования***

Дополнительные методы обследования пациентов с психическими и поведенческими расстройствами играют важную

роль в подтверждении (или исключении) диагноза. Они широко используются не только в процессе психолого-психиатрической практики, но и в научно-исследовательской деятельности для наибольшей доказательности и чистоты эксперимента.

Существует множество методов обследования пациентов, определяющих уровень и степень выраженности психопатологических нарушений. Используются такие психодиагностические методы, как госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала тревоги Спилберга – Ханина, шкала депрессии Цунга, экспертная шкала тревоги и депрессии Гамильтона; шкалы по определению одиночества, агрессивности, напряжённости механизмов психологической защиты, качества жизни, тесты для исследования вероятности и степени выраженности фрустрационных реакций (один из них – тест Розенцвейга), тесты для определения нарушений мышления (один из которых – интерпретация пятен Роршаха), уровня развития интеллекта (тест Равена – Пенроуза) и др.

Применяются инструментально-лабораторные методы обследования (ЭЭГ одномоментные с нагрузками и суточные, КТ, МРТ головного мозга, ангиоэнцефалография и т.д.), а также биохимические, морфологические, психонейрофизиологические. В настоящее время генетические методы приобретают наиболее актуальный характер – в основе лежит гипотеза по принципу комплементарности: изучение генотипа пациента с депрессией даёт возможность исследователю определить поражение на уровне аллелей, а терапевту сделать выбор в пользу комплементарного по химической формуле препарата, к примеру из группы антидепрессантов, наиболее эффективного при данном варианте депрессии.

Методы исследования соматической системы используются по показаниям и с целью дифференциальной диагностики.

Таким образом, основной метод и дополнительные (вспомогательные) методы обследования пациентов с психическими и поведенческими расстройствами являются инструментом, с помощью которого складывается полное видение картины расстройства, соответствующее критериям диагностики МКБ-10, МКБ-11 или DSM-V.

## Особенности выявления психических и поведенческих расстройств в практике врачей общей медицинской сети

Следует отметить, что процедура выявления психических и поведенческих расстройств у пациентов общесоматической сети имеет определённые особенности и отличается от данного процесса в условиях психоневрологического диспансера, куда пациент с психическими проявлениями поступает либо в сопровождении родственников, друзей, представителей органов правопорядка, либо самостоятельно, но во всех случаях целенаправленно – с целью диагностики и лечения психического расстройства. В условиях общей медицинской сети как пациенты, так и врачи-интернисты ориентированы, прежде всего, на поиск соматического расстройства и подтверждение морфологического происхождения симптома с помощью инструментальных методов. Таким образом, выявление психических нарушений в общей медицинской сети вероятно в большей степени в случае исключения органической подоплеки расстройства либо предположения о наличии коморбидности (сосуществования) соматической и психиатрической патологии. Поскольку спрос (терапевтический заказ у пациента *с соматизированным призывом к помощи*) рождает предложение, то любой сдвиг физиологических процессов в организме может спровоцировать врача с *соматоцентрированной* картиной мира на поиск соматической патологии и назначение в этом случае массы нецелесообразных методов обследования и лекарственных препаратов. Стремительное развитие фармацевтической промышленности и рост частного предпринимательства в медицине может поспособствовать не всегда оправданным действиям. Данный непрофессиональный подход провоцирует хронизацию симптоматики и резистентность к проводимой терапии, что в итоге обрекает неграмотного/недобросовестного врача на неуважительное отношение со стороны пациентов. Такие пациенты в лучшем случае осуществляют поиск наиболее компетентных специалистов, а в худшем – прибегают к помощи нетрадиционных целителей и шарлатанов. Таким образом, согласно

многочисленным научным и статистическим исследованиям, преобладающий контингент пациентов с невыраженными амбулаторными психическими расстройствами кумулируется в общей медицинской сети или у нетрадиционных целителей. Поэтому при поликлиниках и стационарах общего медицинского профиля важно создавать школы психического здоровья, основное предназначение которых: 1) информирование пациентов по вопросам, связанным с психическим здоровьем; 2) повышение образования врачей-интернистов по выявлению аффективных расстройств амбулаторного уровня (семинары, тренинги) и других психических нарушений; 3) проведение балинтовских групп для предотвращения синдрома профессионального (эмоционального) выгорания (деформации) у медицинского персонала.

В помощь врачу общей медицинской практики предлагается разработанный нами алгоритм выявления расстройств тревожно-депрессивного спектра амбулаторного уровня у пациентов



Рисунок 5 – Модель алгоритма выявления аффективных расстройств амбулаторного уровня в общей медицинской сети (\* – расстройства тревожно-депрессивного спектра; \*\* – госпитальная шкала тревоги и депрессии)

с коморбидными заболеваниями, наиболее распространёнными в общей медицинской практике (рисунок 5). Данная модель ориентирована на диагностику, терапию и профилактику психических расстройств амбулаторного уровня и зарекомендовала себя достаточно эффективной в условиях медицинских учреждений общего соматического профиля.

## **ВОСПРИЯТИЕ. РАССТРОЙСТВА ВОСПРИЯТИЯ**

**Восприятие** – психический процесс, позволяющий получить информацию о внешнем и внутреннем мире посредством системы анализаторов (экстеро-, интеро- и проприорецепторов). Восприятие – всегда *процесс субъективный*.

Классификация нарушений восприятия имеет важное диагностическое и стратегическое значение, так как дифференцированный подход к определяемым симптомам даёт возможность врачу предположить наличие того или иного психического нарушения, соответствующего критериям диагностики расстройства (согласно актуальным общепринятым международным классификациям болезней), а также выстроить дальнейшую тактику целенаправленных назначений.

### ***Классификация расстройств ощущения и восприятия***

- I. Рецепторные расстройства.
- II. Расстройства восприятия.
- III. Психосенсорные расстройства.
- IV. Нарушение осознания воспринимаемого.

### **Рецепторные расстройства (расстройства ощущений)**

Подразделяются на количественные и качественные расстройства ощущений.

**Количественные расстройства** рассмотрим в виде схемы, в которой слева представлены симптомы рецепторных



Рисунок 6 – Количественные расстройства ощущений (рецепторные расстройства)

расстройств, справа – наиболее частые синдромы, в составе которых они встречаются (рисунок 6).

### ***Качественные расстройства ощущений***

*Парестезии* – субъективное ощущение, возникающее без внешнего раздражителя (ощущение покалывания, ползания мурашек, онемения и т.п.). Они имеют локализацию, чётко очерченную зоной иннервации (например, при алкогольной полинейропатии). Это неврологический симптом.

*Сенестопатии* – это неопределённые, разнообразные, тягостные для пациента ощущения в различных частях тела и внутренних органах, не имеющие четкого морфологического субстрата. Сенестопатии:

- имеют нечёткую локализацию;
- характеризуются полиморфизмом – недифференцированным (неопределённым) многообразным характером (по типу «как будто»: сдавливания, спазма, пульсации, похолодания);
- носят субъективно неприятный, тягостный, мучительный, упорный, назойливый характер.

Наиболее часто встречаются следующие варианты сенестопатий: сердечно-сосудистые, неврологические, абдоминальные, костно-мышечные, кожно-подкожные.

Сенестопатии чаще всего наблюдаются при маскированных (соматизированных) депрессиях и тревожных расстройствах, а также при органических заболеваниях головного мозга, шизофрении.

## Иллюзии

*Иллюзии* – расстройства восприятия, при котором происходит изменённая оценка реально существующих предметов окружающего мира или стимулов, воздействующих на органы чувств из внешнего мира.

Основные характеристики иллюзий:

- наличие реального объекта/явления, которые подвергаются изменённому восприятию;
- искажённая/ошибочная оценка реального объекта;
- сенсорный характер явления – его связь с конкретной модальностью восприятия.

### *Классификация иллюзий*

1. По органам чувств: зрительные, слуховые, вкусовые, тактильные, обонятельные.

2. По механизму возникновения: иллюзии невнимательности (в условиях, затрудняющих восприятие, при недостатке информированности), аффектогенные (на фоне эмоционального напряжения), *парейдолические* (зрительные иллюзии: при рассмотрении узора на ковре, ветвей деревьев, линий брусчатки и т.п., эти реальные объекты претерпевают причудливо-фантастическую трансформацию).

3. По механизмам искажения: физические – обусловлены объективными свойствами среды (например, преломлением света, отражением звука), физиологические – связаны с периферическими анализаторами (например, свечение вокруг фонарей у пациентов с глаукомой, пробегающие «мошки», «светлячки» «молнии» у пациентов с нарушениями в сетчатке и др.).

Иллюзии, или ошибки восприятия, люди испытывали хоть однажды в жизни, особенно в детском возрасте. Так, дети в тёмной комнате какой-либо предмет мебели могут принять за устрашающее существо из сказки, прочитанной накануне одним из родителей. Девушка с высоким уровнем тревожности, возвращающаяся вечером домой, звук качающихся от ветра деревьев или шорох листьев может воспринимать за крадущегося за ней человека, представляющего опасность. Известны физические феномены – иллюзия преломления ложки в стакане воды, отражения света или звука. Эксперимент с полстакана воды демонстрирует, что оптимистически настроенные люди считают его «наполовину наполненным», для пессимистов – стакан «наполовину пуст».

Аффективные иллюзии встречаются при выраженных эмоциональных нарушениях, таких как страх, тревога. При депрессивных нарушениях часто сочувствие близких пациент может воспринимать как обвинение, а при повышенном настроении (при гипомании) внимание окружающих воспринимается как эротическое восхищение. Особого внимания заслуживают иллюзии, вызванные хроническим воздействием на организм ПАВ, так называемые парейдолические иллюзии, когда на фоне узора ковра, штор, картины, обоев или ветвей деревьев пациент видит «копошащиеся» объекты (змеи, червяки, насекомые). Парейдолические иллюзии свидетельствуют о предделириозном состоянии у пациента с зависимостью к алкоголю, и в данном случае требуется немедленная госпитализация пациента для проведения соответствующей интенсивной терапии.

## **Галлюцинации**

Студенты, впервые посетившие лекцию или занятие по психопатологии, считают, что галлюцинации в основном встречаются «при шизофрении» (так считает большинство людей). Это неверно. При изучении данной темы станет ясно, что указанный психопатологический симптом наиболее часто определяется у пациентов при различных других патологиях.

**Галлюцинации** – это (1) мнимое восприятие в виде образов (представлений), (2) непроизвольно возникающих, (3) без реально существующего раздражителя, (4) приобретают характер объективной реальности, (5) при этом пациента невозможно переубедить в их отсутствии.

### **Классификация галлюцинаций**

Структурирование галлюцинаций является важным звеном для диагностики основного заболевания и выбора стратегии и тактики терапии (таблица 1).

Таблица 1 – Классификация галлюцинаций

По степени сложности	По органам чувств	По условиям возникновения	По характеристикам восприятия
Элементарные Простые Сложные (комплексные)	Зрительные Слуховые (вербальные) Вкусовые Обонятельные Тактильные Висцеральные	Гипнагогические, гипнопомпические Функциональные (рефлекторные) Психогенные (внушённые)	Истинные Ложные (псевдогаллюцинации)

### **Варианты галлюцинаций**

#### *А. По степени сложности*

- Элементарные – простейшие феномены, не достигающие степени сформированного образа (вспышки света, щелчки, стук, «оклики» и т.д.).
- Простые – возникают только в одном из анализаторов (например, пациент чувствует мнимый/несуществующий запах керосина).
- Сложные (комплексные) – возникают сразу в двух или нескольких анализаторах (например, больной видит «черта», слышит его слова, чувствует его прикосновения).

#### *Б. По анализаторам (органам чувств):*

1. Зрительные галлюцинации, из которых различают элементарные (фотопсии), макро- и микроптические, экстракампинные – вне поля зрения (позади человека, внутри).

2. Слуховые – подразделяются на элементарные – акоазмы (оклики, неясные шумы, щелчки, стук), вербальные – в форме речи (моно- или поливокальные). Слуховые галлюцинации подразделяют по содержанию: осуждающие, угрожающие, восхваляющие, комментирующие. В этой группе особо выделяют императивные – являются наиболее опасными, так как испытывающие их пациенты могут подчиняться этим приказам. Наличие императивных галлюцинаций у пациента является показанием для срочной госпитализации в психиатрический стационар!

3. Тактильные – восприятие определённых объектов (образов) на поверхности тела.

4. Висцеральные – восприятие определённых объектов внутри организма.

5. Вкусовые – восприятие несуществующего вкуса.

6. Обонятельные – восприятие запаха без реального стимула.

#### ***Критерии отличия истинных и ложных галлюцинаций***

Далее речь пойдёт о разновидностях галлюцинаций – истинных и ложных (или *псевдогаллюцинациях*). Для того чтобы дифференцировать истинные и ложные галлюцинации, приведём их основные характеристики.

#### *Признаки истинных галлюцинаций:*

- Имеют реальную проекцию галлюцинаторного образа в пространстве, которое может восприниматься при помощи органов чувств.
- Яркие, образные (как наяву).
- Уверенность в их реальности и в том, что окружающие так же их воспринимают.
- Поведение пациента соответствует переживаниям.
- Чёткая связь со временем суток, чаще вечером, ночью.
- Возникают чаще при экзогенных нарушениях.

#### *Признаки псевдогаллюцинаций:*

- Не имеют реальной проекции галлюцинаторного образа вовне (например, проецируются в теле человека или за пределами чувственного горизонта).
- Лишены яркости, живости, тусклы, размыты, приглушены.

- Обладают признаками «навязанности», «сделанности», направленности сугубо на пациента.
- Поведение инкогерентное. пациент может лежать или сидеть, несмотря на угрожающий характер галлюцинаций.
- Нет связи со временем суток.

Различают псевдогаллюцинации зрительные, слуховые, обонятельные, двигательные, кинестетические, проприоцептивные, речедвигательные и др. Примеры псевдогаллюцинаций: пациенты слышат голос «изнутри» или «из космического пространства», либо убеждены, что нечто/некто «в голове управляет мыслями и движениями», либо считают, что в желудке «находится существо, которое пожирает пищу и издаёт гнилостный запах», либо пациент видит нечёткие образы нереальных объектов («полноги», «полслона» и т.п.).

Дифференциальная диагностика истинных и ложных галлюцинаций крайне важна для квалификации расстройства и выбора метода лечения пациента в зависимости от механизма происхождения.

В литературе рассматриваются описанные определёнными авторами нарушения восприятия. *Нарушения восприятия Вайтбрехта* (Weitbrecht H.J., 1967) – слуховые галлюцинации/псевдогаллюцинации угрожающего или упрекающего содержания. *Гипнагогические* (Grzywo-Dabrowski W., 1912) – нарушения восприятия, возникающие при закрытых глазах, воспринимаются «внутренним глазом», содержание которых стереотипно повторяется и не зависит от действительных переживаний больного, восприятие характеризуется большой чёткостью, при этом сохраняется критическое отношение к нарушениям восприятия, понимаемым как нечто чужеродное. Описаны при соматогенных психических нарушениях, протекающих с лихорадочным состоянием. *Опосредованные* (Фрумкин Я.П., 1939) – достаточно громкие обманы слуха, воспринимаемые внутри тела, которые повторяют мысли больного или читаемые им слова, комментирующие его поступки, сопровождаются чувством сделанности. *Рефлекторные* (Руднев В.И., 1911) – слуховые псевдогаллюцинации, которые пациент слышит наряду со словами, действительно

произносимыми в данное время и воспринимаемые им обычным путём. *Экстракамбинные* [лат. extra – вне, campus – поле] (Гилларовский В.А., 1938) – зрительные псевдогаллюцинации, локализуемые вне поля зрения (например, пациентка видела особые световые полосы позади своих глаз, где-то внутри головы) и др.

## Психосенсорные расстройства

**Психосенсорные расстройства** – искажённое зрительное восприятие размера, формы, пропорций, окраски объектов или явлений, их расположения в пространстве.

### **Варианты**

1. *Метаморфозии* – искажённое восприятие формы, величины и других характеристик предметов:

- макропсия – восприятие в увеличенном виде;
- микропсия – в уменьшенном размере;
- порропсии – изменение расстояния;
- дисмегалопсии – объекты удлинены, перекручены, деформированы.

2. *Расстройства схемы тела (аутометаморфозия)* – искажённое восприятие отдельных частей своего тела относительно окружающего пространства.

### **Нарушения осознания воспринимаемого**

*Дереализация* – нарушение осознания личностью отражённого образа окружающей действительности. При этом пациенты отмечают, что всё вокруг непонятным образом изменилось, стало «чуждым», «не таким, как прежде», «нереальным», «искусственным», «призрачным», будто «всё лишь снится» или «существует в воображении».

*Deja vu* – явления «уже виденного».

*Deja entendu* – «уже слышанного».

*Deja vecu* – «уже испытанного».

*Jamais vu* – «никогда не виденного».

*Jamais entendu* – «не слышанного».

*Jamais vecu* – ранее «не испытанного».

*Деперсонализация* – нарушение самосознания личности, ведущее к нарушению восприятия своего психического и физического самосознания, своих чувств и мыслей, представлений, воспоминаний, своих желаний, действий. При этом пациенты воспринимают себя «какими-то не такими, как прежде», или жалуются на «утрату эмоций, чувств», потерю собственного «Я». Данные проявления могут наблюдаться при депрессии, диссоциативных нарушениях, острых галлюцинаторно-бредовых расстройствах (в том числе, при шизофрении), при состояниях изменённого сознания, органических поражениях головного мозга и эпилепсии, астеническом синдроме, токсическом воздействии ПАВ и др.

## МЫШЛЕНИЕ. РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

*Мышление* является основным и специфическим для человека познавательным процессом, в ходе которого диалектически устанавливаются внутренние (семантические) связи, характеризующие структуру объектов реальной действительности, их



Рисунок 7 – Классификация расстройств мышления

отношения между собой и субъектом познавательной деятельности. Мышление тесно связано с процессом восприятия и сформировалось в результате его поступательного эволюционного развития. Функция мышления – познание, с помощью которой человек анализирует, связывает, обобщает, классифицирует. В основе мышления лежат два процесса: анализ (разложение целого на составляющие части с целью выделения главного и второстепенного) и синтез (создание целостного образа из отдельных частей).

### ***Классификация нарушений мышления***

Расстройства мышления подразделяются по темпу, форме и содержанию (рисунок 7).

## **Нарушения мышления по темпу**

*Тахифрения* – болезненно ускоренное мышление. Пациенты при этом говорят торопливо, без пауз, отдельные части фразы связаны между собой поверхностными ассоциациями. Продукция ассоциативного процесса формируется быстро, при этом речь не успевает за мышлением. Ускоренный характер мышления приводит к поверхностным, поспешным суждениям и умозаключениям.

*Скачка идей (fuga idiorum)* – крайняя степень ускоренного мышления: мыслей так много, что больной не успевает их проговорить, характерны незаконченные фразы, речь взхлёб. Встречается при маниакальном синдроме.

*Брадикафия* – болезненно замедленное мышление.

Характеристики:

- затруднение протекания мыслительных процессов, уменьшение количества и обеднение ассоциаций;
- вязкость – трудности перехода с одной мысли на другую;
- ригидность – трудности с решением мыслительных задач, с доведением рассуждения до логического завершения;
- обстоятельность – излишняя детализация;
- неспособность дифференцировать главное от второстепенного.

Брадикафия наблюдается при депрессивном, астеническом синдроме, оглушении, органических мозговых дисфункциях.

## Формальные расстройства мышления

При данных расстройствах мышления нарушается логическая стройность (форма) мыслительного процесса, при этом общение с пациентом теряет своё основное свойство – обмен информацией. Существуют следующие клинические варианты.

*Разорванность мышления* – утрата логических связей между отдельными мыслями, при этом грамматический строй речи сохраняется.

*Бессвязность (инкогерентность) мышления* – утрата логических связей между отдельными высказываниями и словами (словесная крошка). Речь при этом теряет грамматическую правильность и превращается в набор отдельных слов или даже звуков.

*Персеверация* – застревание в сознании одной мысли или представления, повторение одного и того же ответа на разные последующие вопросы.

*Вербигерация* (речевые стереотипии) – повторение одних и тех же слов, сходных по созвучию.

*Резонёрство* (бесплодное мудрствование) – преобладание пространных, отвлечённых, туманных, малосодержательных рассуждений на общие темы по поводу общеизвестных истин.

*Кататимное мышление* – вариант аффективного мышления, которое обусловлено негативными эмоциями (аффектом).

*Шпёррунг* («закупорка мышления») – обрывы, блокирование мыслей.

*Соскальзывающее мышление* – отклонение, соскальзывание рассуждений на побочные мысли, нить рассуждений теряется.

*Ментизм* – насильственный наплыв мыслей извне, не связанных между собой.

*Символическое мышление* – придание особого смысла случайным предметам, превращение их в особые символы, содержание которых непонятно окружающим.

## Расстройства мышления по содержанию

Нарушения мышления – нередкое явление, встречающееся у пациентов в общей медицинской практике. Некоторые из этих

расстройств возникают на высоте тревоги, связанной с физическим недомоганием, определённые расстройства обусловлены органическим или эндогенным происхождением. Расстройства мышления по содержанию (содержательные расстройства) включают: навязчивые идеи (мысли), сверхценные идеи и бредовые идеи (бред).

**Навязчивые идеи** (или *обсессивные мысли – обсессии*) – это тягостные воспоминания, сомнения, страхи, желания, чуждые личности больного, возникающие в сознании пациента помимо его воли, без какой-либо выраженной определённой основы на текущий момент времени. Следствием данных мыслей нередко является навязчивая потребность осуществлять определённые действия (ритуалы), благодаря которым снижается уровень психического напряжения (тревога). Пациент критичен к таким посторонним мыслям, осознаёт их болезненный характер, противостоит им и имеет желание избавиться от них. Мысли, как правило, сопровождаются определённым поведением пациента.

Различают следующие варианты навязчивых состояний:

1. *Аффективно-нейтральные (отвлечённые)* – обсессии, не вызывающие яркой эмоциональной окраски, включают навязчивый счёт, навязчивые мысли нейтрального содержания, что иногда сопровождается навязчивыми действиями.

2. *Образные (чувственные)* протекают с выраженным аффектом (тягостными эмоционально окрашенными переживаниями) и включают:

➤ навязчивые сомнения – неприятное тягостное сомнение в завершённости своих действий;

➤ навязчивые страхи (фобии) – мучительное и интенсивное переживание страха тех или иных обстоятельств. Их множество. В амбулаторной практике врача-интерниста наиболее часто встречаются пациенты со следующими навязчивыми страхами:

- гематофобия – страх вида крови, кровотечения;
- нозофобия – навязчивый страх заболеть;
- кардиофобия – навязчивый страх возникновения сердечного приступа;
- канцерофобия – боязнь онкологического заболевания;

- ковидофобия (наиболее актуальна в настоящее время) – страх инфицироваться вирусом COVID-19;
- лиссофобия – страх сойти с ума;
- фобифобия – боязнь развития фобии;
- фобии положения: агорафобия – боязнь открытых пространств, клаустрофобия – боязнь замкнутого пространства и др.;
- социофобия – страх публичных выступлений;
- эритрофобия – страх покраснеть на людях;
- скоптофобия – боязнь показаться смешным и др.

3. Контрастные навязчивости проявляются:

- хульными мыслями – навязчивыми мыслями ругательного циничного содержания в отношении кого-либо, сопровождаются выраженным аффектом, тягостным для пациента;
- навязчивым чувством антипатии – непреодолимым мучительным чувством острой неприязни и ненависти к определённо-му лицу, сопровождаемым чувством вины, аффектом страха;
- навязчивыми влечениями – непреодолимым желанием сделать что-либо социальнеодобряемое, постыдное, что сопровождается выраженным страхом, тревожными опасениями.

Навязчивые мысли являются проявлением обсессивно-компульсивного расстройства.

***Сверхценные идеи*** – это такие идеи, которые возникают на основе реальных фактов, эмоционально переоцениваются, гиперболизируются (преувеличиваются) и занимают в сознании пациентов неоправданно большое место в виде стойких убеждений.

Характеристики:

- Возникают на реальной основе.
- Имеют личностную обусловленность,
- Возникают на высоте тревоги.
- Содержательно связаны с ситуациями, вызывающими наибольший эмоциональный резонанс.
- Нет критики (особенно на высоте тревоги).

На высоте психического напряжения при сверхценных идеях может исчезать критика, так же как и при бреде, происходит дезадаптация на уровне социального взаимодействия, что позволяет отнести их к разряду патологических.

Существуют сверхценные идеи ревности, сутяжничества, физического недостатка, материального ущерба, недоброжелательного отношения, ипохондрические и т.д. В современный период особо острое значение приобретают сверхценные идеи неизбежности заражения инфекционными заболеваниями в период пандемий.

Сверхценные идеи чаще всего встречаются у людей с определёнными особенностями личности или её расстройством, при экзогенно-органических и эндогенных нарушениях и др.

В интернальной практике сверхценные идеи часто связаны с гиперболизацией симптоматики. Данные нарушения следует рассматривать в рамках расстройства, соответствующего рубрике F68.0 (МКБ-10) «Преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам». Критерии данного расстройства: соматические симптомы соответствуют и вызваны подтверждённым физическим нарушением, болезнью или снижением физических возможностей, при этом становятся преувеличенными или затяжными вследствие психологического состояния пациента. Пациент обычно страдает от боли или снижения дееспособности и часто полностью поглощён своей тревогой (которая может быть оправданной) о возможности продолжения или прогрессирования боли и снижения дееспособности.

**Бредовые идеи.** Принято считать, что бред – это такое ложное суждение или умозаключение, которое тесно связано с личностью больного, возникает на патологической основе и не поддаётся какой-либо коррекции (переубеждению).

Не следует субъективную интерпретацию события, ситуации, отличную от большинства представителей социума, сразу расценивать как бредовую, в данном случае фраза «Ты несёшь бред» является стигматизирующей. В настоящее время особое внимание уделяется этническим и культуральным факторам, которые, безусловно, оказывают влияние на формирование личностных характеристик. Так, некоторые пациенты с оккультно-бытовой картиной мира при возникновении психических, в том числе соматоформных, симптомов (например затруднённого дыхания, одышки – особенно в ночное время суток) объясняют это

для себя воздействием некой мифологической таинственной силы «албарсты», при этом обращаются за помощью к молдо (священнослужителю). В Кыргызстане многие врачи, информированные о местных мифах и легендах, передающихся из поколения в поколение, не будут в этом случае однозначно утверждать, что у пациента имеет место бред. Здесь следует тщательно поработать с анамнезом болезни и жизни пациента, обращая внимание на динамику развития личности и вопросы социальной адаптации, соответствие симптоматики критериям психического расстройства.

Далее приведём несколько примеров, где врачу-интернисту следует дифференцированно отнестись к идеям пациента и предположить наличие психического расстройства. Если признанный научный деятель, в прошлом принципиальный атеист, всю жизнь занимавшийся доказательными исследованиями, неожиданно увольняется из научной лаборатории, перестаёт признавать научно доказанные открытия известных учёных, так как почувствовал, что стал обладать «сверхъестественным даром предвидения» и общаться «с космическими силами», то здесь следует подумать о возникновении психического расстройства, одним из симптомов которого являются бредовые идеи. Если представитель скандинавского этноса вдруг с уверенностью станет убеждать окружающих, что в него вселились «джин» или «албарсты», о которых он недавно прочитал в Интернете, то европейские психиатры, скорее всего, будут расценивать данную идею как бредовую, поскольку в европейской культуре таких мифических образов не существует, и данные суждения неприемлемы для жителей данного региона. Точно так же идеи о «вуду-смерти» не характерны для любого представителя постсоветского пространства.

Таким образом, наиболее актуальным с точки зрения этнокультурального подхода нам представляется определение, данное профессором В.В. Соложенкиным: «*бредовые идеи* – это ложные суждения и умозаключения, которые отличаются непоколебимой твёрдостью, не разделяются другими людьми, принадлежащими к той же культурной или социальной группе и обладающими таким же уровнем интеллекта, и стойко удерживаются, несмотря на все доказательства противоположного» (Соложенкин В.В., 2011).

Основные критерии бредовых идей:

- являются *ложными* и *противоречат действительности*;
- возникают на *патологически изменённой почве*;
- *полностью овладевают сознанием* пациента;
- пациенты *твёрдо убеждены* в правоте своих умозаключений;
- убеждения *не соответствуют объективной реальности*, в которой пациент проживает;
- идеи *не поддаются разубеждению*;
- *отсутствует критика* к собственным идеям и состоянию;
- содержание бредовых идей *определяет поведение* пациента, что дезадаптирует его взаимоотношение с окружающим миром.

*Классификация бреда*

1. По содержанию (фабуле)

1. Персикаторные бредовые идеи:

- бред преследования;
- бред отношения – убеждённость в плохом (осуждающем, презрительном, насмехающемся) отношении окружающих;
- бред физического воздействия;
- бред ограбления;
- бред супружеской неверности (бред ревности);
- бред сутяжничества (кверулянтский) – убеждённость в необходимости борьбы за свои или чужие якобы ущемлённые или поправные права и достоинство.

2. Экспансивные бредовые идеи – содержанием является переоценка своих возможностей, общественного положения, происхождения, при этом характерен приподнятый фон настроения, повышенная активность:

- бред величия, могущества – убеждённость в своих уникальных сверхъестественных способностях и возможностях;
- бред богатства – убеждённость в наличии богатого состояния, большого количества материальных средств, недвижимости, драгоценностей и т.п.;
- бред изобретательства – убеждённость пациентов в том, что они являются уникальными изобретателями или сделанные ими мнимые изобретения имеют большое значение мирового масштаба;

- бред высокого происхождения – пациент убеждён, что происходит из древнего знатного рода и его предки занимали высокое социальное положение;
- мессиа́нский бред (мессия – от древнеевр. messiah) – убеждённость в особом предназначении – быть спасителем человечества;
- религиозный бред – патологические религиозные убеждения, доминирующие в сознании и являющиеся приоритетными для человека; считается разновидностью мессиа́нского бреда;
- манихейский – убеждённость пациента в собственном участии в борьбе между вселенскими добром и злом;
- реформаторский бред – убеждённость в необходимости осуществления нелепых социальных преобразований;
- эротический (эротоманический) бред – убеждённость в том, что некое лицо тайно любит её/его, но не может в этом признаться.

3. Депрессивные бредовые идеи – содержанием данных идей является заниженная самооценка своих возможностей, состояния здоровья, перспектив, внешности, действий:

- бред самоуничтожения – убеждённость в собственной безнравственности, никчёмности (физической или моральной), ненужности;
- бред самообвинения – обвинение себя в безнравственных действиях;
- ипохондрический бред – убеждённость в собственной неизлечимости;
- бред заражения паразитами (синдром Эжбона), нередко сочетается с бредом дурного запаха изо рта;
- нигилистический бред (Котара) – уверенность в отсутствии внутренних органов, выпадении физиологических функций, гибели окружающих;
- бред греховности – неспособность к противостоянию нечистой силе, идеи религиозно окрашены;
- бред обнищания (разорения) – убеждённость в грозящей или уже состоявшейся утрате собственных или семейных материальных ценностей.

В эту группу следует отнести также дисморфоманию – патологическую убеждённость в наличии внешнего (физического) несовершенства на фоне патологически сниженного аффекта.

## II. По механизму возникновения

➤ Первичный бред – систематизированный, монотематический, возникает первично, присутствует в виде моносимптома (например, при паранояльном синдроме).

➤ Вторичный бред (чувственный) – возникает на основе других психических нарушений (галлюцинаторных, аффективных). В этом случае бредовые переживания несистемны, зависят от преобладания аффекта.

➤ Индуцированный бред – нарушения мышления, которые носят психогенный характер и возникают у лиц, для которых пациент с бредовыми идеями эмоционально значим настолько, что они разделяют его болезненные убеждения. Чаще всего индуцированные идеи возникают у близких родственников: родителей, супругов, у детей пациентов и др. В литературе встречается термин «совместное помешательство». Следует отметить, что индуцированные идеи у родственников – нередкое явление в практике врача, и отсутствие знаний о данном феномене может привести к ложным тактике и стратегии ведения пациента.

В связи с этим вспоминается трагический случай консультирования молодой обездвиженной девушки в отделении травматологии. Её мать, работница торгового рынка «Дордой», на протяжении последних лет была уверена, что за ней «следят бандиты» с целью «отобрать все вырученные деньги», в результате чего все члены семьи (муж, свекровь, сама дочь), полностью доверяя ей, ограничили общение с кем-либо, установили решётки и множество прочных замков в квартире. Как-то ночью мать разбудила свою дочь, убеждая, что «входную дверь взламывают грабители» и «необходимо срочно убежать». Мать собрала все сбережения и драгоценности, свесила дочь через окно пятого этажа, пытаясь «спасти» её первой, следом хотела прыгнуть сама. Дочь не удержалась и упала с пятого этажа, получив травмы позвоночника. Женщину удержала проснувшаяся бабушка. Никаких «грабителей» не оказалось. В результате девушка получила многочисленные травмы

позвоночника, а мать госпитализировали в психиатрическую клинику, где было диагностировано психическое расстройство.

#### *Этапы бредообразования (основные синдромы)*

Бредовые идеи могут иметь определённую структуру, а при отсутствии своевременного лечения – тенденцию к дальнейшему развитию.

I. Паранойяльный синдром – симптомокомплекс, включающий монотематичный систематизированный бред на фоне ясного сознания при отсутствии галлюцинаций и грубых нелепых суждений (чаще всего, бред реформаторства, изобретательства, сутяжничества, высокого происхождения и др). Характеристики:

- бредообразование первичное, т.к. бред не связан с галлюцинаторными переживаниями;
- бредовые идеи систематизированы, так как у пациента есть система доказательств, которая имеет определённую логику;
- развивается медленно, постепенно, течение длительное;
- прогностически неблагоприятен.

II. Параноидный синдром – симптомокомплекс, в котором присутствует разноплановый бред (например, бред отношения + бред особого значения + бред преследования) с сенсорными расстройствами в виде психических автоматизмов, вербальных галлюцинаций. Бредовые переживания эмоционально отрицательно окрашены, чему соответствует поведение пациента. Типы течения:

1) острое течение – острый параноид (характерно для шизоаффективных психозов, приступообразной шизофрении, органических заболеваний головного мозга, интоксикаций);

2) хроническое течение (при параноидной шизофрении) – частым вариантом является галлюцинаторно-параноидный синдром Кандинского – Клерамбо (см. ниже).

III. Парафренный синдром – сочетание нелепого, фантастического глобального масштаба экспансивного бреда (могущества, величия, высокого происхождения) и преследования, а также слуховые галлюцинации и психические автоматизмы с нарушением ассоциативного процесса. Характеристики:

- содержание бредовых идей постоянно меняется (часто нелепое и фантастическое),

- система полностью отсутствует: фабула меняется в зависимости от эмоционального состояния;
- настроение благодушное или апатичное.

Перечисленные выше синдромы (паранойальный, параноидный и парафренный) являются своего рода этапами развития бреда при параноидной форме шизофрении.

### ***Галлюцинаторно-бредовые синдромы***

*Синдром Кандинского – Клерамбо (психических автоматизмов)* включает:

- 1) псевдогаллюцинации;
- 2) бред воздействия;
- 3) психические и физические автоматизмы: сделанные мысли, ощущения, движения, действия, появляющиеся по убеждению пациента в результате влияния на организм той или иной внешней силы.

#### *Виды психических автоматизмов:*

➤ **Идеаторные (ассоциативные):** насильственно возникающий наплыв мыслей, состоит из нескольких феноменов: 1) *эхо-мыслей* – ощущение, что собственные мысли повторяются или отдают эхом в мыслях других людей, либо мысли окружающих отзываются эхом в мыслях самих пациентов; 2) *«вкладывание» чужих мыслей* – чувство открытости мыслей, постороннего вмешательства, 3) *отнятие мыслей* – отчуждение собственных эмоций – чувство, что эмоции пациент испытывает не произвольно и не самостоятельно, а под влиянием посторонней силы; 4) *передача мыслей* – чувство, будто мысли вещаются посредством аппаратуры (например, с помощью гаджетов, теле- или радиовещания).

➤ **Сенестопатические (сенсорные) – бредовые идеи физического воздействия:** разнообразные, неприятные тягостные ощущения в теле, которые кажутся «сделанными».

➤ **Моторные (двигательные) – чувство отчуждения движений и действий:** любые движения, мимика, речь, ходьба осуществляются не по своей воле, а под влиянием внешних воздействий.

*Синдром Котара* заключается в бредовых идеях нигилистического и ипохондрического содержания, сопровождается

тревожно-депрессивным аффектом (чаще всего наблюдается при инволюционных психических расстройствах). Пациент считает, что органы исчезли, мир уничтожен или все люди заражены.

*Дисморфоманический синдром* включает бредовые идеи внешнего несовершенства (уродства), идеи отношения, депрессивный аффект. Пациенты убеждены в наличии физического недостатка, уродства, уверены, что окружающие люди их осуждают, замечают их «дефекты», в связи с чем пациенты стараются избегать общества (места учёбы, службы, скопления родственников и т.д.). Данные пациенты тщательно изучают свою внешность, литературу, интернет-ресурсы, любые сведения, связанные с темой собственного мнимого «дефекта» внешности, «уродства», а при наличии материальных средств активно посещают косметологов, пластических хирургов, настаивая на оперативных вмешательствах для исправления «дефекта». Некоторые наносят на лицо, шею, другие части тела бесчисленное количество татуировок, покрывающих порой все участки кожи, либо вкалывают масляные растворы, увеличивая в объёме определённые части тела, нередко со следами асептических абсцессов, а также такими пациентами проводятся другие нелепые манипуляции, по их мнению «улучшающие» их внешний облик. Результаты манипуляций, включая хирургические операции, никогда не устраивают пациента. Бредовые идеи зачастую сопровождаются депрессивным аффектом, и в таком случае имеется большая вероятность суицидальных тенденций.

Таким образом, следует дифференцировать навязчивые, сверхценные и бредовые идеи, поскольку тактика терапии отличается при каждом виде расстройств.

Приводим случаи из клинической практики общей медицинской сети, связанные с идеями ревности.

Пример 1. На собственной свадьбе жених заметил, что один из гостей, поздравляя невесту, прикоснулся к ней, по его мнению, «слишком нежно». По окончании торжества жених потребовал объяснений у молодой жены, на что она спокойно ответила, что это бывший сокурсник, он лишь проявил дружеское расположение и радость за неё наравне с другими друзьями и подругами, это на определённый период времени успокоило мужа. Через

несколько дней в моле вновь случайно встречается этот же однокурник, который тепло и доброжелательно поприветствовал обоих и ушёл по своим делам. После этого муж длительно высказывал жене своё мнение о вероятной неверности. После того как девушке всё же удалось убедить мужа в ошибочности его мыслей, он немного успокоился, но предупредил, чтобы «данный человек более не попадался на глаза». Конфликт и в этот раз удалось разрешить. Однако любая задержка жены с занятий в университете, несогласованные с ним СМС-сообщения или звонки с мобильного телефона вызывали приступы ревности, которые с каждым разом становились всё продолжительнее и агрессивнее. В конечном счете пара развелась.

Пример 2. Женщина 74 лет около полугода назад потеряла своего горячо любимого мужа, с которым прожили около 50 лет, работали в одной организации, имели общие интересы и хобби, одним словом, жили «душа в душу». Она тяжело переживала утрату мужа и через две недели перенесла инсульт, по поводу чего около месяца получала терапию в отделении неврологии. Со слов дочери, по возвращении домой стала часто рыться в документах, в постели, в шкафах. На вопросы дочери о том, что она ищет, отвечала, что муж «постоянно изменял ей с секретаршей», поэтому она хотела бы найти «следы» его неверности: любовные письма, бельё и одежду женщины. Дочь недоумевала, так как была уверена в том, что отец очень любил её мать, они всегда и везде были вместе (на работе, в командировках, дома), но, поскольку мать настаивала, стала ей помогать в поисках. Однажды зимой дочь проснулась ночью от того, что за домом доносился какой-то стук. Выбежав из дома, она увидела, как её мать, ещё слабая после болезни, в огороде копает лопатой землю. На вопрос дочери: «Что происходит?», объяснила, что муж «закопал постельное бельё со следами и любовные письма в огороде», попросила дочь помочь ей. После такого поведения матери дочь предположила, что ей требуется помощь и пригласила на консультацию психиатра.

Пример 3. Женщина 34 лет, занимается бизнесом, замужем, имеет троих детей: двух, пяти и одиннадцати лет. Жалуется на мысли о неверности мужа, которые периодически усиливаются

после переутомления на работе или недосыпов в связи с маленьким ребёнком. Она уверена, что эти мысли «беспочвенны», так как муж всегда заботится о ней, детях, вовремя приходит с работы, часто приносит цветы и другие подарки, всё свободное время проводит с семьей: инициирует семейные поездки на велосипедах, походы в горы, катания на лыжах в зимнее время, совместные посещения кафе, кино и театров. Пациентка пыталась избавиться от этих мыслей, усиливающихся ночью, когда у неё нет дел. Ей становилось немного легче, когда она перед сном простучит все деревянные косяки у дверей. В последнее время стала понимать, что не может справиться с этими мыслями самостоятельно. Посоветовавшись с мужем, пришла к психотерапевту за помощью.

Попробуйте определить, к какой группе расстройств относятся приведённые примеры нарушений мышления.

## ПАМЯТЬ. РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

**Память** – процесс запоминания (фиксации), сохранения (ретенции), воспроизведения (репродукции) и забывания следов ощущений и восприятия окружающей действительности.

### **Классификация расстройств памяти**

➤ Количественные расстройства памяти: гипермнезия, гипомнезия, амнезия – нарушения, при которых определяется выраженность степени утраты информации и способности фиксировать информацию.

➤ Качественные (парамнезии): псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии – нарушения, при которых искажается содержание информации.

### **Количественные расстройства памяти**

**Гипермнезия** – болезненное усиление памяти, при котором происходит значительное/резкое обострение воспоминаний, обостряется функция воспроизведения.

Основные характеристики:

- усиление механической памяти в связи с оживлением ассоциаций по сходству и смежности в пространстве и времени;
- носит парциальный характер – изолированная способность к воспроизведению чего-либо (числа, стихи и т.д.);
- встречается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях, при ПТСР («флешбек»), при употреблении ПАВ, при исключительных состояниях (перед смертью, когда вся жизнь человека мгновенно проносится перед глазами), вариантах ауры при эпилептических припадках.

В норме также бывает усиление процессов памяти при наличии так называемой феноменальной памяти (врождённом свойстве психики, систематической тренировке), при профессиональном подходе гипермнезия – память на имена, числа, даты и другие сведения, связанные с профессией.

**Гипомнезия** – расстройство памяти, характеризующееся снижением способности запоминать (фиксировать), уменьшением запаса памяти и трудностью воспроизведения уже имеющейся информации.

Основные характеристики:

- воспоминания затруднены, отличаются неточностью, неопределённостью;
- сопровождаются сомнениями;
- страдает воспроизведение абстрактного материала памяти: понятий, терминов, названий, дат, Ф.И.О. и др.;
- затруднено воспроизведение хронологической последовательности событий прошлого.

Встречается при депрессии, психоорганическом синдроме, сосудистых, травматических, атрофических нарушениях головного мозга, невротических расстройствах, зависимости к ПАВ и других расстройствах.

**Амнезии** – отсутствие отдельных блоков информации вследствие забывания или невозможности фиксации.

Варианты амнезий:

*Ретроградная амнезия* – утрата воспоминаний, непосредственно предшествовавших острому периоду нарушенного сознания (ЧМТ, коме, эпилепсии, дистрессу). Носит преходящий характер.

*Антероградная амнезия* – утрата воспоминаний на события, следующие непосредственно после восстановления сознания.

*Антероретроградная амнезия* – выпадение из памяти событий, происходивших до, во время и после острого периода расстройства.

*Конградная амнезия* – распространяется на весь период пребывания пациента в бессознательном состоянии: с момента утраты сознания (или спутанности сознания) до периода прояснения сознания.

*Фиксационная амнезия* – потеря способности запоминать текущие события, при этом более ранняя информация сохраняется.

*Прогрессирующая амнезия* (обратный ход памяти) – последовательное опустошение памяти, согласно закону Рибо – Джексона: накопленная за всю жизнь информация постепенно теряется в порядке, обратно пропорциональном её приобретению: от позднего (текущего, недавнего) к раннему (событиям юности, детства), от частного к общему, от эмоционально нейтрального к значимому.

*Палимпсесты* («дырчатая» амнезия) – утрата способности воспроизводить отдельные детали, эпизоды подробности, относящиеся к определённом периоду (характерно для патологической алкогольной интоксикации).

*Психогенная амнезия* – возникает в ответ на психотравмирующую ситуацию: забываются особо травматичные события (в основе лежит механизм психологической защиты – вытеснение).

## **Качественные расстройства памяти (парамнезии)**

*Псевдореминисценции* – ошибочные воспоминания, «иллюзии памяти» событий, имевших место в другой временной отрезок (обычно события из прошлого переносятся в сознании

человека в настоящее). Псевдореминисценции выполняют заместительную функцию.

*Конфабуляции (ложные воспоминания)* – патологические вымыслы памяти: пациент вспоминает события и факты, которые якобы имели место в его жизни, тогда как в действительности они отсутствовали.

*Конфабулёз* – наплыв фантастических воспоминаний без нарушения сознания.

*Криптомнезии (скрытые воспоминания)* – искажения памяти, при которых происходит отчуждение событий, имевших место в жизни пациента, или присвоение воспоминаний чужого человека.

Качественные расстройства памяти встречаются при органическом поражении головного мозга (преимущественно теменно-височного отдела), при параноидной шизофрении.

*Амнестический (Корсаковский) синдром*, при котором определяются следующие нарушения памяти:

- ретроградная и/или антероградная амнезии;
- фиксационная амнезия (амнестическая дезориентировка во времени, окружающем);
- парамнезии: конфабуляции и псевдореминисценции;
- вторичный аффект растерянности, тревога, раздражительность.

Обусловлен мозговой дисфункцией, интоксикациями (в том числе алкогольной, инфекционной).

## **ИНТЕЛЛЕКТ. РАССТРОЙСТВА ИНТЕЛЛЕКТА**

Интеллект включает совокупность всех познавательных процессов, способность к приобретению знаний, навыков и возможности их применения в практической деятельности, т.е. способность адаптироваться в меняющихся условиях.

Расстройства интеллекта подразделяются на умственную отсталость и деменцию.

## Умственная отсталость

**Умственная отсталость** (умственная/ментальная ретардация) – состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется, прежде всего, снижением навыков, возникающих в процессе развития и определяющих общий уровень интеллекта: познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности.

*Причины, способствующие формированию умственной отсталости*, подразделяются на три группы:

I. Наследственные и хромосомные заболевания: синдром Дауна, синдромы Клайнфелтера, Тернера, Мартина – Белл, истинная микроцефалия, энзимопатические формы, связанные с наследственными обменными нарушениями (фенилкетонурия, галактозурия и пр.), наследственные неврологические и нервно-мышечные заболевания с умственной отсталостью.

II. Воздействие различных вредностей во время внутриутробного развития (эмбриопатии и фетопатии). Состояния, вызванные внутриутробными инфекциями (среди которых вирусы краснухи, гриппа, паратита, цитомегаловирус, возбудители сифилиса, токсоплазмоза и пр.), интоксикациями, связанными с приёмом ПАВ, гемолитической болезнью плода и др.

III. Состояния, вызванные действием вредностей во время родов в первые месяцы и годы жизни – до трёх лет (родовые травмы и асфиксии в родах, ЧМТ и нейроинфекции, перенесённые в раннем детстве). Часто при дифференцированных формах умственная отсталость является лишь одним из симптомов в ряду других тяжёлых проявлений этих заболеваний.

*Признаки умственной отсталости:*

- расстройства интеллекта носят стабильный характер, т.е. нет динамики развития;
- нарушение усвоения необходимых навыков, требующих способности к абстрагированию;
- выраженные нарушения прогностических функций;
- снижение социальной адаптации за счёт неспособности понимать контекст социальных нормативов.

## Степени тяжести умственной отсталости, согласно МКБ-10:

<p><b>Лёгкая:</b> IQ: 50 - 69 Психическое развитие соответствует 9 - 12 годам. <i>Определяются некоторые трудности обучения в школе, в состоянии заниматься облегченной деятельностью, поддерживать коммуникацию с окружающими и вносить посильный вклад в общество</i></p>	<p><b>Умеренная:</b> IQ: 35 - 49 Развитие соответствует 6-9 годам. Определяется заметное отставание в обучении; степень независимости в самообслуживании ограничена. Возможно некоторое развитие коммуникации и учебных навыков. Нуждаются в избирательном контроле</p>	<p><b>Тяжелая:</b> IQ: 20 - 34 Психическое развитие соответствует 3 - 6 годам. <i>Определяются элементарные способности в самообслуживании. Требуется постоянный контроль</i></p>	<p><b>Глубокая:</b> IQ - ниже 20 Развитие соответствует возрасту ниже 3 лет. <i>Результатом является тяжелое ограничение в самообслуживании, коммуникабельности и подвижности, повышенная сексуальность</i></p>
<p><b>Соответствует диагнозу «Олигофрения» (согласно МКБ-9) со степенями тяжести:</b></p>			
Дебильность	Имбецильность	Идиотия	

Рисунок 8 – Характеристики степеней выраженности умственной отсталости согласно МКБ-10 и их соответствие тяжести олигофрении согласно МКБ-9

### *Степени умственной отсталости*

Степени умственной отсталости обычно оцениваются стандартизованными тестами, определяющими состояние пациента (Векслера, Равена). Они могут быть дополнены шкалами, оценивающими социальную адаптацию в данной окружающей обстановке. Эти методики обеспечивают ориентировочное определение степени умственной отсталости. Диагноз будет также зависеть от общей оценки интеллектуального функционирования по выявленному уровню навыков (рисунок 8).

## Деменция

*Деменция (слабоумие)* – обратное развитие; синдром, обусловленный поражением головного мозга (обычно хронического

или прогрессирующего характера), при котором нарушаются высшие корковые функции, включая память, мышление, ориентацию, понимание, счёт, способность к обучению, речь и суждения. В отличие от умственной отсталости деменция характеризуется парциальностью нарушений психических функций.

Основные характеристики деменции:

- сознание не изменено; резкое снижение когнитивных функций: утрата творческих способностей и усвоения новых навыков, затруднено использование уже имевшихся навыков;
- обычно сопровождается ухудшением контроля над эмоциями, социальным поведением или мотивацией;
- сопровождается грубыми нарушениями памяти: от гипомнезии, фиксационной амнезии до прогрессирующей;
- трудности социальной адаптации.

Варианты деменций:

*Тотальная деменция* – охватывает все виды психической деятельности с быстрым разрушением ядра личности. Подразделяется на подвиды:

1) паралитическая (при прогрессивном параличе) деменция, при которой характерно снижение критики к своему поведению, речи; поведение дурашливое (мория), пропадает социальный интерес;

2) старческая деменция, при которой начальные проявления связаны с заострением черт характера, происходит, так сказать, карикатуризация личностных особенностей.

*Лакунарная (парциальная) деменция*, при которой определяется неравномерная выраженность прогрессирующих нарушений памяти и мышления при сохранности «ядра личности». Подразделяется на подвиды:

1) сосудистая – при атеросклеротическом поражении сосудов головного мозга, начинается фиксационной амнезией;

2) концентрическая (эпилептическая) – характерны личностные изменения: излишняя детализация, педантичность, скрупулёзность, злобность, злопамятность, взрывчатость.

Среди пациентов общей медицинской сети нередко определяется *психоорганический синдром*, формирующийся при

хронических органических расстройствах головного мозга. Представлен триадой Вальтер – Бюэля – сочетанием нарушений трёх сфер психической деятельности: интеллекта, памяти, эмоции. Выраженность может быть различной: от псевдоневротических (имитирующих невротические расстройства) и личностных нарушений (заострение, нивелировка свойств личности) до выраженной деменции.

Варианты (стадии) психоорганического синдрома: астеническая, эксплозивная, эйфорическая, апатическая.

## ЭМОЦИИ. РАССТРОЙСТВА ЭМОЦИЙ

*Эмоции* – это чувственные реакции человека (аффект) в отношении предметов и явлений окружающего мира. Эмоции всегда отражают субъективную оценку человека, его отношение к происходящему.

По определению В.Н. Мясищева, эмоции – это «интегральное выражение изменённого тону́са нервно-психической деятельности, отражающееся на всех сторонах психики и организации человека».

Эмоции включают три аспекта:

- а) внутреннее переживание;
- б) физиологическую активацию (процессы, проходящие в нервной, эндокринной и других системах организма);
- в) выразительные комплексы эмоций, поддающиеся наблюдению (внешнее выражение в поведении).

Эмоциональные (чувственные) реакции человека называют аффектом.

У человека существует два вида нарушений эмоциональных реакций: физиологический и патологический аффекты.

*Физиологический аффект* – состояние выраженного гнева (аффекта), которое не сопровождается помрачением сознания, вероятно сужение круга представлений, концентрирующихся на событиях, с которыми связано возникновение аффекта. Эпизод не завершается сном, резким психофизическим истощением.

В юридической практике лица, совершившие противоправные действия в состоянии физиологического аффекта, признаются вменяемыми.

*Патологический аффект* – кратковременное психическое расстройство с агрессивным поведением и раздражительно-злобным настроением на фоне сумеречного помрачения сознания. Возникает в ответ на интенсивную внезапную психотравму и проявляется концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, после которого наступает общая расслабленность, безразличие и глубокий сон. Характеризуется частичной или полной амнезией. Действия, совершённые в состоянии патологического аффекта, признаются невменяемыми.

### ***Классификация эмоциональных расстройств***

I. Нарушение устойчивости эмоций включает эмоциональную лабильность, эмоциональную неустойчивость (эксплозивность), слабодушие.

II. Нарушение выраженности эмоций включает эмоциональную гиперестезию, эмоциональную холодность, эмоциональную тупость, апатию.

III. Нарушение адекватности эмоций включает эмоциональную амбивалентность, эмоциональную неадекватность.

## **Нарушение устойчивости эмоций**

*Эмоциональная лабильность* – неустойчивое настроение, которое легко меняется на противоположное в связи с изменением ситуации (чаще всего возникает при астеническом синдроме, при патологии личности, при эмоционально-волевых расстройствах).

*Эмоциональная неустойчивость (эксплозивность)* – повышенная эмоциональная возбудимость, при которой легко возникает чувство досады, гнева, ярости, агрессивные поступки, даже по незначительному поводу (характерны для органических поражений головного мозга, эмоционально-волевых расстройств, при патологии личности и др.).

*Слабодушие* – состояние легко колеблющегося настроения по незначительному поводу от сентиментальности до слезливости и умиления (чаще всего при сосудистом и другом поражении головного мозга, при соматогенной астении).

## **Нарушение выраженности эмоций**

*Эмоциональная гиперестезия (сензитивность)* – повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость (может быть врождённым свойством, при личностных расстройствах, невротических и других психических расстройствах, органических нарушениях головного мозга и многих соматических заболеваниях).

*Эмоциональная холодность* – ровное, холодное отношение ко всем явлениям и событиям, независимо от эмоциональной значимости (при шизоидном расстройстве личности, шизофреническом дефекте и др.).

*Эмоциональная тупость* – оскуднение чувств от слабости, обеднения эмоциональных проявлений и контактов до безразличия и безучастности (наиболее характерно для пациентов с шизофреническим дефектом, органическими расстройствами, деменцией, при длительном злоупотреблении ПАВ и др.).

*Апатия* – полное отсутствие чувств (притупление) без желаний и побуждений. Эмоции тусклые, бедные (встречается при депрессии, шизофреническом дефекте, органических поражениях головного мозга, деменции и др.). Для депрессивной апатии характерны чувство скуки, равнодушие, душевная вялость и безынициативность, потеря желаний, что болезненно переживается пациентами (в отличие от пациентов с шизофреническим дефектом).

## **Нарушение адекватности эмоций**

*Эмоциональная амбивалентность* – одновременное существование антагонистических эмоций, обуславливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения (чаще всего при шизофрении).

*Эмоциональная неадекватность* – эмоциональные реакции, не соответствующие ситуации в качественном или количественном соотношении (например, когда на смерть родственников возникают чувства радости, восторга). Для шизофрении характерны эмоциональные реакции, когда какие-нибудь мелочи вызывают у пациентов бурные аффективные проявления, и наоборот – более эмоционально значимые для здоровых людей ситуации оставляют пациентов совершенно равнодушными.

## **Расстройства настроения**

Нарушения настроения рассматривают с патологически повышенным аффективным фоном и с патологически пониженным аффективным фоном.

### ***Патологически повышенное настроение***

Гипертимия (от древне-греч. ὑπέρ – сверх + θυμός – настроение) – стойкое приподнятое настроение, сопровождающееся чувством радости, прилива сил и энергии, повышенной профессиональной и личной активностью, социализацией. Как правило, при этом снижается глубина и направленность познавательных процессов.

Варианты патологически повышенного настроения:

*Мания* – характеризуется: 1) неадекватно повышенным фоном настроения, 2) ускорением темпа психической деятельности – «скачкой идей», 3) двигательнo-речевым возбуждением. У пациентов при этом имеют место радужно окрашенные переживания, субъективное чувство избытка энергии, речь – в нарастающем темпе, громкая до речевого напора, стихотворство, глаза блестят, повышены аппетит, либидо, снижена потребность во сне (наблюдается при маниакальном синдроме).

Варианты мании: 1) весёлая; 2) гневливая; 3) спутанная (речь бессвязная, беспорядочная, нередко сопровождается двигательным возбуждением); 4) непродуктивная (сочетание повышенного настроения и двигательного возбуждения).

*Эйфория* – патологически повышенный фон настроения (с немотивированным благодушием и пассивно-созерцательным

состоянием), ощущение соматического благополучия, снижение критики и прогностических способностей (происхождение экзогенное: при гипоксии, воздействии ПАВ, инфекционном, органическом поражении головного мозга).

*Экстаз* – гипертимия с преобладанием восторга, крайней степени восхищения, ощущения прозрения, постижения высшего смысла, недоступного для понимания людей. В психиатрии выделяются следующие разновидности экстаза: аффективный (маниакальный), психотический, трансовый, эпилептический и др.).

*Мория* – патологическое состояние приподнятого настроения с оттенком детскости, дурашливости, часто сопровождается нелепыми поступками, неадекватной мимикой, снижением интеллекта (при поражениях лобных отделов головного мозга).

#### ***Патологически пониженное настроение***

Гипотимия – болезненно пониженное настроение, переживаемое как грусть, печаль, уныние, угнетённость, подавленность, скорбь, чувство безысходности, что сопровождается чувством физического неблагополучия, пассивности, суицидальными мыслями и т.д.

Варианты патологически пониженного настроения:

*Дисфория* – злобный, раздражительный аффект (с обидчивостью, недовольством, придирчивостью, ворчливостью (при органических поражениях головного мозга, эпилепсии, изменений личности в результате злоупотребления ПАВ).

*Депрессия* – патологически пониженное настроение со сниженным аффектом, сопровождающееся снижением физической и психической активности и утратой чувства удовольствия (при расстройствах с депрессивным аффектом).

## **Депрессия в практике врача общей медицинской сети**

Наиболее частыми психическими нарушениями, встречающимися в общей медицинской практике, являются аффективные расстройства, в основе которых лежит повышенный уровень тревоги или депрессия или их сочетание.

Встречается в виде *депрессивных реакций, депрессивных состояний и депрессивных расстройств.*

### ***Классификации депрессий***

Рассмотрим общепринятые классификации депрессий:

#### ***I. Этиологическая классификация***

➤ Эндогенная депрессия – как следствие нарушения нейромедиаторного обмена в головном мозге.

➤ Реактивная депрессия – как реакция на негативные внешние раздражители, связана с психотравмирующей ситуацией.

#### ***II. Симптоматическая классификация***

➤ Депрессия психотического уровня (может сочетаться с бредом и/или галлюцинациями).

- Монополярные депрессии – при депрессивном эпизоде, в том числе в рамках рекуррентного депрессивного расстройства.
- Биполярные депрессии – при депрессивном эпизоде в рамках биполярного аффективного расстройства (в анамнезе имеет место маниакальный эпизод/эпизоды).
- Сезонные депрессии – для них характерно обострение аффективных нарушений в осенне-зимний период (разновидность – депрессии, развивающейся в период ветра сирокко в средиземноморском бассейне).
- Инволюционные депрессии – возникают в период гормональной перестройки.

➤ Депрессии невротического уровня (психогенная).

#### ***III. Нозологическая классификация (Пауль Кильхольц, 1965)***

1. Органические депрессии, включая симптоматические.
2. Эндогенные депрессии (при БАР, РДР, шизоаффективном расстройстве).
3. Психогенные депрессии (невротическая, реактивная).

## **Диагностические критерии депрессии согласно МКБ-10**

*Основные симптомы депрессии (симптомы группы А):*

- сниженное, тоскливое настроение (гипотимия/атимия),

- снижение интересов или удовольствия от деятельности, раньше приятной (ангедония);
- снижение активности, энергичности (анергия).

*Дополнительные симптомы депрессии (симптомы группы В):*

- нарушение сна – поздняя бессонница;
- снижение аппетита;
- снижение веса (на 5 % или более от веса тела в прошлом месяце);
- трудности сосредоточения внимания;
- снижение либидо;
- суицидальные тенденции;
- сниженная самооценка, уверенности в себе;
- идеи виновности и самоуничужения;
- ощущение жизненного тупика, бесперспективности;
- ундулирующее течение (суточные колебания настроения): состояние тяжелее по утрам; к вечеру – улучшается (что характерно для эндогенного происхождения).

Врачу общей медицинской сети следует помнить, что течение депрессии протекает часто атипично, в виде соматизированных «масок».

*«Соматические» симптомы депрессии:*

- снижение аппетита;
- потеря веса на 5 % и более от веса тела в прошлом месяце;
- расстройства сна: ранние утренние пробуждения;
- снижение либидо;
- нарушения менструального цикла;
- сухость кожных покровов, ломкость ногтевых пластин, выпадение волос;
- запоры.

***Соматизированная (маскированная, ларвированная) депрессия*** – вид депрессии, при которой патологически сниженный аффект скрыт за соматовегетативным компонентом. При этом аффект тоски не выражен и часто может расцениваться как вторичное явление в ответ на соматическую патологию, поэтому пациенты склонны обращаться к врачам соматического профиля (!).

*Основные характеристики соматизированной депрессии:*

- 1) уровень аффекта – субдепрессивный;
- 2) многочисленные разнообразные соматовегетативные проявления не специфичны для определённого соматического заболевания;
- 3) позиция – интрапунитивная (склонны обвинять себя в своём «недомогании», «никчёмности», «слабости», в неудачах и т.п.);
- 4) расстройства витальных функций: нарушение сна, снижение аппетита, потенции, массы тела, нарушение менструального цикла;
- 5) характерна ундуляция (волнообразность) течения симптоматики: суточные колебания (симптомы более выражены в первой половине дня);
- 6) определяется сезонность: обострение весной и осенью;
- 7) полиморфизм проявлений в динамике;
- 8) отсутствие эффекта от соматотропной терапии и позитивный эффект от назначения антидепрессантов.

*Варианты соматизированной (маскированной) депрессии:*

- алгический (сенестопатический) – преобладает симптоматика в виде сенестопатий – недифференцированных болевых ощущений;
- диссомнический – доминирует симптоматика в виде нарушений сна: сонливость днём и раннее пробуждение;
- аноректический – проявляется, прежде всего, снижением или повышением аппетита и, соответственно, значительными изменениями веса;
- диэнцефальный – когда доминирование ринэнцефало-гипоталамусной системы формирует аффективно-вегетативные реакции;
- тревожно-фобический – так называемая тревожная депрессия (ажитированная);
- наркоманический (дипсоманический) – депрессивный аффект сопровождается приёмом алкогольных напитков или других психоактивных веществ, что облегчает пациенту переживание витальной тоски.

**Невротическая депрессия** – возникает при психотравмирующей ситуации.

Основные характеристики:

- 1) достигает уровня субдепрессии;
- 2) проявляется не резко выраженным аффектом тоски с оттенком грусти, подавленностью, лёгкой тревогой, пессимизмом, малозаметным снижением волевой и мыслительной активности;
- 3) склонность обвинять окружающих в своих неудачах;
- 4) критика к своему состоянию полностью сохранена;
- 5) часто прослеживается связь с психотравмирующей ситуацией;
- 6) имеется личностная предрасположенность.

Дифференциальная диагностика депрессий необходима для формирования стратегий дальнейшей диагностики и назначения адекватной терапии.

## **Тревога и «маски» тревоги**

Тревога, по выражению профессора В.В. Соложенкина, является «самым частым, практически неспецифическим нарушением, которое может наблюдаться при любом психическом или соматическом расстройстве», это, пожалуй, «главный обманщик» в процессе диагностики врача общей медицинской практики (Соложенкин В.В., 2011).

**Тревога** – это чувство неопределённой опасности (психического напряжения, ожидания чего-то неприятного), в основе которого лежат нарушения вегетативной нервной системы с доминированием симпатического или парасимпатического тонуса или их комбинации. Таким образом, тревога является психофизиологическим феноменом и проявляется в виде соматизированных симптомокомплексов.

В амбулаторной практике наиболее часто встречаются так называемые «маски» или «лики» тревоги, то есть варианты трансформированной тревоги:

➤ **Астения** – неспецифическая форма трансформации тревоги, проявляющаяся в виде утомляемости, излишней

раздражительности, потливости. Исходя из описанной В. Кеноном (1929) реакции «бегство – нападение», астения – это убежание от сложностей, от опасности, неизвестности.

➤ *Агрессия* – способ преодоления тревоги в виде нападения, как следствие страха, признания своей беспомощности, непривлекательности, несостоятельности, несовершенства.

➤ *Страх* – это тревога, ориентированная на конкретную определённую опасность. В определённой степени страх является защитным механизмом, ориентированным на выживание вида.

➤ *Фобии* – патологический страх, самой распространённой является агорафобия (страх площадей, открытых пространств), в широком смысле – страх оказаться одному, без чьей-либо помощи.

➤ *Паническая атака* – приступ пароксизмальной немотивированной тревоги, возникающий и заканчивающийся внезапно, на фоне кажущегося благополучия. Проявляется в виде приступа удушья (нехватки воздуха), учащённого сердцебиения, слабости, потливости, дрожи во всём теле, что сопровождается паническим страхом смерти или катастрофического ухудшения состояния здоровья, продолжается до 15–30 минут и больше. Имеет склонность к повторениям, что вызывает развитие тревоги предвосхищения и формирование *охранительных* форм поведения.

➤ Безнадёжность, тоска, печаль – проявления *депрессии*, которую с психологической точки зрения также можно рассматривать как одну из форм трансформации тревоги, т.к. «в отличие от состояния неопределённой опасности в депрессии имеется определённость, хотя и пессимистическая» (Соложенкин В.В., 2011).

➤ Предполагается, что одной из форм трансформации тревоги может считаться *мания*, когда приподнятое настроение возникает от безысходности.

➤ *Бред* рассматривается с позиции создания человеком в ситуации неопределённости особого мира, в котором опасность исходит из определённых объектов с понятного для человека его предназначения (миссии).

➤ *Соматовегетативные проявления* – комплекс масок тревоги и депрессии, наиболее часто наблюдается

у пациентов – потребителей общей соматической сети. Доминирующие психовегетативные симптомокомплексы являются своеобразным сочетанием психических и физиологических сдвигов в клинической картине хронического соматического заболевания, в основе которых лежит тревожно-депрессивный аффект.

В.В. Соложенкин (2011) рассматривает многие варианты психопатологии как «адаптационные феномены приспособления человека, его личности к длительной или хронической тревоге».

### **Психофизиологические механизмы формирования аффективных нарушений и психовегетативные симптомокомплексы**

Согласно теории Ганса Селье (1972, 1979), стрессовая реакция организма состоит из трех фаз:

1) фаза тревоги (алярм-реакция), в которой возникает готовность организма отразить опасность со стороны источника – стрессора (при недостатке кислорода, инфекции, механическом воздействии, интоксикации и т.д. Стрессор приводит к нарушению равновесия организма с окружающей средой. В фазе тревоги преобладают реакции симпатического тонуса вегетативной нервной системы;

2) фаза напряжения – характеризуется мобилизацией резервных возможностей организма. В данной фазе интенсивность реакции симпатического тонуса нарастает и может достигать максимума, но наряду с этим могут проявляться признаки повышения парасимпатического тонуса;

3) фаза истощения – возникает в случае, если действие стрессора продолжается или он очень сильный и ломает защитную систему организма. В этой фазе доминирует парасимпатический тонус. Если действие стрессора продолжается, наступает смерть.

С момента рождения человек регулярно находится в ситуации стресса, что обуславливает развитие организма в определённом тонусе. Отсутствие опыта испытания стрессом влечёт к гибели. Воздействие усиленного стресса, отличающегося от обыденного, приводит к дистрессу, который может быть опасным

и представлять угрозу для здоровья или жизни. Неожиданная внезапная радость тоже может вызывать реакцию, называемую эустрессом. Для гармоничного функционирования в организме человека должен быть определённый баланс между дистрессом и эустрессом.

Длительное существование тревоги ведёт к нарастанию хронической гипоксии мозга и к сосудистым расстройствам, что, в свою очередь, усугубляет состояние тревоги. Таким образом, возникает замкнутый «порочный» круг: гипоксия → тревога → гипоксия. Компоненты этой цепи потенцируют действие друг друга. Это одна из мишеней терапии и «ключ» к пониманию хронизации тревожных расстройств, которые постепенно из функциональных начинают превращаться в органические (Соложенкин В.В., 2011).

Термин *психовегетативные симптомокомплексы* объединяет множество симптомов, отражающих нарушения вегетативной регуляции и связанные с этим разные по модальности эмоциональные реакции (Смулевич А.Б. с соавт., 1999; Загуровский В.М. с соавт., 2002). Вегетативный отдел нервной системы является тем звеном, которое на соматическом уровне обеспечивает проявление психоэмоциональной деятельности; это единая и взаимосвязанная система, обеспечивающая единство психической и соматической сфер человека, что составляет единый психовегетативный симптомокомплекс (Вейн А.М. с соавт., 1997, 2003; Вейн А.М., 2000; Загуровский В.М. с соавт., 2002). Симптомы вегетативной дисфункции определяются гипертонусом симпатического или парасимпатического звеньев вегетативной регуляции или дисфункции в пределах отдельных органов или систем либо на уровне всего организма, что сопровождается психоэмоциональными симптомами. На приёме у интерниста больные предъявляют жалобы, прежде всего, на соматовегетативные расстройства, такие как упорные кардиалгии, длительные и «необъяснимые» гипертермии, постоянную одышку, непроходящее ощущение тошноты, изнуряющее потоотделение, головокружения, нередко сопровождающиеся страхом, внутренним напряжением, беспокойством, тревогой, ощущением угрозы жизни, потери сознания.

В отличие от соматического синдрома симптомы психовегетативной дисфункции проявляются одновременно или сменяют друг друга в различных органах, системах, областях тела и ассоциируются больным с патологией определённого органа или проекцией органа на тело; проявляют склонность к трансформации и изменению интенсивности в пределах как органа, так и тела и характеризуются полиморфностью по локализации, многообразием по своим характеристикам, выраженной эмоциональной окраской, что указывает на заинтересованность в этом процессе центральных или периферических звеньев психовегетативного уровня организма.

Вегетативные нарушения центрального генеза или психовегетативные синдромы могут проявляться в виде как пароксизмальных, так и перманентных расстройств (Вейн А.М., 2007) и затрагивают различные системы: кардиальную, дыхательную, желудочно-кишечную, мочеполовую, сосудистые реакции (центральные и периферические), системы терморегуляции, потоотделения, вестибулярных функций и др.

Наиболее выраженным пароксизмальным психовегетативным симптомокомплексом является *паническая атака*. Данное расстройство рассматривается как пароксизмальный вегетативный криз, в основе которого ведущую роль играет аффективные составляющие – страх и тревога, что находит своё отражение в используемых терминах: «панические атаки», «тревожные атаки». Панические приступы повторяются, сопровождаются интенсивным страхом или дискомфортом, развиваются внезапно и достигают своего пика в течение 10–15 минут, могут часто сопровождаться пульсацией, сильным сердцебиением, потливостью; ознобом, тремором; ощущением нехватки воздуха, одышкой; затруднённым дыханием, удушьем; болью или дискомфортом в области левой половины грудной клетки; диспепсическим или абдоминальным дискомфортом; головокружением, неустойчивостью; слабостью, дурнотой, предобморочным состоянием; ощущением онемения или покалывания (парестезии); волнами жара и холода; ощущением дереализации, деперсонализации; страхом смерти; страхом сойти с ума или совершить неконтролируемый

поступок. Возникновение панических атак (ПА) не обусловлено непосредственным физиологическим действием каких-либо веществ или соматическими заболеваниями.

В межприступном периоде у пациентов с паническим расстройством (ПР) часто развивается так называемая тревога предвосхищения (ожидания) приступа и *агорафобический синдром*: страх оказаться в любой ситуации, способствующей развитию приступа, и отсутствия помощи с возникающими так называемыми «охранительными» формами поведения, препятствующими человеку полноценно осуществлять жизнедеятельность.

Субъективные и объективно регистрируемые нарушения вегетативных функций, которые носят постоянный характер или возникают эпизодически и не сочетаются с вегетативными пароксизмами, являются перманентными (Вейн А.М. с соавт., 1997, 2003) и на уровне систем и органов проявляются различными синдромами: на уровне сердечно-сосудистой системы – аритмиями (синусовой тахикардией, кардиалгиями, экстрасистолиями); кардиосенестопатиями; повышением, понижением, чаще перепадами уровня артериального давления; нейроциркуляторной дистонией; несистемными головокружениями; ощущением неустойчивости; на уровне дыхательной системы – гипервентиляционными расстройствами (ощущением нехватки воздуха, психогенными формами кашля и одышки, чувством неполного вдоха или «неудовлетворённости» вдохом, затруднённым дыханием; на уровне пищеварительной системы: в верхнем отделе ЖКТ – диспепсическими расстройствами (тошнотой, рвотой, сухостью во рту, отрыжкой, аэрофагией, икотой, функциональным пилороспазмом, «неврозом желудка»; в нижнем отделе ЖКТ – абдоминальными болями, метеоризмом, синдромом раздражённого кишечника, синдромом газовой диареи; на уровне мочевыводящей системы – поллакиурией, полиурией, императивными позывами и дизурией психогенного характера.

Психовегетативные нарушения, ассоциирующиеся с предполагаемым органным расстройством и вызывающие аффективно окрашенное ощущение боли или дискомфорта, исходящие из области локализации расстройства, более всего известны под

названиями: «синдром Да Коста», «гипервентиляционный синдром», «синдром неязвенной диспепсии», «синдром раздражённого кишечника» и рассматриваются в рамках СВД.

Психовегетативные расстройства возникают также в структуре депрессивных расстройств, в частности так называемых «маскированных», «соматизированных», среди которых доминируют тревожно-депрессивные, депрессивно-ипохондрические и истеро-депрессивные расстройства. По мнению А.Б. Смудевича с соавт. (2003), тревожные депрессии являются одной из наиболее распространённых психогенных реакций, сопровождающихся выраженными психовегетативными и диссоциативными проявлениями. Наиболее часто такие проявления болезни наблюдаются в инволюционном периоде (Смудевич А.Б. с соавт., 2000).

Как указывалось, при сочетании депрессий и соматической патологии, особенно при развитии депрессий у лиц с уже имеющимися сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными заболеваниями, важно иметь в виду динамично изменяющиеся соотношения собственно депрессивного синдрома и проявлений соматической (сосудистой) патологии (Краснов В.Н. с соавт., 2008).

Для депрессивного психовегетативного симптомокомплекса характерны проявления, сопоставимые с начальными стадиями развития ишемической болезни сердца и гипертонической болезни (Краснов В.Н. с соавт., 2008; Соложенкин В.В., 2011), например колебания артериального давления, тахикардия, синусовая аритмия, вазомоторная лабильность, а также нарушения астенического круга, например головные боли, головокружения, парестезии, повышенная истощаемость, сенсорная гиперестезия, в равной мере характерны для соматизированных вариантов (или начальных этапов развития) и депрессий, а также развивающегося церебрального атеросклероза (Вичкапов А.В., 2006). Эмоциональный дискомфорт с тревожным оттенком, эмоциональные колебания, не оформившиеся ещё в стойкий депрессивный сдвиг настроения, вполне характерны для всех упомянутых выше заболеваний; при дальнейшем развитии сердечно-сосудистые патологии обретают собственно соматическое выражение и подчиняются собственным закономерностям течения, в существенной мере

отличным от закономерностей депрессивных расстройств: если проявления депрессивного эпизода в принципе обратимы, то для сердечно-сосудистой патологии под понятием «выздоровление» подразумевают терапевтическую ремиссию или компенсацию, приостановку болезненного процесса.

В 1970 г. французские учёные ввели понятие «психосоматическое балансирование» (Краснов В.Н. с соавт., 2008), подразумевающее взаимообуславливание различных сосуществующих расстройств. В ряде исследований указывается на наличие «реципрокных» связей между аффективными расстройствами лёгкого уровня и возрастанием риска таких угрожающих жизни осложнений сосудистого заболевания, как гипертонический криз, инфаркт миокарда, инсульт; и напротив – при глубоких депрессиях с типичной, классической триадой аффективных, сомато-вегетативных и мотивационно-волевых проявлений депрессивного синдрома риск развития указанных осложнений снижается, что является хорошо известным в психиатрии фактом (Краснов В.Н. с соавт., 1997).

У пациентов общей медицинской сети диагностика симптомов психических расстройств амбулаторного уровня начинается с понимания их неспецифических проявлений в силу тенденции к *соматизации аффективной симптоматики* – нарушений, очень похожих на признаки соматических нарушений, но не имеющих в основе органическую обусловленность, что формирует соответствующий маршрут пациента.

Неспецифические проявления, характерные для тревожно-депрессивных расстройств, и «соматизированный» призыв к помощи у большинства пациентов вынуждает их обращаться к врачам-интернистам, а нередко – к парамедикам. Нахождение пациентов с недиагностированными аффективными нарушениями у специалистов с доминированием соматоцентрированного подхода приводит, в свою очередь, к неэффективности терапии, хронификации, ятрогениям, экономическому ущербу в виде затрат на многочисленные обследования и приобретение лекарств.

## ВОЛЯ. ВОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

**Воля** – сознательная организация и саморегуляция человеком своей деятельности и поведения, направленная на преодоление трудностей при достижении поставленной цели.

Этапы волевого процесса:

1. Возникновение побуждения.
2. Борьба мотивов.
3. Принятие решения.
4. Исполнение решения.

**Гипербулия** – болезненно повышенная волевая активность, при которой любая идея немедленно реализуется, возможность правильного обсуждения снижена, а действия скоропалительны (при маниакальном синдроме, при бредовых нарушениях).

**Гипобулия** – болезненное снижение воли, при котором сила мотивов, побуждений снижена, затруднено определение и удержание какой-либо цели: пациенты ничем не занимаются, вялы, пассивны, длительно сидят или лежат в одной позе с безразличным выражением лица.

## Расстройства влечений

Расстройства влечений проявляются, главным образом, поведенческими признаками и характеризуются повторяющимися поступками без ясной рационализации мотивации, которые в целом противоречат интересам самого больного и других людей.

**Влечение** – неосознанная, но целенаправленная деятельность человека (основана на инстинктах).

Рассматриваются следующие виды расстройств влечения:

1. Нарушения влечения к пище.
2. Нарушения полового влечения.
3. Нарушение инстинкта самосохранения.
4. Импульсивное влечение.

### **Нарушения влечения к пище**

**Булимия** – повышенное неутолимое чувство голода. При нервной булимии отмечаются периоды неконтролируемых приступов

обжорства, а также идеи излишнего веса и самобичевания. В поведении пациентов наблюдаются действия по «очищению» организма от излишнего веса: произвольное вызывание рвоты, злоупотребление слабительными, чрезмерные физические нагрузки или голодания, сменяющиеся приступами переедания.

*Анорексия* – утрата чувства голода. При нервной анорексии основной навязчивой идеей является страх набора излишнего веса и необходимость любым путём избавиться от него, даже при объективно сниженной массе тела. В основе нервной анорексии лежит феномен дисморфомании. Достижение сброса веса осуществляется всеми возможными приёмами избавления от «излишней массы тела»: изнурительные физические упражнения и диеты, отказ от приёма пищи, произвольное вызывание рвоты, злоупотребление мочегонными средствами, слабительными. Потеря массы тела составляет от 15 и более процентов от веса тела, соответствующего принятой норме, вплоть до кахексии и летального исхода.

*Парорексия* – пищевые прихоти, которые обусловлены сверхценным либо бредовым отношением к еде.

Полидипсия – неутолимая жажда (наблюдается при маниакальной фазе или приёме определённых ПАВ – канабиоидов).

*Олигодипсия* – отсутствие потребности в воде (при депрессии).

*Копрофагия* (извращение влечения) – поедание фекалий (при деменции).

### ***Нарушения полового влечения***

*Усиление полового влечения* – гиперсексуальность (нимфомания наблюдается у женщин, сатириазис – у мужчин).

*Ослабление полового влечения* – гипосексуальность (фригидность у женщин, импотенция – у мужчин).

### ***Половые извращения:***

- **Фетишизм** – нарушение, при котором какой-нибудь предмет (фетиш) является самым важным источником сексуальной стимуляции или необходим для удовлетворительной сексуальной реакции.

- Эксгибиционизм – периодически возникающая или постоянная тенденция неожиданно показывать свои половые органы незнакомым людям (обычно противоположного пола), что обычно сопровождается половым возбуждением и мастурбацией.
- Вуайеризм – периодически возникающая или постоянная тенденция скрытно подглядывать за людьми во время сексуальных или интимных занятий, таких как переодевание, что сочетается с половым возбуждением и мастурбацией.
- Педофилия – сексуальное влечение к лицам, не достигшим совершеннолетия (детям, подросткам).
- Геронтофилия – влечение к лицам старческого возраста.
- Зоофилия – сексуальное влечение к животным и стремление вступить с ними в половой контакт.
- Некрофилия – получение удовольствия от вступления в контакт с трупами.

#### *Расстройства половой идентификации*

- Транссексуализм – желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, что обычно сопровождается стремлением привести свое тело в как можно более полное соответствие с предпочитаемым полом с помощью хирургических методов и химической коррекции.
- Трансвестизм двойной роли – ношение одежды противоположного пола для временного переживания принадлежности к противоположному полу.
- Фетишистский трансвестизм – ношение предметов туалета противоположного пола или одежды противоположного пола для воссоздания соответствующей этому полу внешности и ощущения принадлежности к нему, что вызывает половое возбуждение. При достижении оргазма и снижении полового возбуждения возникает сильное желание снять одежду противоположного пола.

#### ***Нарушения инстинкта самосохранения***

*Усиление инстинкта самосохранения* выражается в избегании ситуаций, представляющих угрозу жизни, здоровью, в повышении уровня тревоги, страха смерти/болезни. При этом

у пациента формируются, так называемые, *охранительные* формы поведения. Агрессия в данном случае является способом активного устранения причины, представляющей угрозу.

*Ослабление инстинкта самосохранения* выражается в увлечениях экстремальными видами спорта (альпинизмом, гонками, прыжками с парашюта). Здесь характерны расширительные формы поведения. Вариантом ослабления инстинкта самосохранения является аутоагрессия, которая проявляется в различных формах суицидального поведения, суицидальными тенденциями (мыслями, действиями): 1) истинный суицид – спланированное действие, направленное на лишение себя жизни; может быть завершённым (трагически закончиться смертью) и незавершённым (когда пациента удаётся спасти); 2) демонстративный суицид – действие, направленное на лишение себя жизни на глазах у эмоционально и социально значимых лиц с целью привлечения к себе внимания. Серьёзность демонстрации суицидальных намерений нельзя преуменьшать, так как вероятны случаи, когда родственники могут не успеть спасти человека, неоднократно грозившегося или осуществившего суицид; 3) скрытый суицид – аутодеструктивное поведение (пьянство, курение, отказ от медпомощи, экстремальные увлечения; 4) самоистязание (нанесение себе порезов, вырывание волос, обкусывание губ, ногтей), которое пациенты осуществляют для снятия психического напряжения.

Наличие суицидальных тенденций у пациента является показанием для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар с целью сохранить ему жизнь. При этом индивидуально подобранное лечение и психотерапевтическая коррекция улучшат качество его жизни.

*Импульсивное влечение* – внезапно возникающее непреодолимое стремление к совершению действия, реализующееся без борьбы мотивов и сопротивления, с последующей критической оценкой (в отличие от истинного влечения, навязчивое влечение не реализуется).

Виды:

*Патологическая склонность к азартным играм* – трудно контролируемое сильное влечение к азартной игре

и невозможность прекратить участие в азартных играх усилием воли. Игры не приносят выгоды человеку, но продолжают, несмотря на вызываемый ими личностный дистресс или ущерб для личностного функционирования в повседневной жизни. Индивидуум мысленно озабочен актом азартной игры и обстоятельствами, с ней связанными.

*Патологические поджоги (пиромания)* – сильное влечение к поджогам с ощущением напряжённости перед этим актом и облегчением после него, при этом человек мысленно озабочен поджогами и обстоятельствами, связанными с этим актом (например, пожарными машинами или вызовом пожарной команды).

*Патологическое воровство (клептомания)* – сильное влечение к воровству с чувством выраженной психической напряжённости перед совершением поступка и облегчением после него. Эпизоды воровства осуществляются без видимых мотивов или выгоды для индивидуума или другого лица.

*Трихотилломания* – сильное влечение выдергивать волосы с растущей напряжённостью до и чувством облегчения после этого процесса выдергивания из-за постоянной и повторяющейся неспособности противиться данному процессу.

Существует ещё ряд нарушений, таких как:

- *дипсомания* – патологическое влечение к приёму алкогольных напитков; *дромомания* – стремление к бродяжничеству;
- *гомцидомания* – импульсивное влечение к убийству;
- *инцестофилия* – непреодолимое влечение к сексуальным отношениям с близкими родственниками;
- *патологическое накопительство* (силлогомания, хоардинг, синдром Плюшкина) – вид навязчивого поведения, заключающийся в собирании и хранении неиспользуемых вещей, чаще всего предметов домашнего обихода в настолько больших количествах, что они препятствуют использованию помещений по прямому назначению.

## ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Двигательные расстройства рассматриваются в психиатрии как нарушение центральной регуляции двигательных актов при сохранности опорно-двигательного аппарата и представлены следующими симптомокомплексами: ступором и психомоторным возбуждением.

### Ступор

**Ступор** – общая двигательная заторможенность, оцепенение, сопровождается утратой какого-либо контакта с окружающими.

Существуют следующие варианты ступора: 1) кататонический, 2) депрессивный, 3) психогенный, 4) галлюцинаторный, 5) апатический.

**Кататония.** Впервые кататонию описал Kahlbaum (1874). Кататонический ступор – одно из наиболее драматических психических проявлений. В западных странах он встречается всё реже и реже. Тем не менее полагают, что кататония недостаточно распознаётся и диагностируется (Van der Heijden et al., 2005). Введение антипсихотических препаратов в практику снизило частоту случаев кататонии (Stompe et al., 2002). При выявлении кататонии используют стандартизованную оценочную шкалу (Van der Heijden et al., 2005).

Прежде чем рассмотреть варианты кататонических расстройств, следует понять механизм развития данных психомоторных нарушений, ассоциированных с рядом состояний, встречающихся в медицинской практике. Считается, что кататония, с учётом нарушений волевой сферы, наиболее часто встречается при шизофрении, однако данный синдром широко распространён и при аффективных расстройствах, а также в сочетании с делирием при соматической патологии. Следует отметить, что одним из признаков кататонии могут быть нарушения вегетативной нервной системы, такие как тахикардия, повышение уровня АД или лихорадка, что вызывает трудности дифференциальной диагностики у врача общей соматической сети.

Возникновение кататонии ассоциируется с аутосомной доминантной связью с хромосомой 15q15 и гетерогенной связью с хромосомой 22q13. Известно, что генотип CNP встречается чаще у пациентов, страдающих шизофренией с кататоническими проявлениями по сравнению с теми, у кого нет кататонической симптоматики. При возникновении психотического расстройства задействованы три пути: 1-й путь представляет цепь передачи импульса в следующих областях: первичная моторная кора (M1) → скорлупа → бледный шар → таламус → M1, что обуславливает двигательное возбуждение; 2-й путь включает M1, таламус, мозжечок, ядра моста и отвечает за динамику движений; 3-й путь (кортикокортикальный) включает M1, дополнительную моторную область, заднюю париетальную кору, префронтальную кору и контролирует организацию и скорость движений. Таким образом, полагают, что развитие кататонических симптомов обусловлено активизацией, как минимум, двух путей.

*Проявления кататонического ступора:*

- Мутизм – утрата речевого контакта с окружающими при сохранении речевого аппарата, немотивированный отказ от речи.
- Негативизм – бессмысленное немотивированное противодействие требованиям среды и собственным побуждениям. Варианты: 1) активный негативизм – осуществление противоположного действия; 2) пассивный негативизм – отказ от выполнения действия.
- Стереотипии – постоянное, однообразное, монотонное повторение какого-либо действия (двигательные стереотипии).
- Вербигерации – ритмичное, монотонное повторение какого-либо слова, словосочетания.
- Пассивная подчиняемость – невозможность противоборствовать приказам окружающих и полное их выполнение, независимо от содержания.
- Эхопраксия – повторение действий другого человека.
- Эхолалия – повторение полностью или частично речи окружающих, при этом на вопрос, обращённый к нему, большой отвечает повторением вопроса или последних слов вопроса.

- Каталепсия (восковая гибкость) – повышение мышечного тонуса, вследствие чего тело длительное время сохраняет приданное ему положение, даже если поза крайне неудобна. Сам пациент не делает никаких движений, но не сопротивляется изменению его позы и застывает в ней надолго.

**Депрессивный ступор** – выраженная двигательная заторможенность, полное безразличие к окружающему, естественным потребностям (при депрессивной фазе, в том числе в рамках БАР, РДР). Может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней.

**Галлюцинаторный ступор** – общая обездвиженность, сочетающаяся с разнообразием мимических реакций (страха, тоски, удивления, восторга, отрешённости и др.) в зависимости от галлюцинаторных и бредовых образов. Вероятно возникновение мутизма – отказа от речи. Длится от нескольких минут до нескольких часов.

**Психогенный ступор** – возникновение данного варианта расстройства связано с психотравмирующей ситуацией. При возникновении пассивно-шоковой реакции пациенты доступны контакту, при этом отвечают кратко, с задержкой, растягивая слова. Моторика скована, движения замедленны. Поза чаще эмбоиональная. Продолжительность: секунды – минуты. Разновидностью является диссоциативный (истерический) ступор, возникающий в результате конфликтных ситуаций, при котором возможно снижение или отсутствие произвольных движений до отсутствия реакций на внешние раздражители. Исчезает после разрешения конфликта.

**Апатический ступор** – состояние, характеризующееся резким снижением двигательной активности вплоть до обездвиженности, сопровождается апатией, безучастностью, безразличием к своему состоянию и происходящим событиям. На вопросы такие пациенты отвечают односложно, сон и аппетит нарушены. Наблюдается при затяжных симптоматических, в том числе соматических, психозах, при энцефалопатии Гайе – Вернике.

## Психомоторное (двигательное) возбуждение

*Двигательное (психомоторное) возбуждение* – расстройство в форме усиления или ускорения различных видов психической деятельности (речи, моторики, мышления).

Варианты: 1) кататоническое, 2) импульсивное, 3) галлюцинаторно-бредовое, 4) маниакальное, 5) депрессивное, 6) психогенное.

***Кататоническое возбуждение*** – немотивированное бессмысленное двигательное возбуждение. Сопровождается стереотипиями (бессмысленное повторение действий, слов), эхопраксией (нелепое, немотивированное повторение действий окружающих), эхолоалией (повторение чужих слов, фраз). Кататоническое импульсивное возбуждение развивается остро, действия стремительные, часто жестокие и разрушительные, носят общественно опасный характер. Речь состоит из отдельных фраз или слов, характерны эхолоалия, эхопраксия, персеверации. Движения хаотичные, могут приобретать хореиформный характер, склонность к самоповреждениям.

***Галлюцинаторно-бредовое возбуждение*** характеризуется наплывом зрительных или слуховых галлюцинаций и/или бредовых идей (чаще преследования или воздействия). Поведение зависит от характера галлюцинаторно-бредовых переживаний. Пациенты считают, что все окружающие настроены против них, что побуждает к самообороне и агрессивным действиям (встречается при органических расстройствах, шизофрении).

***Депрессивное возбуждение*** возникает в связи с нарастанием тревоги и страха на фоне пониженного настроения и отсутствием двигательного торможения, проявляется двигательным возбуждением, достигающим до буйства. *Ажитированная депрессия* – сочетание выраженного аффекта тоски и тревожного беспокойства. Высказываются идеи самообвинения и самоуничужения. Высока опасность суицида (!)

***Маниакальное возбуждение*** – сопровождается повышенным настроением, стремлением к постоянной активной деятельности и речевым возбуждением. Пациенты испытывают физическое

чувство бодрости, легко входят в контакт, берутся за любое дело, не доводя до конца. По мере нарастания поведение теряет целенаправленность. Переоценка собственных возможностей и неспособность управлять своими эмоциями, контролировать свои поступки в сочетании с приступами агрессивности могут привести к опасным последствиям, связанным с опасностью для здоровья и жизни окружающих (например, изнасилованию, убийству).

**Делириозное возбуждение** – наблюдается дезориентировка в месте, времени, сопровождаемая наплывом зрительных устрашающих галлюцинаций, чаще – зоотипических, например пациенты видят мелких животных, насекомых и т.п.

**Гебефренное возбуждение** («геба» – богиня юности) – при данном варианте характерны дезорганизованные формы поведения: гримасничество, дурашливость, говорливость, расторможенность влечений, пациенты кривляются, пляшут, нецензурно бранятся, беспричинно смеются. Данные пациенты могут проявлять немотивированные агрессивные действия.

**Эпилептическое возбуждение** – сопровождается сумеречным расстройством сознания, характеризуется злобностью, агрессивностью, невозможностью контакта, внезапным началом, внезапным завершением. Данные пациенты опасны.

**Психогенное возбуждение** – реактивное состояние после психической травмы, при котором наблюдается тревога, паника, метание, хаотизированное или дезорганизованное поведение.

*Психомоторное возбуждение при тяжелых соматических заболеваниях* может быть обусловлено:

- гипертоническим кризом;
- ишемическим инсультом лобной локализации;
- острой дыхательной недостаточностью;
- болевым синдромом;
- острым инфарктом миокарда;
- инфекционными заболеваниями (бешенством, столбняком и др.)

Пациенты с психомоторными расстройствами могут представлять опасность для себя и окружающих в связи с часто возникающими агрессивными и аутоагрессивными тенденциями. Состояния с двигательным (психомоторным) возбуждением

являются экстренными психиатрическими ситуациями и требуют немедленного купирования в условиях отделений (палаты) интенсивного наблюдения!

## СОЗНАНИЕ. РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ

**Сознание** – высший интегративный психический процесс, который осуществляет познавательное отражение объективного мира и самого себя, что способствует адаптации субъекта в окружающей его природной и социальной среде и позволяет изменять её в соответствии со своими потребностями.

### **Функции сознания:**

- 1) объединяет функционирование всех сфер психической деятельности;
- 2) определяет степень сцепленности психической деятельности с объективной реальностью;
- 3) осуществляет направленность психической деятельности во внешний или внутренний мир.

**Ясный уровень сознания** – такой уровень сознания, при котором субъект способен правильно ориентироваться аутопсихически (в собственной личности) и аллопсихически (в месте, времени, ситуации, окружающих).

### **Критерии нарушенного сознания по Ясперсу (1911):**

1. Отрешённость сознания от действительности – расстройство непосредственного отражения реальных объектов и явлений в виде затруднения или исключения чувственного познания, фрагментарность или искажение, связанное с обманами восприятия. Реальный мир, происходящие в нём события не привлекают внимания или воспринимаются парциально, непоследовательно, фрагментарно. Возможность осознания и понимания явлений окружающей жизни ослаблена или утрачена.

2. Дезориентировка в месте, ситуации, времени, окружающих лицах, собственной личности. Алло- и аутопсихическая дезориентировка, являясь одним из ведущих симптомов при любом

нарушении сознания, имеет при каждом из них характерные особенности структуры.

3. Нарушение мыслительных процессов – нарушение рационального познания, понимания связей и отношений между объектами и явлениями, дезорганизация или выключение мышления, нарушение способности суждения. Ассоциативный процесс упрощается, затрудняется, речь становится фрагментарной, непоследовательной, бессвязной.

4. Нарушения памяти – полная или частичная амнезия периода нарушенного сознания (выпадение воспоминаний, ограниченное событиями острого периода болезни).

**Формы выключения сознания:**

А. *Количественные расстройства сознания (синдром оглушения)* – характеризуются повышением порога чувствительности для всех внешних и внутренних раздражителей. Рассматривают четыре степени оглушения: обнубиляция, сомноленция, сопор, кома. По мере нарастания мозговой дисфункции могут стать стадиями отключения сознания.

Б. *Качественные расстройства сознания (помрачение сознания)* – характеризуются появлением продуктивной симптоматики, что приводит к патологической ориентации во внешнем мире и патологическому функционированию без признаков выраженного отключения сознания: делириозное, онейроидное (сновидное), сумеречное, аментивное.

### **Количественные расстройства сознания (синдром оглушения)**

*Обнубиляция* (obnubilatio – переводится с французского как «облачко») – лёгкая степень оглушения. Пациенты рассеянны, несобранны, понимают суть вопроса с опозданием, часто действуют и реагируют невпопад (напоминают выпивших людей). Характерно колебание уровня ясности сознания: «плавающее сознание» – периоды прояснения сменяются затуманенностью сознания (пациенты при таком состоянии не критичны).

*Сомноленция* – нарушение сознания, при котором пациенты напоминают людей в просоночном состоянии.

Слабая степень характеризуется сонливостью, заторможенностью, при которых ориентировка неполная; при обращении к пациенту – его реакция замедленная.

Средняя степень: дезориентировка всех видов и неадекватное поведение; пациент отвечает с трудом, не сразу, при этом даёт односложные и не всегда правильные ответы или отвечает жестами; выполняет лишь наиболее простые требования.

Глубокая степень: ориентировка отсутствует; окружающие раздражители доходят до пациента как «через плотный слой ваты»; на вопросы не отвечает, не выполняет инструкции; движения медленные, неуверенные, незаконченные; поведение неправильное. Для получения реакции приходится говорить громче или неоднократно повторять вопрос; при неполном пробуждении пациент может быть агрессивен, не осознаёт своих действий.

Напоминает симптоматику выраженного психоорганического синдрома, характерны торпидность, аспонтанность, слабость суждений. После исчезновения оглушения наблюдается неполная амнезия (характерно «островковое припоминание» – симптом Моли), более или менее выраженная в зависимости от степени оглушения.

*Сопор* – патологический сон: пациент лежит, на окружающую обстановку не реагирует; как спонтанная, так и ответная речь отсутствует. Реакция зрачков на свет, корнеальные, конъюнктивальные и сухожильные рефлексы ослаблены, патологических рефлексов нет. При болевых раздражениях – кратковременная реакция (отдергивание руки, гримасы боли). По исчезновении сопора на этот период наступает полная амнезия.

*Кома* – состояние полного угнетения психической деятельности, при котором контакт с пациентом практически невозможен: все виды реакций и физиологические рефлексы отсутствуют; функционируют лишь жизненно важные центры (дыхательный и сердечно-сосудистый). Вызываются патологические рефлексы (Бабинского, Оппенгейма).

Оглушение может возникать вследствие гипоксии, отёка мозга, поражения нейронов токсическими веществами, ЧМТ, опухолей, сосудистых расстройств, диабете, почечной недостаточности и др.

## **Качественные расстройства сознания (помрачения сознания)**

*Делирий* – форма галлюцинаторно-иллюзорного изменения уровня сознания с преобладанием истинных зрительных галлюцинаций и иллюзий, нарушений сенсорного типа.

Признаки делирия:

- состояние от оглушённости до комы;
- ундуляция уровня сознания – возникает обычно к вечеру и длится в течение нескольких часов или суток,
- характерны галлюцинации, преимущественно зрительные – подвижные и красочные, часто устрашающие; имеют место также слуховые и тактильные галлюцинации, преимущественно зоотипии (животные, насекомые), иллюзии (парейдолические);
- дезориентировка в месте, времени при относительной сохранности ориентации в собственной личности;
- бессонница ночью, днём сонливость;
- поведение полностью зависит от особенностей патологии восприятия и мышления;
- аффективная лабильность, тревога, страх;
- воспоминания о делирии полные или частичные.

Делирий часто встречается в общей практике ожоговых, хирургических, травматологических, инфекционных, токсикологических, кардиологических стационаров.

Тяжёлые варианты делирия:

*Профессиональный («делирий занятости»)*: при данном расстройстве преобладает однообразное двигательное возбуждение в форме привычных действий, выполнявшихся в жизни (уборка, приём пищи, воды, работа на кассовом аппарате, шитьё и т.п.), причём на ограниченном пространстве.

*Мусситирующий («бормочущий делирий», «тихий бред»)* – наблюдается в пределах постели с речевым возбуждением в виде невнятного произношения нечётких звуков, слов, нет целостных движений – пациенты сбрасывают, ощупывают, хватают (синдром обирания). Определяется полная отрешённость. Пациенты контакту не доступны. Днём данное состояние может смениться оглушением.

*Пациента с делирием необходимо срочно госпитализировать и лечить в условиях отделения интенсивного наблюдения!*

При возникновении делириозного изменения сознания близким людям необходимо обеспечить следующие условия для пациента:

- не следует оставлять пациента без внимания;
- при прояснении уровня сознания пациенту следует напоминать, где он находится, время, кто его окружает – для снижения уровня тревоги (психического напряжения);
- необходимо обеспечить спокойную обстановку с небольшим количеством ухаживающих;
- потенциально опасные предметы должны находиться вне пределов досягаемости;
- консультация врача-психиатра обязательна!

***Онейроидное нарушение сознания*** – сновидное, фантастически бредовое помрачение сознания с множеством полиморфных психопатологических симптомов. Основные признаки: пациент дезориентирован (или ориентирован ложно), нарушена самоориентация (в отличие от делирия): он как бы является участником событий; произвольное течение ярких представлений (грёзы, ментизм), сценopodobные галлюцинации и псевдогаллюцинации, фантастические бредовые идеи. Симптомы характеризуются последовательностью, связностью переживаний и подчинены единой фабуле (содержанию). Об имеющихся переживаниях можно догадываться лишь по смене выражения лица. Поведение скудно отражает содержание переживаний. Контакт с пациентом обычно невозможен, на высоте онейроида наблюдается полная отрешённость. Длительность онейроида – от нескольких дней до нескольких месяцев. При прояснении сознания воспоминания полные,

связанные между собой, эмоциональные, подробные. О реальных событиях воспоминания затруднены.

**Аменция (спутанность сознания)** – тяжёлая по течению и глубокая степень дезорганизации всей психической деятельности.

Основные признаки:

- инкогерентность – бессвязность мышления, хаотическая гиперпродукция, нарушение когнитивного синтеза: обрывочные и бессистемные бредовые идеи, разрозненные галлюцинации;
- глубокая дезориентировка всех видов;
- контакт с больным невозможен, окружающая обстановка не осмысливается;
- резкие колебания настроения (то страх, то веселье), обычно делириозные или онейроидные эпизоды предшествуют аментивной спутанности;
- хаотическое двигательное возбуждение в пределах постели;
- длительность аменции – несколько дней – недель – месяцев;
- по выходе из состояния – выраженная церебростения и тотальная конградная амнезия (на период аменции).

Аменция может возникнуть при тяжёлых инфекционных заболеваниях, отравлениях, на фоне утяжеления заболевания, истощения резервов, снижения защитных сил организма. В психиатрии наблюдается при психотических расстройствах эндогенных, травматического, инфекционного и токсического происхождения.

**Сумеречное расстройство сознания** характеризуется внезапным началом и столь же внезапным окончанием утраты ясности сознания с отрешённостью от реальности или фрагментарностью восприятия, при сохранении автоматизированных форм поведения, дезориентировкой и отсутствием воспоминаний на период нарушенного сознания.

Основные признаки:

- внезапность возникновения и окончания эпизода сумерек;
- резкое сужение восприятия реальности – она становится нечёткой, фрагментарной, ограниченной;
- возможно неистовое, внешне немотивированное возбуждение с вязким дисфорическим аффектом (могут совершать

правонарушения, опасные для окружающих), действия часто носят последовательный, целенаправленный и координированный характер, при этом поведение не соответствует актуальной ситуации;

- глубокое нарушение всех видов ориентировки;
- последующая амнезия всего периода нарушения сознания.

Встречается при эпилепсии, опухолях головного мозга, остром периоде ЧМТ, при сосудистых и интоксикационных психотических расстройствах.

*Клинические разновидности сумеречного расстройства сознания*

*Классические сумерки* – довольно постоянные по содержанию галлюцинации и относительно систематизированный бред сочетаются с целеустремлённым, иногда опасным для жизни и самого пациента и окружающих поведением, аффектами гнева, страха, соответствующими галлюцинаторно-бредовыми переживаниями.

*Амбулаторные автоматизмы* – нарушения, характеризующиеся последовательными, стереотипными движениями или более сложными целенаправленными двигательными актами, совершаемыми на ходу.

*Фуга* – вид амбулаторного автоматизма – бессознательные движения могут быть хаотическими, нелепыми и кратковременными (больной свёртывает валиком одеяло; обшаривает руками своё тело, голову; крутится на месте; бросается внезапно бежать и др.).

*Транс* – более длительные состояния (несколько дней, неделя, месяцев) и с более упорядоченным поведением (например, переезд из города в город, покупка ненужных предметов и раздача их посетителям магазина).

Здесь следует привести особый клинический случай из практической деятельности в общей медицинской сети. Пациент 63 года, бизнесмен, особых жалоб не предъявлял, по убедительной просьбе дочери пришел на прием в её сопровождении. Пациент на своём автомобиле въехал в ствол дерева, при этом сам не пострадал, но автомобиль повредил значительно. По рассказам

пациента, он неоднократно попадал в автоаварии, будучи за рулём, при этом не помнил определённые промежутки времени, предшествовавшие столкновениям. За всё это время, со слов пациента, он «отдельвался лёгким испугом и разбитыми машинами», но, будучи человеком обеспеченным, приобретал себе новые дорогостоящие автомобили. При сборе анамнеза болезни выяснилось, что у пациента с детства возникали состояния «выпадения из памяти» определённых моментов жизни (со слов пациента): сначала на мгновения (не более минуты), а затем на более длительные промежутки, не замечаемые окружающими людьми. По мере взросления, пациент мог сесть за руль с намерением съездить, к примеру, на ближайший рынок, а где-то через час оказывался за 60 км или более вне черты города, при этом совершенно «не осознавал и не помнил», что происходило с ним за этот отрезок времени. Пациент с детских лет «привык» к таким состояниям, не считал их проявлениями заболевания, поэтому никогда не жаловался врачам. Кроме этого, из анамнеза стало известно, что родители пациента были близкими родственниками, жена – его двоюродная сестра, причём все были из однородного этноса малых народностей, проживающих на территории Киргизии. Все члены семьи пациента (жена и три дочери) страдали различными формами эпилепсии.

В данном случае следует подчеркнуть, что пациент периодически проходил профилактические осмотры в медицинских учреждениях для получения прав на автовождение и справок для предоставления в ГАИ, при этом никто не интересовался, да и сам пациент не осознавал наличие нарушений сознания в прошлом, безусловно представлявших опасность для окружающих и для него самого. Пациенту проведено комплексное обследование и назначена терапия, в результате чего приступы прекратились. Вождение автотранспортом ему было категорически воспрещено.

## ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Терапия пациентов с психическими расстройствами предусматривает комплекс мероприятий, направленных, прежде всего, на социальную адаптацию пациентов, и включает психотерапевтическую и биологическую интервенцию, а также социальную поддержку со стороны членов семьи и социальных служб, заинтересованных в улучшении качества психического и физического здоровья населения в целом.

**Биологическая терапия** включает методы лечебного воздействия на биологические процессы, лежащие в основе психических нарушений, а именно: фармакотерапию, шоковую (электросудорожную) терапию и другие методы (пиро-, свето-, диетотерапию, депривацию сна и т.д.).

**Психотерапия** – система психологических методов лечебного воздействия профессионально подготовленного специалиста на психику, а через психику – на организм пациента («лечение словом»), предусматривает применение ряда терапевтических техник (с которыми можно ознакомиться в учебных пособиях по психотерапии). Врачам-психиатрам и ОМС следует применять психотерапевтические навыки в процессе работы с комплайнсом, плацебо-эффектом, со стигматизацией, включая разоблачение мифов в области психического здоровья и др.

**Социальная реабилитация** предусматривает комплекс мер, направленных на максимальное приспособление пациентов с психическими и поведенческими расстройствами в обществе, включая социальную реабилитацию в семье, профессии, социуме в целом. В развитых странах социальная служба сопровождает данных пациентов от начала лечения до полной адаптации в обществе, а иногда и всю жизнь.

Основные стратегии терапии выстраиваются в зависимости от механизмов возникновения психических расстройств (рисунок 9).



Рисунок 9 – Направленность терапевтического воздействия, с учётом механизма развития психического расстройства

## Плацебо-эффект

*Плацебо-эффект* [лат. плацебо – нравлюсь] означает эффект неспецифического психотерапевтического действия лекарств, проявляющийся в виде психологических и/или соматовегетативных компонентов тревоги. Плацебо-эффект – это показатель, ориентированный на уменьшение или усиление дистресса и его проявлений (психологического и соматовегетативного характера). До 35 % людей плацебо-реактивны (являются плацебо-реакторами), то есть предрасположены к наличию позитивного или негативного плацебо-эффекта.

Плацебо не является осознаваемой реакцией человека, что следует учитывать в терапевтическом процессе и имеет следующие механизмы: 1) бессознательный страх; 2) безусловное доверие или недоверие врачу.

Грамотное консультирование может привести к возникновению позитивного плацебо-эффекта, помогающего процессу выздоровления пациента.

### ***Проявления плацебо-эффекта***

- Изменение интенсивности/характера боли (чаще головной), а также послеоперационной боли.
- Изменение уровня тревоги, беспокойства.
- Изменение уровня депрессии.
- Эйфоризирующее/подавляющее действие.
- Релаксирующий/тонизирующий эффект.
- Изменение интенсивности кашля, насморка, температуры.
- Эффект воздействия на качество сна.
- Эффект воздействия на тонус сосудов (вазодилатация/вазоконструкция).
- «Внутреннее прогревание» или «озноб».
- Изменение отёчности при воспалении суставов.
- Влияние на уровень сахара в крови и другие биохимические показатели.

### ***Виды плацебо-эффекта***

*Плацебо-негативный эффект* – имитирует побочные эффекты и проявляется в нарастании психических и/или соматовегетативных компонентов дистресса (в основе МПЗ у пациента – «сопротивление»).

*Плацебо-позитивный эффект* – улучшает состояние пациента и выражается в снятии или уменьшении психологических и/или соматовегетативных проявлений дистресса, что может способствовать усилению эффективности терапии.

### ***Принципы работы с плацебо-эффектом***

- Грамотное информирование пациента о сути расстройства и аргументация необходимости назначения фармакотерапии.
- Подробное изложение комплексного плана лечения (рекомендуемых препаратах, механизмах их воздействия, взаимосочетаемости, длительности терапии и кратности приёма).
- Информирование об актуальности и эффективности препарата.
- Информирование о возможности возникновения тех или иных побочных эффектов и соотнесение их минимальности с большой долей вероятности улучшения качества жизни с учётом

опыта практической точки зрения и доказательных научных данных.

- Формирование «терапевтического контракта».

## **ОСНОВЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

*Биологическая терапия* – лечебное воздействие на психопатологическую симптоматику с помощью физических и химических средств, оказывающих влияние непосредственно на биологическую среду организма (физиологические, метаболические, нейрогуморальные процессы) и включает: психофармакотерапию, применение электросудорожной терапии, транскраниальных импульсных магнитных полей, нейрохирургии.

### **Основные исторические вехи развития биологической терапии в психиатрии**

Поиск и разработка эффективных фармакологических средств терапии до XX века осуществлялись преимущественно в направлениях, связанных с лечением соматических и инфекционных заболеваний. Психотропное действие лекарств нередко обнаруживалось случайно, как побочный эффект соматотропной терапии. В дальнейшем эти препараты применялись при лечении психических заболеваний.

J. Wagner-Jauregg впервые использовал пирогенную терапию – маляриотерапию для лечения прогрессивного паралича (Wagner-Jauregg J., 1918). В последующем более 50 лет широко использовались сульфозинотерапия, пирогеналотерапия и др. J. Klaesi в 1922 г. впервые применил наркотический сон (Klaesi J., 1922). В 30-х гг. XX в. впервые были сделаны шаги в использовании шоковых методов: инсулинокоматозной (Sakel M., 1935), медикаментозной судорожной (Meduna L., 1937) и атропинокоматозной терапии (Бажин Е.Ф., 1984; Forrer S., 1950). Широко применялись такие виды терапии, как: дието-разгрузочная терапия,

эфферентные методы – гемосорбция, плазмаферез, гормонотерапия, витаминотерапия и др.

Настоящим прорывом явилось применение электросудорожной терапии (Carletti P., 1938; Vini L., 1938), которая в усовершенствованном виде применяется эффективно и поныне в случаях резистентных форм депрессии и других эндогенных психических расстройств. Великим открытием стали в 1952 г. производство нейролептика хлорпромазина (аминазина), в 1955 г. – антидепрессанта имипрамина. Применение нашли также такие методы, как воздействие на циркадные ритмы: терапия сном, электросном, лечение ярким светом (фототерапия), депривация сна.

Нобелевскими лауреатами за научный вклад в области психиатрии стали выдающиеся учёные: упомянутый выше австрийский психиатр Юлиус Вагнер-Яурегг получил Нобелевскую премию в 1927 г. за открытие метода пиротерапии при нейросифилисе (прогрессивном параличе); португальский психиатр Эгаш Мониш – в 1949 г. за открытие психирургического метода лечения некоторых психических заболеваний; американский психиатр, нейробиолог и профессор биохимии (Центр нейробиологии и поведения, Колумбийский университет, Нью-Йорк, США) Эрик Р. Каандел совместно с Полом Грингардом и Арвидом Карлссоном – в 2000 г. за открытия, касающиеся передачи сигналов в нервной системе (Tsay C.J., 2013).

## **Психофармакотерапия**

Психофармакотерапия подразумевает использование психотропных препаратов для лечения психических заболеваний. Приступая к описанию средств, используемых для лечения пациентов с психическими расстройствами, следует рассмотреть вопросы, затрудняющие эффективность взаимодействия врача и пациента, чтобы их конструктивно преодолеть. Прежде всего, это касается мифов, связанных с приёмом психотропных препаратов.

### ***Мифы о психофармакотерапии в обществе***

Современные психотропные препараты широко применяются врачами общей медицинской сети во всём мире. Особое место

они заняли в последние десятилетия для лечения амбулаторных форм психических расстройств, коморбидных с соматической патологией.

Однако существует множество заблуждений в отношении их воздействия на организм человека.

Несведущие люди нередко называют психотропные препараты «наркотиками», что неверно. Наркотические препараты относятся к определённой группе так называемых психоактивных веществ (ПАВ).

Некоторые опасаются того, что все психотропные препараты «вызывают зависимость и привыкание». Это неверно. Большинство психотропных препаратов на сегодняшний день не имеют доказательных данных о возникновении зависимости, кроме препаратов, относящихся к классу бензодиазепинов. Однако препараты бензодиазепинового ряда при грамотном применении под контролем специалиста не вызывают негативных последствий.

Некоторые считают, что психотропные препараты имеют «серьёзные побочные эффекты», выделяя их среди лекарственных средств другого предназначения, например сердечно-сосудистых, противоаллергических и др. Как известно, все фармацевтические препараты обладают побочными эффектами в той или иной степени выраженности. Однако при производстве современных психотропных препаратов фармацевтические компании ориентированы на сведение к минимуму всех ПЭ, которые существенно могли бы влиять на работоспособность или показатели физического здоровья.

Широко распространено заблуждение о том, что все пациенты, обращающиеся за помощью к психиатру и принимающие лекарственные препараты, «автоматически попадают на учёт в психиатрический диспансер», и, таким образом, «психиатрический диагноз становится клеймом на всю жизнь». Однако в последние десятилетия, согласно существующему законодательству, пациент имеет право обращаться к специалисту в области психического здоровья по собственному желанию, врач обязан сохранять тайну факта обращения, а госпитализация возможна только по согласованию с пациентом или юридически ответственным лицом.

### ***Понятия «плюс-симптом» и «минус-симптом» в психиатрии***

Понимание данных симптомов в медицинской практике важно для выбора тактики и стратегий терапии.

*«Плюс-симптом», или позитивная (продуктивная) симптоматика*, – новый болезненный феномен, некая новая функция, появившаяся в результате расстройства, отсутствующая у здоровых людей. Симптоматика динамична, т.е. может резко нарастать при обострении заболевания, а затем исчезает – либо сама по себе, либо под воздействием адекватного лечения. Характер симптомов не специфичен. Примеры: бред, галлюцинации, эпиплептиформные пароксизмы, психомоторное возбуждение, навязчивые идеи, сильное чувство тоски при депрессии и т.д.

*«Минус-симптом», или негативная симптоматика (дефект)*, – исчезновение какой-либо психической способности, ущерб, который наносит болезнь естественным здоровым функциям организма, свидетельствует о длительности заболевания и о глубине поражения психики. Характер симптомов довольно специфичен и играет существенную роль в диагностике таких заболеваний, как шизофрения, эпилепсия, атрофические процессы. Примеры: амнезия, слабоумие, апатия, аутизация, эмициональная холодность и др.

### **Классификация психотропных препаратов**

Психотропные препараты подразделяются на следующие группы:

- I. Антипсихотики (нейролептики).
- II. Антидепрессанты.
- III. Транквилизаторы (анксиолитики).
- IV. Гипнотики (снотворные средства).
- V. Антikonвульсанты (противосудорожные препараты).
- VI. Нормотимики (стабилизаторы настроения).
- VII. Психостимуляторы.
- VIII. Ноотропы.

## Нейролептики (neuron – нерв, leptikos – способный взять)

**Основное действие нейролептиков** – антипсихотическое, направленное на редукцию бредовой, галлюцинаторной, негативной симптоматики, психомоторного возбуждения. Идея назвать препараты данной группы «нейролептиками» принадлежит профессору Деле (Деле, Деникер, 1952). Название означает, что «вещество берёт под контроль нервную систему и подавляет её». Данный термин больше был распространён в Европе, тогда как в США наиболее применим был термин «антипсихотики», подразумевавший основное направление воздействия препаратов. Таким образом, основной механизм действия – блокада постсинаптических дофаминовых рецепторов. Одновременное воздействие на другие рецепторные системы способствует развитию других терапевтических и некоторых побочных эффектов, спектр которых различен и индивидуален для каждого препарата.

На схеме представлены процессы фармакокинетики и фармакодинамики представителей группы нейролептиков (рисунок 10).



Рисунок 10 – Схема фармакокинетического и фармакодинамического воздействия нейролептиков (антипсихотиков)

В настоящее время фармацевтическая промышленность ориентирована на выпуск препаратов, избирательно действующих на необходимые в конкретных случаях рецепторы, чтобы максимально нивелировать побочные эффекты нейролептиков. Основная область применения нейролептиков (антипсихотиков) – лечение психотических расстройств различной этиологии, а также коррекция личностных и умственных расстройств в случаях декомпенсации (при появлении психомоторного возбуждения, агрессии).

**Классификация.** Рассмотрим общепринятые классификации нейролептиков, согласно принадлежности к химическому классу, доминирующему рецепторному аффинитету, а также с учётом направленности на плюс- или минус-симптоматику.

1. Классификация нейролептиков в зависимости от химической производной представлена в таблице 2.

2. Классификация нейролептиков с учётом аффинитета к определённой группе рецепторов, проявлений клинического действия и возникновения наиболее частых побочных эффектов (таблица 3).

3. Клиническая классификация нейролептиков в зависимости от доминирования терапевтического эффекта:

*А. Типичные нейролептики*

➤ Преимущественно с седативным действием – обладают выраженным седативным действием за счёт блокады гистаминовых и альфа-1-адренорецепторов (из-за этого понижают АД). Быстро купируют состояния психомоторного возбуждения. Основной представитель – Аминазин.

➤ Преимущественно с антипсихотическим действием – имеют высокое сродство к дофаминовым рецепторам, меньше – к другим рецепторам. Выражено антипсихотическое действие. Основные представители: Галоперидол, Трифтазин. Наиболее частые ПЭ: развитие экстрапирамидной симптоматики (поэтому необходимо назначение корректоров, например таблеток Циклодола 2–4 мг), эндокринные нарушения (гиперпролактинемия).

➤ «Малые» антипсихотики – имеют малое сродство к дофаминовым рецепторам, следовательно, слабое антипсихотическое, анксиолитическое, седативное, снотворное,

Таблица 2 – Основные химические классы нейролептиков

<i>Производные фенотиазина</i>	
1. Алифатические:	хлорпромазин (аминазин), левомепромазин (тизерцин), промазин (пропазин), алимемазин (тералиджен).
2. Пиперазиновые:	трифлуоперазин (трифтазин), перфеназин (этаперазин), тиопроперазин (мажептил), флуфеназин (модитен), метофеназин (френолон), прохлорперазин (метеразин).
3. Пиперидиновые:	тиоридазин (сонапакс), перициазин (неулеп-тил), пипотиазин (пипортил)
<i>Производные пиперидина и пиперазина</i>	
1. Бутирофенон-пиперидины (бутирофеноны):	галоперидол, трифлуоперидол (триседил), бенперидол, дроперидол, бромперидол, мельперон, пипамперон.
2. Дифенилбутил-пиперидины:	пимозид (орап), пенфлюридол (семап), флушпирилен (имап).
3. Другие пиперидиновые:	рисперидон (рисполепт), палиперидон (инвега), сертиндол (сердолект).
4. Пиперазиновые:	зипрасидон (зелдокс), арипипразол (абилифай)
<i>Производные тиоксантена</i>	
1. Алифатические:	хлорпротиксен.
2. Пиперазиновые:	флупентиксол (флюанксол), зуклопентиксол (клопиксол), тиотиксен
<i>Производные бензамиды</i>	
Сульпирид (эглонил), амисульприд (солиан), левосульприд, тиаприд, сультоприд (топрал)	
<i>Дибензазепины</i>	
Клозапин (азалептин), оланзапин (зипрекса), кветиапин (сероквель), локсапин, азенапин	
<i>Производные индола</i>	
Дикарбин (карбидин), молиндон	

Таблица 3 – Классификация нейролептиков с учётом аффинитета к рецепторам, клинических и побочных эффектов

Особенности нейрохимического действия	Представители	Клинические эффекты
1. Избирательные блокаторы дофаминовых рецепторов	Галоперидол Пимозид Сульпирид Амисульприд	Выраженное антипсихотическое действие. Ослабление эмоционально-волевых нарушений в структуре дефекта (в небольших дозах). Высокий риск ЭПС и эндокринных нарушений
2. Активные блокаторы дофаминовых рецепторов и одновременно слабые или умеренные блокаторы серотониновых и $\alpha 1$ -норадреналиновых рецепторов	Перфеназин Флуфеназин Зуклопентиксол Флупентиксол	Спектр эффектов схож с 1-й группой. Умеренный риск гипотензии
3. Неизбирательные блокаторы основных рецепторов головного мозга и ВНС	Хлорпромазин Левомепромазин Тиоридазин Хлорпротиксен	Выраженное седативное действие при относительной слабости антипсихотических эффектов. Низкий риск неврологических расстройств. Высокий риск вегетативных ПЭ (гипотензия, запоры, сухость во рту и др.)
4. Сбалансированные блокаторы дофаминовых и серотониновых рецепторов при умеренной активности в отношении $\alpha 1$ -норадреналиновых рецепторов	Рisperидон Зипрасидон Сертиндол	Отчётливое антипсихотическое и антинегативное действие, умеренный риск сердечно-сосудистых нарушений, низкий риск неврологических и эндокринных нарушений
5. Преимущественно блокаторы серотониновых рецепторов, с недифференцированным влиянием на растворы других нейромедиаторных систем	Клозапин Оланзапин Кветиапин	Выраженное или умеренное антипсихотическое действие. Высокий риск гипотензии и лекарственной седации, низкий риск неврологических и эндокринных расстройств

вегетостабилизирующее действия. Используются для терапии резистентных тревожных расстройств, для коррекции поведенческих и личностных расстройств, умственной отсталости, при сосудистой спутанности у пожилых, при нарушениях сна и т.д. Основные представители: Сульпирид (эглонил), Тиоридозин (сонапакс), Тиапридал (Тиаприд) и др.

*Б. Нетипичные нейролептики* – современный класс нейролептиков, отличающийся от традиционных нейролептиков наиболее низкой степенью сродства к дофаминовым D2-рецепторам и блокирующий сератониновые рецепторы, тем самым вызывая «мягкое» фармакологическое действие и меньше ЭПС. Данная подгруппа антипсихотиков способна оказывать влияние на негативную симптоматику при шизофрении. Основные представители: Рисперидон, Оланзепин, Клозапин, Азенапин, Амисульприд, Зипрасидон, Карипразин и др.

На рисунке 11 схематически изображена сравнительная степень терапевтического эффекта типичных и атипичных нейролептиков в зависимости от преобладания «плюс-» и «минус-» симптоматики, а также выраженность побочных эффектов.

*Пролонгированные формы нейролептиков* – лекарственные формы, которые после внутримышечного введения постепенно высвобождаются из мышечного депо в кровь и оказывают терапевтическое действие длительное время (до одного месяца). Преимущество перед таблетированными формами заключается в том, что назначение предусматривает полный контроль со стороны врача, а также удобство приёма для пациента – один раз в месяц. Кроме этого, отмечается меньше ПЭ. Представители: Галоперидол-деканоат, Клопиксол-депо, Рисполепт-конста, Рисполепт-депо.

*Экстрапирамидные побочные эффекты нейролептиков (антипсихотиков)*. Побочные эффекты антипсихотиков возникают в процессе неконтролируемого приёма или передозировки, из них наиболее часто встречаются следующие:

➤ Акатизия – (от греч. а – отрицание, kathisis – сидение) – неприятное чувство дискомфорта, проявляющееся в неусидчивости, невозможности оставаться на месте.

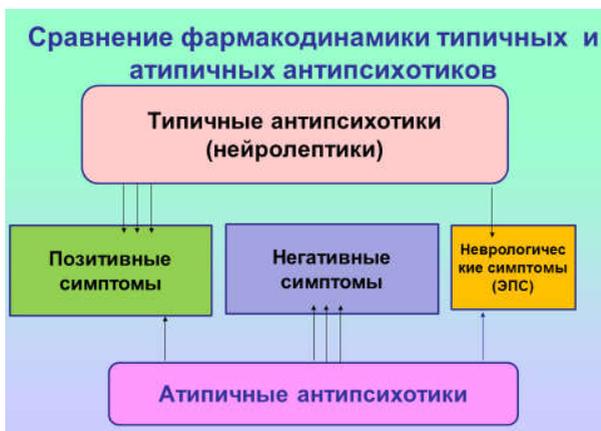


Рисунок 11 – Сравнительная степень воздействия нейролептиков на клиническую симптоматику с учётом выраженности побочных эффектов

➤ Лекарственный паркинсонизм: гипокинезия, ригидность, тремор, нарушение походки. После отмены нейролептика данные явления исчезают. Корректоры – м-холинолитики: например, циклодол.

➤ Острая дистония – характеризуется медленными (тоническими) или повторяющимися быстрыми (клонико-тоническими) движениями, вызывающими вращение, сгибание или разгибание туловища и конечностей. Начало внезапное: тризм или форсированное открывание рта с высовыванием языка, насильственные гримасы, кривошея, с поворотом и запрокидыванием головы назад.

➤ Поздняя дискинезия – любые гиперкинезы, возникающие вследствие длительного неконтролируемого приёма нейролептиков (более трех месяцев) либо стойко сохраняющиеся после отмены препарата (в течение нескольких месяцев – лет).

➤ Злокачественный нейролептический синдром: мышечная ригидность, подъём температуры, трофические изменения, помрачение сознания. Это состояние опасно для жизни и требует срочной госпитализации в реанимацию, полную отмену препарата и инфузионную терапию.

### *Нежелательные эффекты антипсихотиков*

Психические: сонливость, седация, депрессогенное действие (аминазин), вторичные негативные расстройства (апатия, абulia); со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение АД, ортостатические реакции (аминазин, тизерцин), увеличение интервала QT (риск развития желудочковых аритмий у соннапакса); в крови возможно развитие агранулоцитоза (у принимающих клозапин), что требует регулярного контроля анализа крови; обменные нарушения, такие как увеличение веса, метаболические нарушения, СД 2-го типа (при применении клозапина, оланзапина); прочие: дерматиты, желтуха, фотосенсибилизация, пигментация роговицы, флебиты и инфильтраты (при в/в и в/м введении определённых препаратов) и др. Приём нейролептиков осуществляется строго под наблюдением врача.

## **Антидепрессанты**

Среди психотропных препаратов антидепрессанты занимают лидирующее место по назначаемости врачами общей медицинской сети. Это обусловлено тем, что расстройства тревожно-депрессивного спектра занимают третью позицию в мире по распространённости среди неинфекционных заболеваний. В результате пандемии COVID-19 число депрессивных нарушений многократно возросло.

**Основное действие антидепрессантов** – тимоаналептическое (улучшающее настроение), то есть направлено на редукцию депрессивного аффекта. Наряду с этим многие антидепрессанты обладают противотревожным и стимулирующим действием, рассматриваются как вторичные, что определяет клиническую классификацию антидепрессантов. Спектр терапевтической направленности позволяет широко назначать препараты при аффективных (тревожно-депрессивных) расстройствах амбулаторного уровня (рисунок 12).

Механизм действия антидепрессантов основан на повышении содержания моноаминов (серотонина, норадреналина, дофамина) в синаптической щели.



Рисунок 12 – Спектр терапевтических эффектов антидепрессантов по С.Н. Мосолову (Мосолов С.Н., 1993)

Различные группы антидепрессантов способствуют повышению содержания моноаминов различными путями: ингибируют обратный захват, блокируют их разрушение моноаминоксидазой (МАО), могут действовать как на все моноамины, так и избирательно.

### ***Классификация***

*Фармакокинетическая классификация* представителей антидепрессантов основана согласно механизму действия и включает: ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО), ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина (трициклические антидепрессанты – ТЦА), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИЗСН), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИЗН), селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС) (рисунок 13).

Широко применяется в амбулаторной практике врача *клиническая классификация* антидепрессантов, которая определяет выбор препарата для лечения тех или иных расстройств аффективного спектра (таблица 4).

Фармакокинетическая классификация:	
<b>Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО):</b> Пирлиндол (Пиразидол), Моклобемид (Аурорикс)	
<b>Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина</b> Неселективные (НИОЗНС): <b>Трициклические (ТЦА):</b> Амитриптилин Имипрамин, Кломипрамин	
<b>Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС):</b> <b>Флуоксетин (Портал, Прозак), Пароксетин (Рексетин), Сертралин (Золофт), Циталопрам Эсциталопрам (Ленуксин)</b>	<b>Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИОЗН) / антагонисты норадреналина:</b> <b>Миансерин (Леривон)</b>
	<b>Ингибиторы обратного захвата серотонина/ антагонисты норадреналина (ИОЗСАС):</b> <b>Тразадон (Триттико)</b>
	<b>Селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС):</b> <b>Тианептин (Коаксил)</b>

Рисунок 13 – Фармакокинетическая классификация антидепрессантов (химические классы)

Таблица 4 – Клиническая классификация антидепрессантов

<i>1. Антидепрессанты со стимулирующим действием</i>	
Имипрамин (мелипрамин)	Милнаципран (иксел)
Флуоксетин (прозак)	Дезипрамин (петилип)
Моклобемид (аурорикс)	Ребоксетин (эдронакс)
Ниаламид (нуредаль)	
<i>2. Антидепрессанты со сбалансированным действием</i>	
Кломипрамин (анафранил)	Эсциталопрам (ленуксин)
Сертралин (золофт)	Венлафаксин (велаксин)
Пароксетин (рексетин)	Мапротилин (лудиомил)
Пирозидол	Тианептин (коаксил)
<i>3. Антидепрессанты с седативным действием</i>	
Амитриптилин (триптизол)	Доксепин (синекван)
Миансерин (леривон, миансан)	Миртазапин (ремерон)
Тразадон (триттико)	Флувоксамин (феварин)

### ***Клинические эффекты и показания***

Клиническая классификация антидепрессантов широко используется как в практике врача-психиатра, так и в общей медицинской практике. Основной областью применения антидепрессантов последнего поколения являются расстройства тревожно-депрессивного спектра амбулаторного уровня. При токсических и тревожных депрессиях предпочтительно назначение седативных и сбалансированных антидепрессантов; при апатических депрессиях – стимулирующих антидепрессантов (с учётом суицидальных тенденций), при больших депрессивных эпизодах – антидепрессантов преимущественно группы ТЦА. При наличии смешанной депрессивно-бредовой симптоматики рассматривается присоединение антипсихотиков. Депрессии эндогенного происхождения предполагают применение антидепрессантов совместно с нормотимиками (см. тему «Нормотимики»). Следует особо отметить, что в современных клиниках выбор антидепрессанта осуществляется на основе лабораторно-диагностического исследования патологии аллелей, задействованных в развитии того или иного вида депрессии.

При назначении антидепрессантов следует иметь в виду, что собственно противодепрессивное (тимоаналептическое) действие развивается не сразу, а в среднем через три недели регулярного приема, курс терапии – не менее девяти месяцев. При этом седативный и стимулирующий эффекты могут возникнуть в первые дни приёма, что следует учитывать при наличии суицидальных тенденций. Очевидно, что препараты назначаются под контролем специалиста. Обо всех особенностях действия антидепрессантов следует подробно информировать пациента.

Спектр показаний для назначения антидепрессантов в общей соматической практике довольно широкий:

- Депрессия различной этиологии.
- Паническое расстройство.
- Генерализованное тревожное расстройство.
- Фобические нарушения, включая агорафобию, социофобию и др.
- Посттравматическое стрессовое расстройство.
- Обсессивно-компульсивное расстройство.

- Органические аффективные расстройства.
- Тревожно-депрессивное расстройство и другие расстройства аффективного спектра.

Антидепрессанты не обладают свойствами психоактивных веществ (ПАВ), и на сегодняшний день доказательных данных о развитии зависимости к антидепрессантам не имеется.

### ***Побочные эффекты***

При назначении антидепрессантов в определённых случаях могут возникать побочные явления, особенно в первые дни приёма, и в основном связаны с действием на ЦНС. Так, антидепрессанты с преимущественно седативным действием могут вызывать сонливость днём, заторможенность, рассеянное внимание, замедленную реакцию. Таким образом, врачу следует предупредить пациента об ограничении вождения автотранспорта и работы, требующей активной сосредоточенности внимания.

Стимулирующие антидепрессанты могут усилить бессонницу, тревогу, интенсивность суицидальных мыслей, что следует иметь в виду при их назначении и проводить коррекцию данных проявлений соответствующими средствами под врачебным контролем. При значительном превышении дозировок антидепрессантов возможно развитие изменённого уровня сознания, тремор, головные боли и т.д. Вегетотропный эффект антидепрессантов используется при наличии психовегетативных проявлений расстройств тревожно-депрессивного спектра. Однако при неконтролируемом приёме препаратов возможно появление следующих нежелательных побочных нарушений со стороны соматовегетативной системы, что наиболее характерно для трициклических антидепрессантов (таблица 5).

В амбулаторной практике врача общей соматической сети при лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра рекомендуется по возможности использовать препараты последнего поколения, которые хорошо переносятся пациентами, не нарушая их активности и участия в повседневной жизни. Сравнительная характеристика побочных эффектов (ПЭ) традиционных антидепрессантов (подгруппы ТЦА) и антидепрессантов нового поколения (подгруппы СИОЗС) представлена на рисунке 14.

Таблица 5 – Побочные эффекты ТЦА

Направленность рецепторного воздействия	Патологические проявления
Антихолинергическое	Нечёткость зрения, сухость во рту, запоры, тахикардия, глаукома, сонливость, задержка мочи, половая дисфункция
Гистаминергическое	Гиперсомния, увеличение веса
Норадренергическое	Головокружения, потливость, тахикардия, постуральная гипотензия
Дофаминергическое	Тремор, дизартрия

<b>ПЭ АНТИДЕПРЕССАНТОВ и сравнение с СИОЗС:</b>	
<b>СОМАТОТРОПНЫЕ при ТЦА</b>	<b>СОМАТОТРОПНЫЕ при СИОЗС</b>
<b>Сердечно-сосудистая система:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ортостатическая гипотензия</li> <li>• Аритмогенный эффект</li> <li>• Нарушения проводимости</li> </ul>	<b>Сердечно-сосудистая система:</b> минимальны или отсутствуют
<b>Дыхательная система:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение секреции бронхиальных желёз</li> </ul>	<b>Дыхательная система:</b> минимальны или отсутствуют
<b>Пищеварительная система:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сухость во рту</li> <li>• Запоры</li> <li>• Гепатотоксическое действие</li> </ul>	<b>Пищеварительная система:</b> Снижение веса, снижение секреции слюнных желёз, диарея, тошнота
<b>Мочевыделительная система:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Задержка мочи</li> </ul>	<b>Мочевыделительная система:</b> минимально/отсутствуют
<b>Эндокринная система:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сексуальные расстройства</li> </ul>	<b>Эндокринная система:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• сексуальные расстройства – минимальны/отсутствуют</li> </ul>

Рисунок 14 – Сравнительная характеристика побочных эффектов со стороны соматовегетативной системы на примере представителей ТЦА и СИОЗС

## Анксиолитики (транквилизаторы)

Другое название транквилизаторов – анксиолитики (от лат. *anxietas* – тревога), что свидетельствует о доминирующем противотревожном и успокаивающем (транквилизирующем) эффектах препаратов этой группы.

Первые термин «транквилизаторы» ввёл американский психиатр В. Rush в 1810 г. по названию изобретённого им деревянно-го смирительного кресла (от лат. *tranquille* – делать спокойным, безмятежным). Первыми изобретёнными бензодиазепинами в 1959 г. стали Хлордиазепоксид (Элениум), в 1961 г. – Диазепам (Седуксен, Валиум, Реланиум, Сибазон).

Ниже представлена схема направленности терапевтического воздействия транквилизаторов (рисунок 15).

### **Классификация**

В практике для лечения расстройств тревожного спектра широко применяются анксиолитики (транквилизаторы) преимущественно бензодиазепинового ряда (таблица 6).



Рисунок 15 – Спектр терапевтической направленности анксиолитиков

Таблица 6 – Химическая классификация анксиолитиков  
(транквилизаторов)

<b>Бензодиазепиновые (БД) анксиолитики</b>	
Механизм действия – усиливают ГАМК-ергическую передачу	
<i>Типичные БД анксиолитики:</i>	<i>Атипичные БД анксиолитики</i> (в три раза превышают сродство к БД рецепторам)
Диазепам (Седуксен, Валиум, Реланиум, Сибазон) Феназепам Лоразепам (Лорафен) Оксазепам (Нозепам, Тазепам)	Алпрозолам (Ксанакс, Золомакс, Кассапан), Клоназепам (Ривотрил, Антелепсин) Тофизопам (Грандаксин)
<b>Препараты других химических групп</b>	
Центральный м-холино- и Н1-гистаминоблокатор: Гидроксизин (Атаракс)	Центральный Н-холоноблокатор: бенактизин (Амизил)

Таблица 7 – Представители транквилизаторов  
с учётом седативного и стимулирующего эффектов

<b>1. С седативным эффектом</b>	
А. Короткого действия ( $T^{*1/2} = 2-10$ часов)	Б. Длительного действия ( $T^{1/2} = 20-60$ часов)
Лоразепам (Лорафен) Оксазепам (Тазепам, Нозепам) Алпрозолам (Ксанакс)	Феназепам Диазепам (Седуксен, Валиум, Сибазон, Реланиум) Нитразепам (Радедорм)
<b>2. Со стимулирующим эффектом («дневные» транквилизаторы)</b>	
Тофизопам (Грандаксин), Мебикар	

Примечание: \*T – период полураспада.

*Клиническая классификация* транквилизаторов на основе их седативного и стимулирующего эффектов представлена в таблице 7.

*Область применения* транквилизаторов включает множество нарушений с преимущественно тревожным аффектом, такие как паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, тревожно-фобические расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное

расстройство, диссоциативные расстройства, органическое тревожное расстройство, тревожно-депрессивное расстройство, расстройства личности в период декомпенсации. Транквилизаторы являются необходимыми препаратами для лечения абстинентного синдрома, а также оказывают прямое купирующее действие при судорожном синдроме, эпилептическом статусе.

В амбулаторной практике общей соматической сети врачи ориентированы на ограничение назначений транквилизаторов, учитывая формирование зависимости и привыкания к ним. Однако, в период пандемии COVID-19 по данным Американской психиатрической ассоциации к 15.03.2020 г. в связи с учащением случаев тревожных расстройств общий прирост выписки рецептов на транквилизаторы за месяц составил 34 % относительно выписки всех психотропных препаратов (Schwartz B.J., 2020).

### ***Побочные эффекты***

Транквилизаторы обладают рядом побочных эффектов, о которых необходимо подробно информировать пациентов. Наиболее частые ПЭ: нарушение внимания, памяти, снижение скорости реакций, координации движений, сонливость, мышечная слабость, разбитость, усталость, при наличии дыхательной недостаточности – её усиление. *Формирование зависимости – одно из нежелательных последствий длительного неконтролируемого приёма транквилизаторов.* В связи с этим применение данной группы препаратов должно проводиться *только под контролем врача, строго по показаниям и в течение ограниченного периода.* Согласно рекомендации ВОЗ, терапия транквилизаторами не должна превышать двух недель. Схема терапии анксиолитиков предусматривает увеличение дозы с начальной до терапевтической и постепенное уменьшение дозы препарата до полной отмены – это основное правило назначения транквилизаторов.

## **Снотворные препараты**

Снотворные препараты (гипнотики) применяют для лечения бессонницы неорганического происхождения и подразделяются на препараты 1-, 2- и 3-го поколений.

Препараты 1-го поколения: Барбитураты (Фенобарбитал – содержится в Корвалоле, Валокордине и др.), Антигистаминные (димедрол), Препараты брома.

Препараты 2-го поколения: бензодиазепины (см. раздел «Анксиолитики (транквилизаторы)»).

Препараты 3-го поколения: селективно действующие на омега-безодиазепиновые рецепторы (Золпидем (Ивадал), Зопиклон (Имован) и др.).

На сегодняшний день в приоритете назначения находятся препараты 3-го поколения, так как обладают быстрым эффектом и минимумом ПЭ.

Курс терапии снотворных препаратов, как правило, *ограничен 7–10-ю днями приёма, в определённой дозировке и строго по показаниям*. Об этом следует информировать пациента, так как доступность приобретения данного класса психотропных препаратов в аптечной сети может обусловить их неконтролируемый приём определённой категорией лиц, страдающих нарушением сна различной этиологии.

## **Антиконвульсанты**

В общей соматической сети, в частности в неврологической практике, препараты данной группы традиционно применяются для лечения эпилепсии и судорожных проявлений различной этиологии. Наряду с этим большинство антиконвульсантов обладает нормотимическим эффектом (выравнивающим уровень настроения), что широко используется при терапии аффективных расстройств настроения (об этом речь пойдёт в разделе «Нормотики»).

Ниже рассмотрим *механизм действия* антиконвульсантов традиционных и последнего поколения (таблица 8).

В связи с тем, что эпилепсия имеет различные варианты проявлений, для каждого из них предпочтительно назначение определённой подгруппы препаратов. Существуют антиконвульсанты, преимущественно назначаемые для лечения эпилепсии с простыми и сложными парциальными припадками, со вторичными

генерализованными приступами, при симптоматической эпилепсии (Карбамазепины (Тегретол, Финлепсин), Ламотриджин (Ламиктал), Окскарбамазепин (Трилептал) и др. Для лечения эпилепсии с генерализованными приступами предпочтительно назначение солей вальпроевой кислоты, или вальпроатов (Депакин, Конвулекс), топирамата (Топамакс), леветирацетама (Кеппра) и др. Ниже представлены варианты эпилепсии и предпочтительные антиконвульсанты для их терапии (таблица 9).

Таблица 8 – Фармакокинетика антиконвульсантов

Направленность действия	Традиционные антиконвульсанты	Антиконвульсанты последнего поколения
Блокада натриевых каналов	Дифенин, карбамазепин, вальпроаты	Фелбамат, габапентин, ламотриджин, топирамат, окскарбамазепин, зонисамид
Блокада потенциалозависимых кальциевых каналов	Этосуксимид, вальпроаты	Фелбамат, габапентин, ламотриджин, топирамат, окскарбамазепин, зонисамид
Усиление ГАМК-ергического торможения	Фенобарбитал, гексамидин, бензонал, клоназепам, вальпроаты	Вигабатрин, тиагабин, фелбамат, габапентин, топирамат, зонисамид
Уменьшение глутаматергического возбуждения	–	Ламотриджин, фелбамат, топирамат
Уменьшение образования тетрагидрофолата	Дифенин, фенобарбитал, гексамидин	Ламотриджин, фелбамат, топирамат

### ***Побочные эффекты***

Большинство противосудорожных препаратов обладает тормозящим действием на ЦНС, чем объясняется возможное развитие побочных эффектов в процессе их применения, наиболее частые из которых следующие: сонливость, астения, головокружение, атаксия, снижение памяти, ослабление когнитивных функций. Такой ПЭ, как седация, часто вызывает затруднение приёма

Таблица 9 – Варианты эпилептических проявлений,  
клиническая картина и предпочтительность назначения препарата  
из группы антиконвульсантов

Варианты эпилептических припадков	Клиника	Антиконвульсанты
<i>Генерализованные припадки</i>		
Тонико-клонический (большой припадок, Grand mal)	Аура (сенсорная, моторная, вегетативная, психическая в зависимости от локализации эпилептогенного очага), потеря сознания, тонические судороги с остановкой дыхания, клонические судороги; продолжительность: 1–2 мин	Вальпроаты Дифенин Фенобарбитал Ламотриджин Карбамазепин Гексамидин Бензонал
Абсанс (малый припадок, petit mal)	Внезапная потеря сознания, иногда с кратковременными судорогами (кивки, клевки); продолжительность: около 30 с	Этосуксимид Клоназепам Вальпроаты Ламотриджин
Миоклонус-эпилепсия	Кратковременные (иногда в течение 1 с) внезапные сокращения мышц одной конечности или генерализованные сокращения мышц без потери сознания	Вальпроаты Клоназепам Нитразепам
<i>Парциальные припадки</i>		
Простые	Различные симптомы в зависимости от локализации эпилептогенного очага (например, при судорожной активности в моторной коре – клонические подергивания мышц, при возбуждении соматосенсорной коры – парестезия); сознание сохранено; продолжительность 20–60 с	Карбамазепин Вальпроаты Дифенин Фенобарбитал Гексамидин Габапентин Ламотриджин
Психомоторные припадки	Сумеречное сознание с автоматизмами и неосознанными, немотивированными поступками, о которых больной не помнит	Карбамазепин Дифенин Вальпроаты Фенобарбитал Гексамидин Клоназепам Габапент Ламотриджин

препарата и желание у пациента прекратить приём антиконвульсанта или принимать в уменьшенной дозировке, что вызывает рецидив заболевания и резистентность к назначенному препарату. Врачу следует информировать пациента, что большинство ПЭ носят преходящий характер и необходимо придерживаться схемы приёма препарата для достижения терапевтического эффекта. Важно отметить, что назначение данной группы препаратов проводится в течение продолжительного времени под контролем врача и периодического мониторингования с помощью проведения электроэнцефалограммы (ЭЭГ).

## Нормотимики

Нормотимики являются стабилизаторами настроения. При аффективных расстройствах настроения оказывают антиманиакальный эффект и действие, направленное на выравнивание (стабилизацию) уровня настроения. Нормотимики назначают с целью противорецидивного действия при аффективных фазах, преимущественно эндогенного происхождения, в рамках биполярного аффективного и рекуррентного депрессивного расстройств. Таким образом, нормотимики оказывают смягчающий эффект при сменах фаз. Помимо этого, нормотимики снижают интенсивность патологического влечения к психоактивным веществам, а также широко применяются в терапии острых алкогольных нарушений.

В качестве нормотимиков широко используются препараты из группы антиконвульсантов (см. раздел «Антиконвульсанты»), а также соли лития (рисунок 16).

Наряду с антиконвульсантами и солями лития в последнее время особое внимание привлекает эбселен – противовоспалительный препарат, который обладает «литий-подобным» действием: как и литий, ингибирует изонитолмонофосфатазу, что является терапевтическим механизмом. Отсутствие выраженных побочных эффектов позволяет его использовать в качестве дополнительного лечения для стабилизации маниакально (гипоманиакального) аффекта при биполярном расстройстве.



Рисунок 16 – Основные представители нормотимиков

Нормотимики назначаются продолжительным курсом в терапевтических дозах под контролем специалиста и требуют периодического лабораторного контроля функций печени и почек, а при назначении препаратов лития – уровня содержания соединений лития.

## Психостимуляторы

Данные препараты в настоящее время редко применяются в медицинской практике для терапии и используются преимущественно в экспериментальных условиях в научно-исследовательской области. Психостимуляторы провоцируют медиаторную передачу в синапсах, оказывают стимулирующий эффект на деятельность ЦНС, при этом усиливая умственную/физическую выносливость, способность к концентрации внимания, снимают сонливость и потребность во сне, активизируют процессы запоминания, мышления, речи, снижают потребность в пище. Данные эффекты кратковременны и ориентированы на ресурсы организма, что в конечном счёте приводит к длительной астенизации (выматыванию) и декомпенсации функций организма.

Основными представителями являются производные фенилалкиламина: Амфетамина сульфат (Фенамин)), производные сиднонимина (Мезокарб (Сиднокарб)), производные метилксантина (Кофеин).

### ***Побочные эффекты***

Приём психостимуляторов формирует зависимость к препарату, а также вызывает усиление тревоги, страха, нарушения сна. Наряду с этим возможно развитие делирия, мании, депрессии, гиперкинезов и др.

## **Ноотропы**

Препараты данной группы часто необоснованно назначаются в общей медицинской сети, особенно в неврологической практике, несмотря на отсутствие исследований, подтверждающих их доказательную эффективность. Ноотропы не имеют единого механизма действия. Предполагается, что они активируют нейрометаболические процессы, уменьшают последствия гипоксии мозга, оказывают влияние на высшие интегративные функции мозга, улучшают умственную деятельность, повышают устойчивость мозга к повреждающим факторам (выносливость при физических нагрузках) и т.д.

Ноотропным эффектом обладают следующие группы препаратов: производные пирролидона (один из представителей - пирацетам); производные гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) (аминалон, пикамилон, гопантенная кислота, фенибут); производные пантотеновой кислоты (пантогам); средства, содержащие диметиламиноэтанол (ацефен, центрофеноксин); препараты, содержащие нейроаминокислоты и пептиды (глицин, церебролизин, актовегин); антигипоксанты (оксиметилэтилпиридина сукцинат); витамины, витаминоподобные (производные витамина B<sub>6</sub>; B<sub>15</sub>, E, фолиевая кислота, янтарная кислота, экстракт женьшеня и др); вазотропные препараты (ксантинола никотинат, винпоцетин, пентоксифиллин, циннаризин, инстенон, их производные и др.); растительные препараты (гинго-билобо) и др. Следует отметить, что ноотропные средства не имеют показаний к применению, одобренных FDA

(Управлением по контролю над продуктами и лекарствами США), ввиду отсутствия объективных и доказательных свидетельств их эффективности. Некоторые препараты из этой группы запрещены к применению у спортсменов Федерацией спорта по контролю за препаратами, например Мельдоний (Mildronate).

## Другие методы биологической терапии

### *Транскраниальная стимуляция постоянным током (ТСПТ)*

Данный метод известен под названием электросудорожная (электроконвульсивная) терапия (ЭСТ) – метод неинвазивного нефармакологического воздействия на работу мозга, который заключается в искусственной стимуляции слабым током с помощью электродов, закрепляемых на коже головы. Технически лечение депрессивного расстройства посредством ТСПТ заключается в следующем: анод располагается над левым участком дорсалатеральной префронтальной коры (DLPFC), катод – над правым участком DLPFC или над правой супраорбитальной или лоботемной зонами. Эффект ЭСТ связывают с воздействием электрического тока на подкорковые мозговые центры, а также на обменные процессы в центральной нервной системе. ТСПТ считается одним из безопасных терапевтических методов (с наименьшими побочными эффектами по сравнению с фармакотерапией) и хорошо переносимым средством лечения резистентных депрессий, преимущественно эндогенного происхождения, шизофрении. Курс индивидуальный – в среднем 4–10 сеансов.

*Нейрохирургические методы.* В психиатрии применяется избирательное хирургическое удаление или разрушение элементов проводящих нервных путей в целях воздействия на психику больного (ВОЗ, 1976). На сегодняшний день в области психиатрии были присуждены только три Нобелевские премии, одна из которых – португальскому психиатру-нейрохирургу Эгашу Монишу в 1946 г. за операцию – лоботомию. В 1936 г. Э. Мониш (Antonio Egas Moniz, 1936) опубликовал свой первый доклад об успешно осуществлённой префронтальной лоботомии, а затем

разработал метод проведения процедуры. Лоботомия заключается в разрушении белых волокон, соединяющих лобные доли с другими отделами мозга (префронатальные зоны интегрируют деятельность мозга). Лоботомия была актуальна в 50–70-е гг. (в СССР запрещена с 1950 г.).

В настоящее время разрабатываются и применяются малоинвазивные методы хирургического вмешательства с использованием роботов-хирургов Да Винчи. Стереотаксические операции позволяют воздействовать точно на патогенный очаг (при опухолях, при височной или симптоматической эпилепсии), а также на строго определённые зоны лимбической системы (в основном при резистентных депрессиях).

### **Психологическая составляющая биологической терапии**

Психологическая составляющая биологической терапии предусматривает *ряд направлений*, которые обуславливают успешность процесса коммуникации в диаде «врач – пациент»:

➤ Формирование *комплаенса* – создание врачом такой атмосферы доверия и сотрудничества, при которой поведение пациента, с учётом его особенностей, соответствует предписаниям врача.

➤ Осуществление *терапевтического альянса*, предусматривающего определённые условия:

1) формирование *терапевтического контракта* – получение информированного согласия пациента на аргументированно рекомендуемые врачом диагностику и тактику терапии в соответствии с предъявляемой симптоматикой и механизма её происхождения. В случае невменяемости/недееспособности пациента необходимо информированное согласие юридически ближайших родственников или опекунов;

2) согласование цели и задач лечения, прогноза положительного исхода терапии;

3) максимальное информирование пациента о необходимости соблюдения назначенного терапевтического режима, дозы, кратности и продолжительности приёма препаратов;

4) стремление врача к монотерапии и простоте приёма препарата для пациента;

5) исключение отрицательного взаимодействия рекомендуемых лекарственных средств;

6) сведение к минимуму вероятности возникновения побочных эффектов. Интерпретация возможного спектра побочных эффектов (работа с плацебо-эффектом).

➤ Работа с плацебо-эффектом

Плацебо-эффект (лат. placebo – буду угоден, понравлюсь) означает эффект неспецифического психотерапевтического действия лекарств, проявляющийся в виде психологических и/или соматовегетативных компонентов тревоги. Различают два вида плацебо-эффекта: 1) *плацебо-позитивный (положительный) эффект* – улучшает состояние пациента и может использоваться лечащим врачом для усиления эффективности назначенной терапии; 2) *плацебо-негативный (отрицательный) эффект* – имитирует побочные эффекты.

*Основные принципы работы с плацебо-эффектом:*

- Грамотное информирование пациента о сути расстройства и аргументация необходимости назначения данного вида фармакотерапии.
- Подробное изложение комплексного плана лечения (рекомендуемые препараты, механизмы их воздействия, взаимосочетаемости, длительности терапии, кратности приёма и т.п.).
- Информирование об актуальности и эффективности препарата.
- Информирование о возможности возникновения побочных эффектов и соотнесение их минимального проявления со значением эффективности препарата для улучшения качества жизни (аргументация с практической и научной точки зрения).

## **Психические нарушения в период пандемии COVID-19 и мероприятия по их предупреждению**

Составление данного учебного пособия пришлось на довольно сложный период, когда человечество переживает вспышку заболевания, связанную с распространением нового вида коронавируса – SARS-CoV-2 и его разновидностей. Анализ психических нарушений, возникающих вследствие данной катастрофы, и их предупреждение является первостепенной задачей, стоящей перед медициной.

Впервые инфекция COVID-19 зафиксирована в декабре 2019 г в г. Ухане. Всемирной организацией здравоохранения данная ситуация объявлена пандемией коронавируса COVID-19 (ВОЗ, 11.03.2020 г.). К настоящему времени количество подтверждённых случаев инфицирования COVID-19 во всём мире превысило 172 млн человек, случаев с летальным исходом более 3 млн 690 тыс. (WHO, 03.06.2021), и эти цифры продолжают стремительно расти.

Несмотря на длительный опыт борьбы с медико-социальными катастрофами, одной из которых явилась пандемия «испанского» гриппа («испанка»), унёсшая за 1918–1919 гг. до 100 млн человеческих жизней, колоссальное развитие современной научной и практической медицины XX–XXI вв. следует рассматривать как недостаточно прогрессивное, поскольку система здравоохранения на всех уровнях, начиная с оказания первичной помощи, в период данной пандемии, оказалась в крайне затруднительном положении в связи с отсутствием достаточных знаний об инфекции COVID-19 и чёткого алгоритма действий по терапии и реабилитации огромного потока инфицированных пациентов.

Медики оказались наедине с трудностями не только в плане специфической терапии инфекции, но и в отношении тактики коррекции множества психических нарушений, возникающих в период пандемии, угрожающей здоровью и жизни значительного количества людей. В связи с этим представляется необходимым своевременно выделить наиболее уязвимые слои населения,

у которых могут возникнуть психические нарушения, определить стратегии терапии и профилактики.

***Группы риска развития психических нарушений и вероятные психические расстройства при пандемии***

➤ *Пациенты, инфицированные COVID-19, с явными проявлениями заболевания*, испытывают, с одной стороны, дистрессовую ситуацию, обуславливающую развитие расстройств, преимущественно тревожно-депрессивного спектра, с другой – токсическое воздействие инфекции на мозговые ткани (deep brain stimulation), что, в свою очередь, может вызвать возникновение психотических нарушений (преимущественно – изменённого уровня сознания инфекционно-токсического происхождения).

➤ *Люди, переболевшие COVID-19*, подвергаются стигматизации со стороны знакомых и даже близких родственников (избегают общения с ними, выражают недовольство при их приближении), что способствует развитию депрессивных нарушений с переживаниями суицидального характера.

➤ *Медработники на уровне всех звеньев* (от первичного до третичного), контактирующие (или контактировавшие) с инфицированными или потенциально инфицированными пациентами, включаются в группу риска по развитию множества расстройств: синдрома эмоционального выгорания и профессиональной деформации личности, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), других нарушений тревожно-депрессивного спектра и психосоматических заболеваний. Каждый выход медицинского персонала на работу в экстремальных условиях, представляющих угрозу здоровью и жизни самого медика и его близких, приравнивается к положению солдата во время боевых действий на фронте.

➤ *Лица, тесно контактировавшие с заболевшим* (родственники, сослуживцы, друзья, соседи), подвержены развитию тревожно-фобических нарушений, часть из них – повышенному употреблению алкоголя и других ПАВ.

➤ *Пациенты с установленными психическими расстройствами* на фоне нарастания психического напряжения подвержены развитию декомпенсации и обострению психических нарушений, включая суицидальные тенденции.

➤ *Дети*, оказавшиеся в период локдауна (карантина) в ограниченном пространстве, лишились прогулок на свежем воздухе, общения со сверстниками; в семьях, по данным исследователей, участились случаи жестокого обращения к детям со стороны родителей. Все эти факторы приводят к хроническому стрессу и способствуют развитию поведенческих расстройств детского и подросткового возраста.

➤ Рассматривается также развитие как текущих, так и отдалённых психических нарушений у *значительной части населения, испытывающего дистресс, в ответ на массивную, порой противоречивую информацию о пандемии.*

Таким образом, пандемия является катастрофической ситуацией, представляющей угрозу здоровью и жизни. Это влечёт за собой развитие множества кризисных психических нарушений, наиболее частыми из которых являются ПТСР и другие расстройства тревожно-депрессивного спектра, повышенное употребление ПАВ, суицидальные тенденции, в основе которых находятся аффект страха, тревоги, депрессии.

Данные факторы формируют соответствующие стратегии диагностики и терапии. В настоящее время в основном применяется симптоматическая терапия, включающая по показаниям использование антидепрессантов, анксиолитиков, нормотимиков, нейрореплетиков, преимущественно последнего поколения. При выборе психотропного препарата и его дозировки в период течения инфекции следует учитывать условия его взаимодействия с назначенными антибактериальными, противовирусными и другими необходимыми лечебными средствами. Важное значение приобретают проведение когнитивно поведенческой терапии для пациентов и организация «балинтовых» групп для медработников.

***Мероприятия по профилактике психических нарушений во время пандемии***

Для предупреждения и сокращения психических нарушений в условиях пандемии, карантина и самоизоляции необходима разработка алгоритма мер, обеспечивающих «сохранение у населения чувства контроля над ситуацией» (Красноштейн М., 2020).

Данные мероприятия подразделяются на два уровня: 1) на *макроуровне* – меры, обеспечение которых осуществляют государственные органы, 2) на *индивидуальном уровне* – меры, ориентированные на самоорганизацию граждан.

#### I. Перечень необходимых мероприятий на макроуровне

➤ *Организация координационного штаба.* Необходима организация централизованного штаба, который максимально обеспечивает взаимодействие между гражданами и службами, задействованными в борьбе с пандемией, о чём регулярно информирует население в определённые часы на протяжении суток.

➤ *Опора на профессионалов.* Люди должны максимально доверять распоряжениям правительства по соблюдению правил безопасности и алгоритму оказания помощи пострадавшим. Для этого необходимо, чтобы основные решения принимались на основе заключения компетентных лиц – специалистов в области вирусологии, пульмонологии и других интернистов, а также специалистов в области психического здоровья.

➤ *Достоверность информации.* Информация, подаваемая населению, должна соответствовать объективной реальности, о которой сообщает ВОЗ и другие официально признанные для каждого региона организации. Данная информация не должна входить в диссонанс с наблюдаемой населением ситуацией в действительности. Информирование населения должно исходить, прежде всего, от авторитетных и компетентных специалистов.

➤ *Логика, последовательность и прогнозируемость мер.* Необходимо чёткое изложение причинно-следственных связей пандемии и мер по профилактике инфицирования населения, при необходимости аргументированное разъяснение разделения территорий на «красную», «зелёную», «жёлтую» зоны. Население должно быть чётко информировано об алгоритме собственных действий в случае появления симптоматики заболевания или контакта с инфицированным.

➤ *Программа на будущее:* население должно понимать, что есть положительное развитие заболевания, перспектива на то, что пандемия постепенно сойдет на нет благодаря принимаемым

мерам. Люди должны чувствовать поддержку со стороны государства, в том числе финансовую.

➤ *Укрепление базы и предоставление возможностей для социальных связей.* Максимальная компьютеризация населённых пунктов и индивидуально каждого гражданина обеспечит коммуникацию граждан с административными уполномоченными, коммунальными предприятиями, возможность сохранить работу в дистанционном режиме, образовательный процесс и т.д.

➤ *Организация «горячих линий»:* связь населения с компетентными лицами по видео- или аудиолиниям обеспечит получение первой необходимой помощи и эмоциональной поддержки населением, организацию алгоритма действий в случае появления первых признаков заболевания и, таким образом, спасение многих жизней.

II. Перечень рекомендуемых мероприятий на индивидуальном уровне

➤ *Организация режима дня.* Соблюдение режима дня обеспечит ощущение контроля над ситуацией.

➤ *Физическая нагрузка.* При вынужденных условиях ограничения, в которые попали люди, физические упражнения обеспечивают относительный контроль над собственным здоровьем и являются эффективной мерой в борьбе с тревогой и депрессией.

➤ *Организация досуга и новых хобби.* Способ организации свободного времени обеспечит переключаемость человека с негативных событий на позитивные увлечения, приносящие интерес и удовольствие.

➤ *Поддержка социальных связей.* Активное использование социальных связей посредством имеющихся средств общения, включая интернет-пространство, которые в условиях самоизоляции становятся альтернативой взаимодействию при личном участии.

➤ *Фильтрация информации.* Следует избирательно вникать в поступающий поток информации о развитии пандемии, и, прежде всего, ориентироваться на достоверные источники, такие как официальный сайт ВОЗ или ресурсы местных компетентных средств оповещения.

➤ *Программа на будущее.* Составление предположительных алгоритмов действия, рассчитанных на возможные варианты течения событий, относительно снизит уровень психического напряжения.

➤ *Максимальное использование имеющихся средств связи* обеспечит общение и станет альтернативой коммуникации вживую в период пандемии.

➤ *Вовлечение «слабых групп» в дела семьи.* Активное неформальное взаимодействие зрелых членов семьи с детьми, пожилыми, лицами, страдающими тяжёлыми расстройствами, облегчит их переживание условий изоляции и значительно снизит уровень психического напряжения, тем самым предотвращая развитие или усугубление имеющихся психических нарушений у «слабого» контингента населения.



Рисунок 17 – Алгоритм мероприятий по профилактике психических нарушений во время пандемии (перечень мер по М. Красноштейну, 2020).

➤ *Формирование новых привычек и паттернов общения.*

Условия карантина и самоизоляции предусматривают часто совместное проживание в стеснённых условиях, в которых формирование новых позитивных форм взаимодействия (совместный просмотр смешных видеороликов, фильмов/сериалов, прочтение художественной литературы, изучение языков, занятия физическими упражнениями, игры, готовка пищи и т.п.). Новые паттерны взаимодействия существенно предотвратят развитие или снизят уровень тревожных и депрессивных проявлений.

На рисунке 17 мы демонстрируем модель мероприятий по профилактике психических нарушений во время пандемии COVID-19, с учётом ситуации в окружающей среде определённого региона, связанной с уровнем инфицированности, смертности, успешности медицинских и других необходимых действий в условиях пандемии.

Данные мероприятия следует проводить с учётом этнокультуральных особенностей региона, групп риска и результатов скрининга/мониторинга заболеваемости и смертности населения в определённом регионе (стране), а также включать регулярное укрепление материально-технической базы оказания помощи, разработку методов экстренной помощи (кризис-терапии) и снижения стигматизации по отношению к переболевшим инфекцией в процессе течения пандемии.

В настоящее время в мире происходит активное производство вакцин против коронавирусной инфекции COVID-19. С конца 2020 – начала 2021 года страны, в которых ведётся активное осуществление вакцинации, демонстрируют эффективное снижение уровня заболеваемости и летальных исходов. Наряду с этим публикуются противоречивые данные об эпизодических случаях осложнений без исследований и доказательств их связи с тем или иным противовирусным препаратом. Одновременно с этим у многочисленной массы населения развиваются психические реакции, в основе которых лежит страх вакцинирования и возможного возникновения осложнений или отдалённых последствий вакцинации, что может стать преградой для борьбы с вирусом и способствовать пролонгации инфицирования. С учётом данных

обстоятельств становится необходимостью разработка профилактических и терапевтических мероприятий не только в области психиатрической службы, но и в сфере активизации специалистами медицинских и санитарно-эпидемиологических направлений информационно-просветительской деятельности, включающей разъяснение принципа работы вакцин, их безусловной пользы в преодолении инфекции на основе исторического опыта и актуальных показателей вакцинирования в цивилизованных странах. Таким образом, врачи общей медицинской практики становятся значимым звеном в мультидисциплинарном взаимодействии, направленном против дальнейшего развития пандемии, а также на улучшение качества жизни людей, включая психическое здоровье.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В век стремительно развивающихся цифровых технологий, роботизации и искусственного интеллекта, медицинской и фармацевтической промышленности, в век массивированной информации, глобализации и пандемий врачу следует помнить о том, что медицина посвящена сохранению и улучшению деятельности организма, прежде всего, живого человека, а профессия медицинского работника предусматривает в основе – общение с человеком, личностью, имеющей индивидуальные характерологические особенности. Для многих людей заболевание и связанный с ним поход по медицинским учреждениям являются дистрессовым фактором. И в этом случае профессиональный подход врача, включающий фундаментальные знания с регулярным их обновлением, практический опыт с постоянным совершенствованием, взвешенность решений и эмпатию (поддерживающее сочувствующее отношение к пациенту), может предотвратить развитие психопатологических сдвигов разной степени выраженности: от психических нарушений амбулаторного уровня до тяжёлых психических и поведенческих расстройств. По выражению известного в мире психологии и психиатрии учёного, профессора Виктора Ефимовича Кагана, «врачу следует быть беспристрастным, но не бесстрастным!..».

Таким образом, знание основ патопсихологии, психиатрии и психотерапевтических навыков становится одним из ключевых звеньев в эффективной коммуникации «врач – пациент» и в конечном счёте – достижении высокого уровня качества жизни как отдельно взятого индивидуума, так и населения планеты в целом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / ред. А.М. Вейн. М.: Мед. информ. агентство, 2000. 752 с.
2. *Галако Т.И.* Суицидальное поведение и его превенция: уч. пособие / Т.И. Галако, В.И. Тен и др. Бишкек, 2012. 60 с.
3. Депрессии и коморбидные расстройства / под ред. А.Б. Смулевича. М., 1997.
4. *Дмитриева Т.Б.* Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / Т.Б. Дмитриева, В.Н. Краснов, Н.Г. Незнанов и др. М., 2012. 624 с.
5. Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», принятый Законодательным собранием Жогорку Кенеша КР от 25 мая 1999 г. (в редакции законов КР от 4 июля 2005 г. № 88).
6. Избранные лекции для врачей-кардиологов: учеб. пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.
7. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии: учеб. пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 318 с.
8. *Каган В.Е.* Искусство жить в зеркале психотерапии / В.Е. Каган. 3-е изд. М.: Смысл, 2019. 415 с.
9. Клиническая психиатрия (из синопсиса по психиатрии): в 2 т. / под ред. Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок. М.: Медицина, 1994. Т. 1. 671 с.
10. Клиническая психиатрия / под ред. Г. Грулле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. М.: Медицина, 1967. 832 с.
11. Клиническая психология: учеб. для вузов. 4-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2011. 864 с.
12. *Краснов В.Н.* Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. М., Практическая медицина, 2011. 432 с.
13. *Краснов В.Н.* Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по

оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов) / В.Н. Краснов, А.Е. Бобров, Т.В. Довженко и соавт. М.: ИД «Медпрактика-М», 2012. Т. 2. 328 с.

14. *Красноштейн М.* Постковидный синдром: особенности, предупреждение, лечение, реабилитация: вебинар / Центр нейромодуляции, психиатрич. дивизион, Тель-Авивский мед. центр (Ихилон) (д-р М. Красноштейн); Междунар. департамент Первого мед. центра Тель-Авива (д-р Ю. Раньков). 11.08.2020.
15. *Мосолов С.Н.* Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией. COVID-19 / С.Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. М., 2020. Информационный интернет-ресурс: <https://rmapo.ru/uploads/korona/COVID-19-psy.pdf> (дата обращения: 03.06.2021).
16. *Мясищев В.Н.* Психология отношений: избранные психологические труды / В.Н. Мясищев; под ред. А.А. Бодалева. М.: Ин-т практ. психологии; Воронеж: МОДЭК, 1995. 356 с.
17. *Незнанов Н.Г.* Психиатрия / Н.Г. Незнанов; под ред. Е.Ю. Курановой, А.С. Митиной, Т.В. Самойлик. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
18. Основы общей психопатологии / С.В. Воропаева. М.: Прометей, 2012. 200 с.
19. Психические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 720 с.
20. Психические реакции и нарушения у лиц с COVID-19: информационное письмо / ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ России. М., 2020. Информационный интернет-ресурс: <https://serbsky.ru/2020/04/17/informacionnyye-pisma-covid-19/> (дата обращения: 03.06.2021).
21. Руководство по психиатрии: в 2 т. / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. 784 с.
22. Справочник по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1985. 416 с.

23. *Спринц А.М.* Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией / А.М. Спринц, О.Ф. Ерышев, Е.П. Шатова. СПб., 2007. 126 с.
24. *Сулайманова М.Р.* Клинико-психологические проявления адаптационного образа болезни при коморбидных расстройствах / М.Р. Сулайманова, Т.А. Нелюбова, Р.Б. Сулайманов // Вестн. КРСУ. 2013. Т. 13, № 11. С. 135–140.
25. Коморбидные соотношения в общесоматической практике / М.Р. Сулайманова, Т.А. Нелюбова и др. / Бишкек: Изд-во КРСУ. 2014. 128 с.
26. *Сулайманова М.Р.* Психовегетативные симптомокомплексы в структуре коморбидных расстройств / М.Р. Сулайманова: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Бишкек, 2012. 25 с.
27. *Тен В.И.* Введение в стрессологию: учеб. пособие / В.И. Тен, Н.И. Фетисова, М.Р. Сулайманова. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2016. 129 с.
28. *Alexander F.* Fundamental concepts of Psychosomatic Research / F. Alexander // Psychosom. Med. 1943. Vol. 5. P. 23–29.
29. *Classman A.H.* Treatment of depression in patients with heart disease / A.H. Classman, D.W. Pierce // J. Pract Psychiat a. Behav. Health. 1998. Vol. 4. P. 140–149.
30. *Nimmuan C.* How many functional somatic syndromes? / C. Nimmuan, S. Rabe-Hesketh et al. // J. Psychosom. Res. 2001. Vol. 51. P. 549–557.
31. Психиатрия & нейронауки // Информационный интернет-ресурс: <http://psyandneuro.ru/> (дата обращения: 27.04.2021).
32. *Sulaimanova M.R.* The unifying model of diagnostics and therapy (UMDT) / M.R. Sulaimanova, A.S. Kim, R.B. Sulaimanov // J. European Psychiatry. 2012. Vol. 27. P. 1170.
33. World Health Organization. Constitution and bylaws / WHO Library Cataloguing in Publication Data World Health Organization Basic documents. 48th ed. Including amendments adopted up to 31 December 2014. Информационный интернет-ресурс: <https://apps.who.int/gb/bd/>, <https://www.who.int/governance/en/> (дата обращения: 03.06.2021)

34. *Yones N.* Longterm GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems / N. Yones, C. Passerieux, M.-C. Hardy-Bayle, I. Gasquet // *BMC Family Prac.* 2008. Vol. 9. P. 41–45.

Марина Рахимджановна Сулайманова

ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ  
В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебное пособие

Редактор *И.В. Верченко*  
Компьютерная вёрстка *М.Р. Фазлыевой*

Подписано в печать 17.05.2021.  
Формат 60×84  $\frac{1}{16}$ . Офсетная печать.  
Объем 9,5 п.л. Тираж 200 экз. Заказ 37.

Издательство КРСУ  
720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44

Отпечатано в типографии КРСУ  
720048, г. Бишкек, ул. Анкара, 2а