РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

"Клинические особенности основных

форм пограничных психических расстройств"

План

Диагностика и диф. диагноз

Профилактика и раннее обнаружение

Предрасполагающие личностно-типологические особенности человека

Клинические особенности основных форм пограничных психических расстройств. Общие подходы

Список литературы

## Диагностика и диф. диагноз

При дифференциально-диагностической оценке имеющихся у больного неспецифических феноменологических психопатологических проявлений невротического уровня важнейшее место занимает их динамическая оценка.

Она позволяет выявить эпизодичность, фрагментарность отдельных симптомов или, напротив, их стабильность и тенденцию к усложнению. На этом основании можно делать заключение о характере развития патологического процесса.

Итак, выявленный характер имеющихся у больного психопатологических расстройств, установленная или предполагаемая причинная зависимость и взаимосвязь с личностно-типологическими особенностями, психогенными, соматогенными, экзогенными и эндогенными факторами, анализ динамики развития заболевания - все это позволяет перейти к формулированию диагноза, выделению ведущего и второстепенных симптомокомплексов и определению причинно-следственных этиологически и патогенетически значимых для развития заболевания взаимоотношений.

На этой основе можно делать заключения не только об основных характеристиках той или иной нозологической формы, но и о форме, варианте, типе течения, прогредиентности, частных клинических особенностях заболевания.

Анализ диагностических расхождений при оценке пограничных состояний свидетельствует о том, что психический статус больных квалифицируется достаточно опытными врачами почти всегда одинаково. Различия касаются прежде всего понимания причин болезненного состояния. Исходя из этого, по-разному формулируются диагнозы сходно оцениваемых в "поперечном разрезе" состояний.

Так, например, формулировка диагноза при наличии невротических расстройств (неврастенических, истерических, навязчивых состояний и др.) в случае выявления той или иной соматической патологии может обосновываться по-разному, в том числе "неврастения" у больного гипертонической, язвенной и другой болезнью, перенесшего инфаркт миокарда. Это же состояние может оцениваться и как инфаркт миокарда (гипертоническая, язвенная и другая болезнь) с неврозоподобными (неврастеническими) явлениями и др.

Или диагноз "психопатия возбудимого круга у больного, перенесшего травму головного мозга", некоторыми врачами формулируется как "остаточные явления мозговой травмы с психопатоподобными расстройствами возбудимого круга". Такого рода неидентичные оценки одних и тех же болезненных состояний во врачебной практике наблюдаются достаточно часто.

Методически четкое формулирование диагноза в разных областях медицины предполагает вынесение на первое место основного заболевания и оценку сопутствующих расстройств как второстепенных. С этих позиций, как свидетельствует клиническая практика, вероятно, наиболее методически правильно и рационально с точки зрения обоснования терапевтического плана оценивать и психопатологические феномены во всех указанных случаях.

Формулировка диагноза имеет далеко не "академически" отвлеченное, а вполне конкретное значение и для обоснования терапевтических мероприятий, и для решения в ряде случаев серьезных медико-социальных вопросов.

Видя в качестве основной патологии инфаркт миокарда или какое-либо другое соматическое заболевание, в структуре динамического развития которого обнаруживаются неврозоподобные (психопатоподобные) расстройства, основное терапевтическое влияние необходимо направлять на ведущий и определяющий терапевтический процесс. Невротические (психопатические) симптомы в этих случаях обычно носят подчиненный характер и редуцируются вслед за основными соматическими расстройствами.

Это позволяет связывать их происхождение в первую очередь не с психогенией (в ряде случаев реакция на возникновение заболевания может носить для человека особо значимый характер и переходить в стабильное невротическое, но не неврозоподобное состояние), а с физиогенной астенизацией, травматическими, интоксикационными факторами, вегетативными дисфункциями и другими соматогенно (неврогенно) обусловленными неврозоподобными нарушениями.

Такого рода расстройства требуют симптоматического лечения, тесно связанного с основными терапевтическими мероприятиями. Другое дело, когда состояние обусловлено преимущественно психогенными причинами и определяется расстройствами и их динамикой, специфическими для той или иной клинической формы неврозов или психопатии.

В этих случаях соматическое состояние может носить подчиненный характер по отношению к психогенным нарушениям. Следуя логике построения диагноза, основное внимание при терапии этих состояний должно быть направлено на собственно невротические (психопатические) расстройства.

Представленное подразделение симптоматики, определяющей патологические нарушения при пограничных состояниях, на невротические, психопатические, неврозоподобные и психопатоподобные в известной мере носит схематический характер; они не исключают, а нередко и дополняют друг друга. Однако преобладающие в клинической картине расстройства определяют основной стереотип развития каждого конкретного пограничного состояния.

## Профилактика и раннее обнаружение

Вопросы профилактики и раннего обнаружения начальных проявлений пограничных психических расстройств, требуют изучения не только строго очерченных клинико-нозологических форм психических расстройств, но и многообразных и лабильных "пограничных среди пограничных" состояний "легкой", или, как еще говорят, "начальной нервности".

Изучение этих состояний оказывается наиболее успешным, если оно осуществляется "от большой психиатрии" к вариантам нормы. Иначе говоря, в тех случаях, когда врачу-исследователю оказывается под силу компетентно выявить и оценить дифференциально-диагностическое значение имеющихся у больного пограничных расстройств, сопоставив их с возможными начальными вариантами основных психических заболеваний, вероятность своевременной и правильной оценки болезненных нарушений значительно возрастает.

Напротив, при отсутствии у врача знаний и опыта клинических дифференциально-диагностических оценок пограничных и основных психических расстройств имеется значительная вероятность однобокой и неточной диагностической оценки состояния больного.

Аналогичная опасность поджидает и специалиста, не знакомого с изучением и оценкой психологически "нормальных" реакций у практически здоровых.

Если в первом случае возможно расширительное или, напротив, суженное понимание пограничных состояний за счет их разграничения с основными психическими заболеваниями, то во втором случае это возможно за счет смазывания границы между ними и вариантами нормы.

## Предрасполагающие личностно-типологические особенности человека

Одной из наиболее сложных проблем анализа пограничных психических расстройств является динамическая дифференциация личностно-типологических особенностей человека, которые за время болезни претерпевают "естественные", психогенно обусловленные, возрастные и другие психологически понятные изменения, а также являются результатом собственно психопатологических образований невротического уровня.

Без комплексного анализа указанных составляющих личностно-типологической прогредиентности в период развития различных невротических, психопатических, неврозоподобных и психопатоподобных расстройств и без учета возможностей их взаимовлияния нельзя сделать обоснованный вывод о характере имеющихся нарушений и их прогнозе.

Как показал опыт работы в клинических отделениях Федерального научно-методического центра пограничной психиатрии, назрела необходимость в определенной формализации психологических и клинико-психопатологических оценок состояния при пограничных психических расстройствах.

Таким образом, допускаемые с позиций возможных оппонентов ошибки в квалификации состояния обычно повторяются на каждом исследовательском этапе и, взаимно исключая друг друга, не влияют на решение главной задачи - выявления динамических тенденций и взаимоотношений между изучаемыми показателями.

Однако для уменьшения возможных ошибок и получения сопоставимых данных при заполнении диагностической карты рекомендуется использовать специальный глоссарий, разработанный для исследования динамики основных психопатологических проявлений невротических расстройств во время психофармакотерапии (Александровский Ю.А., Незнамов Г.Г. и др., 1987).

К числу показателей обобщенной характеристики личностно-психологических особенностей отнесены:

1) интроверсия;

2) экстраверсия;

3) гиперстеничность;

4) гипостеничность;

5) тревожная мнительность;

6) истероидность;

7) психическая ригидность;

8) импульсивность.

Наиболее типичная для невротических, психопатических (при декомпенсации состояния) и сходных с ними расстройств, психопатологическая симптоматика условно разделена на 8 групп:

тревожные (тревога) и фобические расстройства (1),

аффективные расстройства (пониженное настроение) (2),

астенические расстройства (повышенная истощаемость, утомляемость) (3),

истерические расстройства (4),

сенестопатически-ипохондрические расстройства (5),

навязчивости (6),

паранойяльные расстройства (7),

вегетативные расстройства (8).

Важнейшим общим положением работы врача-психиатра и других специалистов, занимающихся лечением больных с пограничными состояниями, является соблюдение профессионально-этических (моральных) и правовых норм взаимоотношений с ними.

В нашей стране в развитие рекомендаций Всемирной психиатрической ассоциации разработан и в 1994г. принят "Кодекс профессиональной этики психиатра".

Он четко регламентирует цель профессиональной деятельности врача-психиатра, требования к его профессиональной компетенции со специальным указанием на "непричинение вреда" больному, уважения к его личности, конфиденциальность сведений, получаемых при беседе с больным или его родственниками и т.д. (Тихоненко В.А. и др., 1996, 1997).

Соблюдение этических норм взаимоотношения с больным помогает не только сформулировать необходимые для постановки диагноза вопросы и решить конкретные клинические задачи, но и наиболее рационально планировать и осуществлять всю лечебно-реабилитационную тактику.

## Клинические особенности основных форм пограничных психических расстройств. Общие подходы

С некоторыми оговорами патологические проявления при психогениях и других пограничных состояниях в отечественной литературе в настоящее время принято рассматривать главным образом в рамках неврозов и психопатий ("расстройств зрелой личности и поведения у взрослых" - МКБ-10).

К ним примыкают кратковременные невротические реакции, носящие ситуационный характер (реакция испуга, астеническая реакция, реакция приспособления к новой обстановке и другие реакции, не имеющие выраженного патологического характера, рассмотрение которых возможно в рамках психологически понятного ослабления личностных адаптационных возможностей), а также случаи патологического развития личности и так называемые акцентуированные, аномальные личности.

В описании последних K. Leonhard (1968), А.Е. Личко (1974) и другие авторы особо выделяют различные типы "заострений" характера (черты личности, особенности стремлений) и темперамента (темп, качество, сила, глубина аффективных реакций). Акцентуированные личности, по их мнению, занимают промежуточное положение между состоянием психического здоровья и типичными психопатическими расстройствами.

Что касается неврозоподобных (псевдоневротических) и психопатоподобных (псевдопсихопатических) состояний, описываемых в рамках различных заболеваний (как продром, сопутствующий синдром, исход болезненного процесса), то их многообразие практически не поддается учету. Это указывает, в частности, на универсализм механизма невротических реакций при нарушении психологического и биологического гомеостаза. История систематики и разграничения пограничных психических расстройств многократно излагалась в нашей стране в специальных изданиях.

В достаточно полном виде, с разделяемых нами позиций, она представлена в вышедшем в 1987г. втором издании книги Г.К. Ушакова "Пограничные нервно-психические расстройства". Это дает основание, подчеркнув основные концепции, важные для дальнейшего изложения, специально не останавливаться на вопросах развития учения о пограничных состояниях, адресуя интересующихся читателей к указанной монографии.

Невротические реакции и состояния, психопатии и случаи патологического развития личности при условном схематическом их рассмотрении по существу являются основными узловыми пунктами пограничных состояний.

С одной стороны окружности находятся невротические реакции и состояния, являющиеся преимущественно реакцией на психическую травму, приводящую к дезадаптации социального положения личности (главным образом вследствие истощающих психических нагрузок или резко воздействующих стрессовых факторов), с другой - так называемые ядерные психопатии, в возникновении которых ведущее значение принадлежит конституциональным, генетически обусловленным или действовавшим на самых ранних этапах развития причинам, иными словами, биологическим факторам, в широком их понимании.

Патологические развития личности по существу являются группой заболеваний, объединяющих варианты невротических и патохарактерологических личностных изменений.

Для первых из них типично протрагированное участие психотравмирующих обстоятельств в генезе нарастающих изменений и сочетание затянувшихся собственно невротических расстройств с обусловленной ими характерологической динамикой. При этом обычно преобладает один из синдромов и не наблюдается изменения основного личностного стереотипа.

Для вариантов патохарактерологического развития, в отличие от невротического, в генезе наиболее предпочтительно сочетание психогении с соматогенными расстройствами и органическим поражением ЦНС. В этих случаях как бы "теряется" понятная связь динамических сдвигов с психогенией и постепенно нарастает дисгармония личности, при которой поступки определяются патологическими установками.

Одним из характерных признаков, объединяющих неврозы и отделяющих их от группы реактивно (психогенно) возникающих психотических состояний, является сохранность у больного критического отношения к болезни и способность руководить своими действиями и поведением.

Между неврозами и реактивными состояниями, протекающими без выраженных психотических нарушений, вероятно, нет принципиальных различий.

Невротическая реакция ограничена во времени, почти всегда обозначено начало ее возникновения и течения, обычно вначале она развивается только в ответ на конкретную дезадаптирующую психогенную ситуацию (дезадаптация в узком смысле).

При сохранении психотравмирующих влияний, отсутствии терапии и некоторых других обстоятельствах ослабленная психическая адаптация может постепенно стабилизироваться, в результате чего невротическое реагирование расширяется на все более широкий круг воздействий на человека ("общая дезадаптация", невротическое состояние). Однако при неврозах отсутствует выраженная прогредиентность заболевания.

В наибольшей мере эта клиническая закономерность относится к невротическим реакциям, которые нельзя дифференциально-диагностически изучать без параллельного анализа процессуальности. Сопоставление одного с другим служит важнейшим критерием для оценки состояния.

Е.К. Краснушкин (1929) делит психогенные реакции, на фоне которых формируются неврозы, на три типа:

1) реакции "глубинной личности" (по Krause), когда "психическое переживание доходит до сомы, и мозг вторично оказывается вовлеченным в процесс остальной физической личности...

Это - интерхарактерологические реакции, и связи их должны отыскиваться по внепсихическим путям... Образцом их являются шоковые катастрофные и некоторые эксплозивные реакции";

2) истерические реакции (три типа - шизоидия, синтония, эпилептоидия);

3) экзогенные реакции.

Важно подчеркнуть, что спустя 60 лет, в 1989 г., выступая на VIII Всесоюзном съезде невропатологов, психиатров и наркологов с докладом, посвященным патоморфозу и динамике невротических состояний, Н.Д. Лакосина (с соавт) среди важнейших показателей патоморфоза невротических нарушений обратила внимание на то, что Е.К. Краснушкин назвал реакцией состояния, "когда психическое переживание доходит до сомы".

Вследствие этого, по мнению Н.Д. Лакосиной, происходит соматизация клинических проявлений неврозов, при которых вегетативные дисфункции как бы определяют "видимый спектр" невротических проявлений, делая менее значимыми клинические различия между формами неврозов.

## Список литературы

1. Буль П.И. Основы психотерапии. Л., Изд-во Медицина; 1974.
2. Галачьян. О некоторых основах целостного понимания больного. М., Медгиз, 1954.
3. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., изд-во "Медицина", 1985.
4. Клиническая психология. 2-е международное издание. СПб, Питер, 2002.
5. Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка. Л., Медицина, 1986.
6. Основы психологического воздействия в клинике. В кн. "Клиническая психология". Учебник. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., изд-во "Питер", 2002, С.565-694.
7. Психокоррекция: теория и практика. М., Вита-Пресс, 1995.
8. Рудестам Кьелл. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. М., "Прогресс", 1993.
9. Смулевич А.В., Морозова М.А. Биологическая терапия. Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова. Том 1, Медицина, 1985 г.