Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Психиатрии

Реферат

на тему:

"Поведенческие нарушения: клиническая характеристика"

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к. м. н., доцент

Пенза 2008

План

Введение

1. Диагноз

1.1 Стандартная диагностическая классификация

1.2 Многоосевая диагностическая система

2. Психиатрические синдромы (нарушения, соответствующие оси I)

2.1 Синдромы органического поражения мозга и органические расстройства психической деятельности

2.1.1 Бред

2.1.2 Деменция

2.1.3 Интоксикация

2.1.4 Синдром отмены

3. Серьезные нарушения психики

3.1 Шизофренические и параноидные расстройства

3.1.1 Шизофрения

3.1.2 Состояние, близкое к шизофрении

3.1.3 Кратковременный реактивный психоз

3.1.4 Паранойя

3.2 Аффективные расстройства

3.2.1 Глубокая депрессия

3.2.2 Биполярное аффективное расстройство

3.2.3 Дистимическое расстройство

3.3 Состояния тревоги

3.3.1 Панический синдром

3.3.2 Генерализованная тревожность

3.3.3 Фобические расстройства

3.3.4 Другие состояния тревоги

3.4 Соматогенные психические расстройства

3.5 Диссоциативные расстройства

4. Личностные (ось II) изменения

Заключние

Литература

## Введение

Психиатрические расстройства у пациентов ОНП встречаются довольно часто. В исследовании Summers и соавт., где проводилось детальное скринирование у пациентов ОНП, частота психических заболеваний (в том числе связанных со злоупотреблением сильнодействующих препаратов и алкоголя) составила в среднем 38%. Психические заболевания у пациентов, поступающих в ОНП после полуночи, наблюдаются значительно чаще (56%), чем у "дневных" пациентов (20%). В ряде случаев именно психические расстройства являются первопричиной поступления пациента в ОНП. В других же случаях психические расстройства приводят к травме или какому-либо заболеванию, требующему неотложного лечения. Как показали скрининговые исследования, психические расстройства могут присутствовать в прошлом или в настоящем анамнезе пациента и не всегда имеют прямую связь с наблюдаемым неотложным состоянием.

В исследованиях с определением категорий психически больных пациентов ОНП наиболее часто отмечаются следующие диагнозы: злоупотребление сильнодействующими препаратами, аффективные расстройства, повышенное беспокойство и страхи, антисоциальное поведение и резко выраженные когнитивные нарушения.

## 1. Диагноз

При обследовании пациентов с психиатрической симптоматикой, как и при оценке других состояний, наблюдаемых в ОНП, врач должен уметь быстро стабилизировать острое состояние, по поводу которого пациент поступил в ОНП, и оценить его основные жалобы. Постановка специфического диагноза должна обязательно следовать за начальными стабилизирующими состояние больного мероприятиями. Вывод о том, что у пациента "суицид" и он нуждается в госпитализации, в данном случае (т.е. в ситуации оказания неотложной помощи) имеет более важное значение, нежели выяснение наличия у пациента шизофрении или психотической депрессии.

Тем не менее, предварительный психиатрический диагноз может быть поставлен уже в ОНП. Распознавание специфических поведенческих синдромов может помочь врачу ОНП в оценке предъявляемых жалоб в выявлении сопутствующих симптомов, в выборе лечения и соответствующем направлении пациента в то или иное медицинское учреждение, а также в передаче данных обследования консультантам. Таким образом, врач ОНП должен быть достаточно знаком с часто встречающимися психическими заболеваниями, чтобы правильно описать их клинические проявления.

Несмотря на все это, формулировка специфического диагноза до недавнего времени не была обязательной даже для психиатров, значительно более осведомленных в отношении психодинамики симптомов. Ненадежность психиатрических диагнозов послужила основным побуждающим фактором к разработке в 1970-е годы практических критериев оценки каждой нозологической формы, что позволяет как исследователям, так и клиницистам достаточно уверенно устанавливать наличие или отсутствие того или иного заболевания. Следует добавить, что эти критерии основываются как на внешних (видимых) проявлениях заболевания, так и на симптомах, описываемых пациентами, а не на бессознательных психических механизмах. Это облегчает диагностику для врачей ОНП и других врачей (не психиатров), ибо не требует от них детального знания патофизиологии и бессознательных психических процессов, протекающих в мозге.

## 1.1 Стандартная диагностическая классификация

Принятая в настоящее время диагностическая номенклатура опубликована в 1980 году Американской ассоциацией психиатров под названием "Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам" (третье издание, общеизвестное как ДСМ-Ш). Экземпляры ДСМ-Ш должны быть доступны в ОНП в качестве справочного пособия, поскольку в нем содержится не только перечень критериев для каждого психического заболевания, но и дополнительные материалы, касающиеся демографических данных, сопутствующих симптомов и синдромов, вопросов дифференциальной диагностики. В переиздание ДСМ-111 (ДСМ-111-R) внесены лишь небольшие изменения критериев оценки некоторых заболеваний.

## 1.2 Многоосевая диагностическая система

С помощью ДСМ-111 диагноз ставится на основе многоосевой системы, в которой каждая ось соответствует строго определенному классу информации. Расстройства, соответствующие оси I, включают клинические синдромы нарушения психики; состояния, относящиеся к оси II - это расстройства личности, а также прогрессирующие процессы, которые могут лежать в основе более выраженного синдрома, соответствующего оси I. Ось III включает состояния психической дезорганизации на фоне соматических расстройств. Оси IV и V соответствуют адаптивной функции высшей нервной деятельности и реакциям на психосоциальные стрессы. Врачу ОНП, как правило, не требуется проводить полную многоосевую диагностику, однако знание этой системы может облегчить ему понимание медицинских записей психиатра и помочь в общении с консультантом. Например, у пациента, имеющего предшествующие медицинские записи с указанием на диагноз (по системе ДСМ-111): "ось I - алкогольная интоксикация; ось II - антисоциальные расстройства личности; ось III - рваная рана на черепе", вероятнее всего, будут обнаруживайся признаки расстройства личности, хотя основная жалоба пациента может быть никак не связанной с данным диагнозом.

## 2. Психиатрические синдромы (нарушения, соответствующие оси I)

Целесообразная стратегия при диагностике по ДСМ-111 такова: классифицировать главный симптом (жалобу пациента) по одной из основных категорий системы, рассмотреть возможную органическую этиологию этого симптома, а затем использовать одно из предлагаемых в приложении А к ДСМ-111 решений (алгоритм диагностического поиска) для определения соответствующего заболевания или состояния.

## 2.1 Синдромы органического поражения мозга и органические расстройства психической деятельности

Раздел "Синдромы органического поражения мозга" включает описание группы синдромов, при которых аномальное поведение пациента предположительно является последствием органической патологии или воздействием той или иной экзогенной субстанции, нарушающей нормальную функцию мозга. Наиболее часто встречающимися проявлениями органического поражения мозга являются *бред, слабоумие (деменция), интоксикация и синдром отмены.* Амнестический синдром, при котором когнитивное расстройство ограничивается ухудшением памяти, наблюдается относительно нечасто. Другие синдромы органического поражения мозга: *органическое аффективное расстройство, бредовые состояния органической природы, органический галлюциноз и личностные расстройства органической этиологии -* определяются в том случае, когда органическая этиология предполагается на основании обследования, анамнестических данных или результатов лабораторных анализов, а также при наличии синдрома психопатического поведения, симулирующего "функциональное" психическое расстройство, например депрессию, шизофрению или расстройство личности.

Патологические состояния, относящиеся к оси I (по ДСМ-111):

Синдромы органического поражения мозга.

Бред.

Слабоумие (деменция).

Аффективные состояния органической природы.

Бредовые состояния органической природы.

Галлюциноз органической этиологии.

Личностные расстройства органической природы.

Основные психические расстройства.

Шизофренические расстройства.

Параноидальные состояния.

Аффективные расстройства.

Состояние страха и беспокойства.

Соматизированные нарушения психогенной природы.

Психосексуальные расстройства.

Диссоциативные расстройства.

Расстройства, связанные с употреблением сильнодействующих препаратов.

Нарушения приспособляемости (к окружающей среде).

Уже при начальной оценке психических расстройств следует исключить органическую этиологию аномального поведения пациента путем тщательного изучения анамнеза и проведения диагностических исследований. Такие исследования обычно требуют большего времени, чем то, которым располагает врач ОНП. Однако органическая этиология должна предполагаться практически во всех случаях необъяснимых нарушений мышления и поведения.

Существует ряд вполне определенных и довольно часто встречающихся причин развития синдромов органического поражения мозга, провоцирующий фактор которых хорошо известен. Примером может служить деменция в результате множественного инфарцирования мозга, а также делириум при синдроме алкогольной абстиненции, для которых имеются специфические критерии оценки в ДСМ-111. Подобные случаи, как и те, при которых психические расстройства вызываются определенным химическим веществом, в классификации определяются как "органические нарушения психики". Часто встречающиеся синдромы органического поражения мозга более подробно описаны ниже.

## 2.1.1 Бред

Подобно деменции, бред (или делирий) характеризуется глобальным нарушением познавательной функции мозга, однако он отличается от деменции двумя основными чертами. При бреде происходит затемнение сознания с резким ослаблением понимания и осознания окружающей среды (что проявляется затруднением концентрации внимания), возникает состояние безразличия и нереактивности различной степени - от сонливости до ступора, а также сенсорное расстройство восприятия. Первой отличительной чертой делирия является само его течение, которое характеризуется остротой с быстрым ухудшением в течение нескольких часов или дней, а не месяцев, как при деменции. Кроме того, течение делирия волнообразно изменяется на протяжении нескольких часов: какое-то время пациент представляется относительно нормальным, а несколько часов спустя может быть слишком возбужденным. При делирии часто наблюдаются резкие изменения психомоторной активности с колебаниями от выраженного беспокойства и гиперактивности до ступора, что вовсе нехарактерно для деменции, за исключением ее поздних стадий, когда может накладываться состояния делирия. При делирии нередки галлюцинации, обычно зрительные. В типичных случаях они связаны с реальной жизнью, при этом реакция пациента бывает очень сильной. Такие галлюцинации резко отличаются от зрительных галлюцинаций, возникающих у пациентов с психозами, которые описывают и переживают их довольно индифферентно.

## 2.1.2 Деменция

Важнейшим клиническим признаком деменции является генерализованное расстройство функции коры мозга в ряде областей, включая память, абстрактное мышление, способность к суждению, личностные особенности и другие высшие кортикальные функции, например речь. Если налицо помутнение сознания, то это еще не означает наличия у пациента исключительно деменции; скорее это бред или интоксикация. В наличии глобального когнитивного нарушения можно убедиться при проведении специального исследования у постели больного, например с использованием оценочного теста "минимального ментального состояния"; дополнительные, подтверждающие фактологические данные должны быть собраны у членов семьи. Нарушение памяти обычно является самым ранним признаком, очевидным для окружающих и, если только оно не слишком незначительное, может легко определяться при тестировании.

Больные с деменцией иногда доставляются в ОНП после их случайного обнаружения где-нибудь далеко от дома или лечебного учреждения, откуда они ушли бесцельно бродить. Поскольку начало деменции чаше всего бывает медленным и постепенным, поступление такого больного в ОНП обычно означает резкое ухудшение ментального статуса, которое может быть обусловлено присоединением интеркуррентного заболевания, побочными эффектами медикаментов или изменениями в окружающей среде; ко всем этим влияниям больные с деменцией очень чувствительны. Поскольку интеллектуальные и физиологические резервы у таких больных значительно снижены, дополнительное стрессорное воздействие приводит к резкому ухудшению состояния.

В клинической картине деменции на ранних стадиях может преобладать беспокойство, депрессия или психоз, что смазывает симптомы когнитивной дисфункции. Поэтому при обследовании пожилого пациента с впервые появившимися психическими расстройствами врач ОНП должен сохранять высокую степень подозрительности в отношении деменции. Кроме того, у больных с деменцией часто обнаруживаются нераспознанные ранее соматические заболевания, что связано с их неспособностью правильно воспринимать или описывать имеющиеся симптомы. Поэтому таким больным с самого начала врачебного наблюдения всегда показано тщательное обследование с проведением соответствующих лабораторных анализов.

Следует заметить, что деменция не является синонимом прежнего обозначения "хронический синдром органического поражения мозга", что предполагает необратимость данного состояния. К обычным причинам обратимой деменции относятся метаболические и эндокринные расстройства, полипрагмазия и депрессия. Часто, особенно у пожилых людей, тяжелая депрессия имитирует деменцию - состояние, нередко ошибочно именуемое "псевдодеменцией", хотя правильнее было бы называть его "обратимой деменцией при депрессии". Достаточно острое начало заболевания, резкие изменения состояния и вегетативные расстройства, такие как потеря аппетита и массы тела, расстройство сна или проявления синдрома повышенной виновности и суицидальные настроения - все это указывает на депрессию как причинный фактор. В таких случаях соответствующее лечение, направленное на нормализацию настроения, приводит к полному исчезновению когнитивных нарушений.

## 2.1.3 Интоксикация

Диагноз интоксикации ставится в тех случаях, когда недавнее применение пациентом специфических химических агентов вызывает неадекватное поведение и нарушение суждения, восприятия, внимания, эмоционального контроля и психомоторной активности, но при этом отсутствуют признаки бреда, галлюцинации или иные проявления синдромов органического поражения мозга. Там, где токсический агент известен, это следует обязательно отметить (например, алкогольная интоксикация или интоксикация амфетамином). Специфические признаки синдромов интоксикации, часто наблюдаемые в ОНП, более детально описаны в разделе, посвященном токсикологии. Диагноз интоксикации, как правило, ставится значительно быстрее и легче, если при лабораторных анализах определяются тип и количество токсического агента, циркулирующего в крови. Клинические проявления алкогольной интоксикации хорошо известны опытным врачам ОНП; их диапазон достаточно широк - от нарушения суждения и координации до атаксии, летаргии и комы. Если в течение короткого периода времени возникают повторные эпизоды интоксикации, то пациент, по определению, имеет расстройство, связанное со злоупотреблением сильнодействующего агента; в этом случае проводится дополнительная диагностика.

## 2.1.4 Синдром отмены

Синдром отмены вызывается прекращением или резким уменьшением приема того химического агента, к которому у больного имеется привыкание. Такой диагноз ставится в тех случаях, когда при прекращении длительного приема определенной химической субстанции наблюдаемый клинический синдром не соответствует критериям определения делирия или иного органического поражения мозга. Так, в подобных случаях могут определяться слабо выраженные формы алкогольной абстиненции, однако при наличии спутанности сознания, галлюцинаций и возбужденного состояния речь идет о делириозной форме алкогольной абстиненции. Диагноз ставится при идентификации синдрома отмены наряду с признаками недавнего употребления алкоголя в количестве, достаточном для возникновения абстиненции при прекращении (или резком сокращении) его приема. Специфичность клинической картины синдрома определяется самим химическим агентом, к которому у больного имеется привыкание.

Развитие алкогольной абстиненции, например, включает четыре стадии: автономную гиперактивность (через 6-8 часов после отмены); галлюцинации (через сутки после отмены); судорожные припадки (1-2 дня спустя) и глобальное помутнение сознания (через 3-5 дней после отмены). Некоторые синдромы абстиненции (например, при отмене барбитуратов или алкоголя) могут носить жизнеугрожающий характер.

## 3. Серьезные нарушения психики

К серьезным психическим расстройствам относятся существенные нарушения личности в социальной и профессиональной сфере; обычно они включают психозы, аффективные состояния, беспокойство и состояния, связанные со злоупотреблением теми или иными химическими агентами. Данное определение до некоторой степени спорно, так как и другие состояния психики могут вызывать серьезные нарушения деятельности человека, однако подобная классификация целесообразна с точки зрения концептуальной основы понимания вышеназванных расстройств. Серьезные психические расстройства в настоящее время весьма нередки и могут выявляться у значительной части пациентов, наблюдаемых в большинстве ОНП. Такие пациенты или члены их семей часто избегают обращаться к психиатрам из-за неизбежного впоследствии ярлыка "психически больной". Их обращение в ОНП представляется им единственной возможностью воспользоваться системой здравоохранения. Кроме того, в силу недостаточной логичности суждений, ввиду финансовых затруднений или когнитивных нарушений многие психически больные люди остаются без регулярной медицинской помощи до возникновения какой-либо ургентной ситуации. Тогда они ищут решения своих проблем именно в ОНП. Большинство серьезных проявлений психического заболевания (суицид, психозы и стремление к совершению насилия) относится к неотложным состояниям и, следовательно, имеют прямое отношение к ОНП. Поэтому от врача ОНП требуются основательные знания и умение распознать психические расстройства; кроме того, он должен осуществить необходимые вмешательства и стабилизировать состояние пациента, а также направить его в специализированное лечебное учреждение (с госпитализацией, если необходимо) или на амбулаторное лечение.

## 3.1 Шизофренические и параноидные расстройства

Шизофренические и параноидные расстройства характеризуются наличием симптомов психоза; прежде всего бреда и галлюцинаций. Бредовые идеи определяются как навязчивые ложные представления о чем-либо, которые невозможно опровергнуть разумными аргументами или фактами и которые не разделяются другими людьми того же культурного уровня, что и больной. Следует выделить несколько часто встречающихся форм бреда. При бреде преследования больному кажется, что кто-то хочет на него напасть, выследить его, пристать или тайно замышляет что-то против него. Бывают и бредовые идеи грандиозного характера с включением в них каких-то космических сил или энергий. Встречается также бред абсурдного, очень надуманного содержания: мысли больного управляются якобы внеземными существами и т.п.

Галлюцинации - это ложное восприятие окружающей среды органами чувств при сохранении нормального сознания. Чаще всего встречаются слуховые галлюцинации, за ними следуют (в убывающем порядке) зрительные, тактильные, обонятельные и вкусовые. Наиболее часто наблюдаемым психозом является шизофрения, детально описанная в следующем разделе. Другие психотические состояния, кратко обсуждаемые в этой главе, встречаются значительно реже.

## 3.1.1 Шизофрения

Шизофрения представляет одну из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения во всем мире; на нее приходится 25% госпитализаций в психиатрические больницы. Ее основными признаками являются неспособность больного к нормальной жизни в обществе, наличие галлюцинаций или характерных бредовых идей при отсутствии причинного фактора органической этиологии. В недавних исследованиях отмечается важность генетического фактора в этиологии заболевания. Шизофрения, вероятнее всего, представляет совокупность расстройств различной этиологии, которые имеют общий конечный результат, как в случае умственной отсталости. Шизофрения - это заболевание мозга; ее причинными факторами вряд ли являются психосоциальные стрессы или дурное воспитание в семье, хотя они могут оказывать глубокое влияние на адаптацию больного к этому обычно хроническому заболеванию. Шизофрения обычно начинается в позднем подростковом или юношеском возрасте, но ее возникновение возможно в любом возрасте. При шизофрении у детей часто отмечаются повышенная робость и застенчивость, странность или эксцентричность поведения, затруднения при обучении в школе или подозрительность, однако такие проявления наблюдаются не всегда.

Развитию фазы активного бреда или галлюцинаций обычно предшествует продромальная фаза, когда отмечается постепенное ухудшение психической функции. Подобные нарушения обычно включают возникновение или нарастание социального аутизма (патологическая замкнутость), странное поведение или речь, затруднение деловых контактов в школе или на работе. Больные или их родители и близкие редко обращаются за врачебной помощью, пока не наступит фаза активного психоза. Шизофреники избегают контактов с врачом ввиду отсутствия критической самооценки: они не осознают, что их восприятие, мышление и поведение аномальны.

Антипсихотические препараты обычно уменьшают бред и галлюцинации. Другие проявления шизофрении, включая "негативную симптоматику" (отсутствие воли, притупление эмоций, ослабление внимания и ангедония) хуже поддаются действию антипсихотиков. Подобные симптомы обусловливают несостоятельность больного в том, что касается самообслуживания, работы и социальных отношений.

Для шизофрении характерна дезорганизация мышления и поведения. На такую дезорганизацию указывают неряшливый внешний вид и рассеянность, странное поведение, отсутствие здравого смысла в рассуждениях и недостаточная общительность, а также отсутствие ассоциативного мышления. Последнее отражает отсутствие нормальных логических связей в процессе мышления, от чего речь шизофреников часто бывает путаной, бессвязной или лишенной здравого смысла. Фантастические представления и странные идеи они высказывают в индифферентной манере, не меняя выражения лица.

Обычные причины обращения шизофреников в ОНП включают обострение психоза вследствие стресса или невыполнения предписаний врача в отношении медикаментозного лечения, суицидальные попытки, агрессивное поведение, часто в результате параноидного мышления, а также экстрапирамидные побочные эффекты. Шизофреники составляют значительную часть бездомных (бомжей) и могут быть доставлены в ОНП работниками полиции в весьма жалком состоянии, явно неспособными к элементарному самообслуживанию. Отсутствие здравого мышления и дезорганизация нередко обусловливают их пренебрежение к своему здоровью, поэтому их физическое состояние требует не меньшего внимания, чем психическое.

## 3.1.2 Состояние, близкое к шизофрении

Состояние, подобное шизофрении, диагностируется в том случае, когда клинические проявления психического заболевания удовлетворяют критериям шизофрении, но непрерывная длительность симптоматики составляет менее 6 месяцев. Быстрое начало (в течение нескольких дней) и хорошее преморбидное состояние наблюдаются чаще, чем при шизофрении.

## 3.1.3 Кратковременный реактивный психоз

У некоторых лиц состояние острого психоза может возникать в особых жизненных ситуациях, крайне травмирующих их психику. Если такой психоз длится менее 2 недель, то он определяется как "кратковременный реактивный психоз". Провоцирующие факторы психоза включают такие обстоятельства, как смерть любимого человека, а также жизнеугрожаюшие ситуации, например, бой или стихийное бедствие. Для данного психоза характерны эмоциональный всплеск, спутанность сознания, крайне странное поведение и бессвязная речь.

## 3.1.4 Паранойя

Параноидные (или бредовые) состояния составляют отдельную группу психических расстройств (отличных от шизофренических расстройств), характеризующихся бредом преследования или бредом ревности при отсутствии галлюцинаций и сохранении ассоциативного мышления. При параноидных состояниях, в отличие от шизофрении, редко наблюдается нарушение обычной жизнедеятельности и пациент может выглядеть и представляться вполне нормальным, если не высказывает свои бредовые идеи. Заболевание возникает в зрелом или пожилом возрасте и развивается в течение нескольких месяцев или лет, причем тематика бреда имеет характерную последовательность - окружающие находятся в заговоре против больного, насмехаются над ним, преследуют его, пытаются отравить или пристают к нему. Безосновательная убежденность больного в измене супруга (супруги), т.е. бред ревности, является частой формой паранойи.

Врач ОНП может услышать угрозы больного в адрес супруги (или супруга) или стать свидетелем каких-либо насильственных действий, направленных на "противника", а также суицидальных попыток, связанных с бредовыми идеями. Параноидные состояния довольно редки; причиной этого синдрома чаше является психотическая депрессия или хроническое злоупотребление теми или иными стимуляторами.

## 3.2 Аффективные расстройства

Аффективные расстройства, или нарушения настроения, являются едва ли не самыми частыми среди основных психических расстройств; они имеют место у 10-15% лиц (в обшей популяции) в тот или иной период их жизни. Депрессивные состояния служат основной причиной самоубийств. Безуспешная попытка самоубийства может привести неудачника в ОНП. Аффективные расстройства, злоупотребление сильнодействующими препаратами (или алкоголем) и навязчивые страхи - наиболее частые психиатрические диагнозы у пациентов ОНП.

Нарушения настроения отличаются от его нормальных колебаний (крайнее выражение горя или радости) взрывом психологических и вегетативных проявлений (депрессивный или маниакальный синдром) и нарушением обычной жизнедеятельности. Могут присутствовать любые признаки шизофрении (бред, галлюцинации или дезорганизация жизнедеятельности), однако диагноз психотического нарушения настроения ставится лишь при наличии полного депрессивного или маниакального синдрома. Другой важной характеристикой аффективных расстройств является их тенденция к эпизодичности с периодами ремиссии и нормальной активности.

## 3.2.1 Глубокая депрессия

Основным признаком глубокой депрессии является устойчивое дисфорическое (грустное) настроение или прогрессирующая потеря интереса к привычной деятельности, что продолжается не менее 2 недель. Сопутствующие психологические симптомы включают чувство вины за содеянное, "самобичевание", чувство безнадежности или собственной никчемности, невозможность ощутить удовольствие от чего-либо и навязчивые мысли о смерти или самоубийстве. "Вегетативные симптомы" проявляются нарушением обычных физиологических функций и включают потерю аппетита и массы тела, нарушение сна, повышенную утомляемость, неспособность сосредоточиться и психомоторное возбуждение или заторможенность. Депрессия может нарастать постепенно или развивается быстро, но обычно проходит несколько недель, прежде чем пациент обращается к врачу.

Если жалобы пациента отражают полный спектр депрессивной симптоматики, то диагноз глубокой депрессии не вызывает особых затруднений, но там, где основной жалобой является единственный симптом, такой как бессонница или повышенная утомляемость для постановки диагноза глубокой депрессии необходим тщательный поиск других симптомов.

Соматические симптомы, такие как неопределенная (нелокализованная) боль или слабость, могут быть частью проявлений глубокой депрессии, как и беспокойство общего характера.

Глубокая депрессия чаще наблюдается у женщин, у лиц с семейным анамнезом депрессии или суицида, а также у лиц с другими психическими (или иными) заболеваниями. Если какое-либо заболевание или лекарственный препарат вызывает депрессивный синдром посредством предполагаемого биологического воздействия на мозг, то ставится диагноз "органического аффективного расстройства". Глубокая депрессия часто накладывается на другие психические расстройства, такие как расстройства, возникающие при злоупотреблении теми или иными химическими агентами, личностными нарушениями и беспокойством (тревожностью).

Первичные аффективные расстройства чаше имеют непсихические проявления, семейный характер и лучше отвечают на соматическое лечение антидепрессантами, чем органические аффективные расстройства. Риск самоубийства при глубокой депрессии составляет 15%, поэтому в таких случаях абсолютно показана быстрая и агрессивная терапия. Рецидивы глубокой депрессии весьма нередки, так что некоторые больные должны с профилактической целью получать поддерживающую терапию в течение длительного времени.

## 3.2.2 Биполярное аффективное расстройство

Биполярное расстройство, раньше обозначавшееся термином "маниакально-депрессивный синдром", характеризуется присоединением мании. Полностью развившийся маниакальный синдром является одним из наиболее ярких и определенных состояний в клинической практике. Основным нарушением в настроении при этом является чувство невероятного счастья и приподнятости или выраженного возбуждения. При маниакальном состоянии больные чувствуют себя "на вершине мира", они экспансивны, энергичны, однако это настроение может быстро смениться упрямым желанием спорить, отстаивая свои мысли, а также проявлениями враждебности и сарказма, особенно если окружающие препятствуют выполнению их планов.

Вегетативными симптомами мании являются уменьшение потребности в отдыхе и сне, повышенная психическая и двигательная активность, быстрая, подавляющая окружающих речь и ускоренный темп мышления. При маниакальном состоянии нередко возникают грандиозные идеи (например, нереальные планы начала большого бизнеса или открытия собственной конторы) и если "грандиозность" достигает бредовых масштабов, эти больные могут чувствовать себя знаменитыми, сказочно богатыми или наделенными свыше особым могуществом и способностями. Необдуманная трата денег и беспорядочная половая жизнь нередко создают серьезные проблемы, побуждающие близких больного обратиться за врачебной помощью, так как сам больной, как правило, не осознает своего аномального состояния, полагая, что с ним не может случиться ничего дурного. По этой причине информация, полученная от близких больного, часто помогает поставить вполне обоснованный диагноз. Поскольку пациенты с маниакальными эпизодами практически неизбежно временами испытывают депрессию (другой "полюс" биполярного расстройства), указания в анамнезе на такие периоды депрессии также способствуют точной диагностике.

Данное расстройство одинаково часто наблюдается у мужчин и женщин; его начало обычно приходится на третье или четвертое десятилетие жизни. Осложнения включают суицидальные попытки, злоупотребление теми или иными токсико-химическими агентами (в маниакальный период часто имеет место чрезмерное употребление алкоголя), а также расторжение брака и уход с работы. Течение заболевания волнообразное; продолжительность, частота и регулярность маниакальных эпизодов весьма вариабельны. Периоды депрессии наблюдаются чаше, чем маниакальные эпизоды.

## 3.2.3 Дистимическое расстройство

Дистимическое расстройство является более хронической и менее тяжелой формой глубокой депрессии. Симптоматика расстройства сохраняется, по крайней мере, в течение 2 лет, причем на периоды нормального настроения приходится не более нескольких месяцев. Психотические признаки не наблюдаются; такие больные часто бывают мрачными на протяжении всей жизни, им свойствен пессимистический взгляд на окружающее. Женщины страдают дистимией чаще, причем заболевание обычно возникает в подростковом возрасте или вскоре после двадцати лет. Часто отмечаются ассоциированные расстройства личности и злоупотребление токсико-химическими агентами. Если присутствуют вегетативные симптомы, то они обычно бывают менее выраженными, чем при глубокой депрессии. Глубокая депрессия может накладываться на дистимию, нередко вследствие стрессорных ситуаций. Когда дистимия осложняется глубокой депрессией, больной может поступить в ОНП в связи с тяжелыми проявлениями заболевания или для лечения после неудачной попытки самоубийства.

## 3.3 Состояния тревоги

Состояния тревоги относят к психическим расстройствам, при которых мрачное предчувствие, страхи и чрезмерное беспокойство доминируют в настроениях индивидуума. Патологические степени тревоги сопровождаются разными степенями вегетативных расстройств, не соответствующих какой-либо реальной опасности или угрозе. Поскольку беспокойство (тревога) является убиквитарным состоянием и нередко связано с каким-либо заболеванием, депрессией, органическим поражением мозга или психозами, диагноз первичного тревожно-мнительного состояния ставится при исключении других причинных факторов.

Такого рода расстройства обнаруживаются у 2-4% населения и чаще диагностируются у женщин. Поскольку при тревожно-мнительных состояниях имеют место симптомы вегетативно-соматических расстройств, пациенты ищут помощи скорее у терапевтов, нежели у психиатров.

## 3.3.1 Панический синдром

Больные, периодически испытывающие приступы резко выраженного страха, страдают, как принято говорить, синдромом "паники". Приступ паники состоит во внезапном наступлении сильного страха и крайнего беспокойства и сопровождается рядом вегетативных симптомов, включая учащенные сердцебиение, тахикардию, поверхностное и учащенное дыхание, стеснение в груди, головокружение, усиленное потоотделение и дрожь. В большинстве случаев симптомы развиваются в течение нескольких минут и могут быть неспровоцированными или возникают при наличии провоцирующих факторов (например, боязнь оказаться в толпе народа). После возникновения подобных приступов некоторые больные начинают избегать ситуаций, которые, по их представлению, способны вызвать панику. Такое поведение больного может серьезно отразиться на его обычной активности. При наличии существенного ограничения активности диагностируется агорафобия (боязнь открытых пространств, или, дословно, рыночных площадей). При агорафобии больной склонен избегать таких ситуаций, когда выбраться из толпы или получить необходимую помощь во время приступа невозможно. Частота и выраженность приступов панического страха различны, но заболевание, как правило, бывает хроническим. Большинство больных с нетяжелой формой агорафобии вступают в брак, работают и редко нуждаются в госпитализации в психиатрическую больницу, если только не происходит наложения депрессии на тревожно-мнительное состояние.

Ввиду очень яркого и даже устрашающего проявления приступов панического страха, а также их неожиданного возникновения именно ОНП становится для таких пациентов первым местом получения медицинской помощи. Наблюдаемые при их поступлении симптомы могут имитировать самую различную ургентную патологию, поэтому тщательное исключение органической этиологии заболевания обязательно.

## 3.3.2 Генерализованная тревожность

В том случае, когда приступы беспокойства и тревоги отсутствуют, но пациент жалуется на постоянную озабоченность, внутреннее напряжение и состояние неопределенной тревоги, ставится предположительный диагноз генерализованной тревожности. Такое состояние длится не менее 6 месяцев и характеризуется осознанной озабоченностью, мышечным напряжением и подергиваниями, бессонницей, раздражительностью, беспокойством и рассеянностью. Мышечное напряжение может быть настолько выраженным, что больной действительно испытывает диффузную боль в мышцах. Сопутствующие симптомы со стороны вегетативной нервной системы включают сердечно-легочные, желудочно-кишечные и неврологические проявления, наблюдаемые при приступах панического страха. Однако при генерализованной тревожности эти симптомы отличаются большей продолжительностью и имеют более хронический характер.

## 3.3.3 Фобические расстройства

Прочие фобические расстройства, кроме агорафобии, редко служат причиной обращения больных в ОНП. При фобиях симптомы тревожности распознаются как резко выраженные проявления и возникают в специфической ситуации (или при ее ожидании), что затем приводит к упорному стремлению больного избегать определенных "стимулов" (провоцирующих ситуаций) и, следовательно, к нарушению его жизнедеятельности. При социальных фобиях больные опасаются оказаться в центре внимания окружающих, панически боятся публичных выступлений или общения с незнакомыми людьми. Простые фобии наблюдаются весьма часто; это касается очень специфических страхов (например, боязнь собак или других животных, боязнь высоты, темноты или полета в самолете).

## 3.3.4 Другие состояния тревоги

Серьезное расстройство может быть связано с реакцией страха, возникшего вследствие тяжелого психосоциального стрессорного воздействия, обычно носящего жизнеугрожающий характер (например, в бою, при пожаре, изнасиловании или стихийном бедствии). Симптоматика расстройства включает навязчивые представления и воспоминания о пережитом событии, кошмарные видения, эмоциональную онемелость, специфическое чувство вины и различные степени депрессии и беспокойства. Частым осложнением, по-видимому, является злоупотребление сильнодействующими препаратами или алкоголем.

Обсессивно-компульсивное расстройство является относительно редким психическим состоянием, при котором пациент не может избавиться от навязчивых мыслей или представлений. В типичных случаях больной мысленно выстраивает схемы насилия по отношению к себе или другим, заражения или извращенных сексуальных действий, которые, конечно, не будут реализованы, но, тем не менее, больной продолжает фантазировать на эти темы. Для того чтобы избавиться от навязчивых мыслей, больной может прибегать к компульсивному поведению или почти ритуальным действиям, таким как чрезмерное, длительное умывание, повторный счет или остановка в поступательном движении. Когда навязчивые состояния и выполнение "ритуальных действий" начинают занимать слишком много времени, значительно инвалидизируя больного, ему приходится обращаться за помощью к психиатру. Ощущение своей беспомощности и ухудшение общего состояния иногда приводят к развитию депрессии, что также побуждает больного к обращению в медицинское учреждение.

## 3.4 Соматогенные психические расстройства

Нередко пациенты предъявляют специфически жалобы или имеют такие симптомы, которые не представляется возможным идентифицировать. Если физический причинный фактор определенно исключается и жалобы не являются бредом или проявлением депрессии или чрезмерной тревожности, то следует подумать о соматоформных психических расстройствах. Там, где речь идет о потере функции, обычно ЦНС (например, паралич, слепота, немота), а психологические факторы предположительно являются этиологическими, может иметь место конверсионное расстройство. Термин "конверсия" отражает гипотезу Фрейда, согласно которой нереализованная эмоция, связанная с травматизируюшим событием или ситуацией, "конвертируется" в соматические симптомы и признаки. Поэтому популярная форма лечения включает использование "свободных ассоциаций", или гипноза, для воссоздания последовательности травматизируюших событий, что позволяет пациенту выразить соответствующие эмоции и, следовательно, устраняет клинические проявления расстройства. Конверсионные расстройства гораздо чаше наблюдаются у лиц с невысоким психологическим и культурным уровнем. В условиях ОНП этот диагноз следует ставить крайне осторожно (если уж он ставится), так как исследования показывают, что у многих пациентов с диагнозом конверсионного расстройства впоследствии наблюдаются признаки органической патологии, объясняющей данную симптоматику. Ошибочное же объяснение жалоб больного психическим расстройством очевидно лишает больного соответствующего лечения.

Некоторые пациенты предъявляют множество различных жалоб и в течение длительного времени имеют указания в анамнезе на какие-либо осложнения, по-видимому, не находящие медицинского обоснования. Такие лица могут иметь расстройство соматического характера, которое возникает в подростковом или молодом (20-30 лет) возрасте, обычно у женщин, и нередко приводит к излишней диагностике и ненужному хирургическому вмешательству. В типичных случаях такой пациент - это женщина средних лет, описывающая свое заболевание как "нарушение буквально всех систем организма", причем это описание носит драматический и сумбурный характер. Часто отмечаются конверсионные симптомы, жалобы, связанные с нарушениями менструации, многоочаговая боль, головокружение и различные психиатрические симптомы. Диагноз ставится при выяснении (со слов пациента) наличия ряда симптомов соматизации (табл.2), а также количества симптомов с необъяснимыми причинными факторами, которые побудили пациента обратиться к врачу или прибегнуть к приему медикаментов с целью их устранения.

Симптомы соматизированного психического расстройства:

Ощушение себя больным на протяжении всей жизни.

Потеря голоса.

Затруднения при глотании.

Паралич.

Немота.

Двоение в глазах.

Затуманенность зрения.

Задержка мочеиспускания.

Боли в животе.

Рвота.

Тошнота.

Кровотечение.

Нерегулярность менструаций.

Чрезмерная боль.

Усиленная кровопотеря или вздутие живота.

Осложнения, связанные с беременностью (неукротимая рвота).

Боль при соитии.

Отсутствие оргазма.

Боль.

В спине

В суставах.

В конечностях.

В груди.

Поверхностное и учащенное дыхание.

Учащенное сердцебиение (пальпитации).

В том случае, когда наличие заявленных пациентом симптомов не может быть опровергнуто при соответствующем обследовании, проводимом с целью идентификации причинного фактора, может диагностироваться ипохондрический синдром. Этот диагноз представляется правильным при отсутствии у пациента более генерализованной и хронической соматизации.

Наконец, если единственной жалобой является боль, а ее интенсивность и инвалидизирующий эффект остаются клинически необъяснимыми, то следует подумать о диагнозе идиопатической или психогенной боли.

Идентификация соматоформного расстройства в ОНП имеет столь серьезные последствия в отношении проведения последующего лечения, что рекомендуется избегать окончательного диагностирования истерии или функциональной патологии при отсутствии аналогичной симптоматики в прошлом анамнезе (в течение длительного времени), а также явной органической патологии. Это тем более важно ввиду того, что четко установленный синдром конверсии или иное психогенное расстройство вовсе не гарантирует от возможного наслоения вполне курабельного заболевания; наличие новых симптомов всегда оправдывает проведение тщательного обследования с целью поиска соответствующих объективных данных. Если же врач вполне уверен в отсутствии органического поражения, то пациента необходимо убедить в отсутствии у него какого-либо серьезного заболевания. При этом следует избегать формулировок типа "причина кроется в вашей голове", поскольку пациент вряд ли поверит этому.

Наилучшим лечением при такого рода расстройствах является регулярное наблюдение пациента терапевтом или семейным врачом. Пациенты с соматоформным расстройством обычно упорно сопротивляются их направлению к психиатру.

## 3.5 Диссоциативные расстройства

Диссоциативные расстройства составляют группу малоизвестных и недостаточно изученных состояний, главным признаком которых является резкое изменение нормальной интегративной функции осознанной идентификации окружающего. Диссоциация часто возникает вследствие тяжелого стресса и может носить рекуррентный характер, хотя она редко имеет перманентное течение. В ОНП наблюдаются такие формы диссоциативного состояния, как психогенная амнезия и психогенная реакция бегства. В первом случае происходит временная потеря памяти (что не связано с органическим поражением мозга), во втором - аналогичная потеря памяти сочетается с бегством из дома. Диссоциативные расстройства трудно отличить от симуляции, когда индивидуум может сознательно имитировать потерю памяти, преследуя при этом совершенно определенную цель (например, избежать наказания при побеге или в случае дезертирства из армии). Как и в остальных ситуациях, следует исключить причинные факторы органической природы, такие как интоксикация сильнодействующими препаратами, а также расстройство, обусловленное транзиторной глобальной амнезией.

Другие состояния в этой категории психических расстройств включают многофакторные расстройства личности и деперсонализацию.

## 4. Личностные (ось II) изменения

Под личностью в психиатрии понимается характер восприятия индивидуумом своего окружения, отношение к нему и реакция на него, а также характер межличностных отношений. Если определенный характер поведения сохраняется на протяжении всей жизни, а не ограничивается периодами заболевания и обусловливает существенное нарушение социальной или профессиональной деятельности либо вызывает значительный стресс, то налицо расстройство личности. Некоторые индивидуумы вполне осознают последствия своего поведения, но не в состоянии фундаментально изменить что-либо. Большинство же пациентов, наблюдаемых в лечебных и психиатрических учреждениях и имеющих диагноз расстройства личности, не совсем ясно понимают, почему их поведение вызывает отчуждение окружающих или усиливает их собственный стресс. Даже когда такое понимание возможно, реальные изменения личности маловероятны.

Такого пациента часто можно распознать по его необычным поведенческим реакциям при контакте с врачом и медперсоналом. Антисоциальные личности, например, сразу же обнаруживают себя: они, по-видимому, вполне контролируют ситуацию, в отличие от пациентов с психозом или депрессией, но, тем не менее, не в состоянии изменить своего неадекватного или неприемлемого поведения. Такой пациент может обратиться в ОНП по каким-то неясным причинам, которые не всегда удается установить. Диагноз расстройства личности наиболее часто фигурирует у симулянтов.

При наличии указанных признаков, которые явно нарушают какие-либо важные стороны жизни пациента, можно заподозрить расстройство личности. Следует соответственно оценить основную предъявляемую жалобу, поскольку у пациентов с четко установленным расстройством личности не исключено последующее развитие какого-либо соматического заболевания.

Чаще всего в ОНП приходится сталкиваться с пациентами, имеющими антисоциальное расстройство личности. Оно имеет постоянный характер и проявляется неуживчивостью и игнорированием прав других людей, которое выражается различными способами и связано с криминальным поведением, драчливостью, ложью, дурным обращением с зависимыми лицами, детьми и супругой (супругом), финансовой безответственностью, безрассудством и неспособностью поддержания устойчивой привязанности к близким людям.

Социопатическое поведение начинается до 15-летнего возраста, однако диагноз может быть поставлен лишь по достижении 18-летнего возраста. Соииопатия гораздо чаще встречается у мужчин, у лиц, принадлежащих к более бедным слоям населения, а также в семьях алкоголиков и социопатов. Обычными осложнениями являются злоупотребление алкоголем и наркотиками, заключение (пребывание в колонии или тюрьме), многочисленные разводы, травматические повреждения, случайная или насильственная смерть, а также несоблюдение врачебных предписаний.

Лечение подобных пациентов в ОНП часто бывает бесполезным, однако гнев по отношению к ним можно свести к минимуму; следует поторопиться с введением такого больного в определенные рамки поведения, обратив внимание на его основную жалобу и проинформировав его в отношении возможностей врачебного подхода к его проблемам. Не следует форсировать эффективное психиатрическое вмешательство, хотя у некоторых пациентов улучшение может наступить вследствие воздержания от алкоголя или наркотиков, проведения психотерапии или в результате организованного религиозного влияния; при этом мотивацией может быть внушение им возможной перемены их жизни к лучшему. К счастью, к концу третьего десятилетия жизни или позже наиболее агрессивное поведение многих антисоциальных психопатов как бы "выгорает", хотя их способность приспосабливаться к окружающей социальной среде остается всегда на грани срыва.

## Заключние

Официальная классификация психический расстройств (ДСМ-111) дает основу для понимания сложных клинических проявлений у психически больных лиц. Использование диагностических критериев и алгоритмов позволяет врачам ОНП точнее идентифицировать наблюдаемые синдромы, что облегчает контакт с консультантами (психиатрами) и проведение соответствующего и специфического лечения.

## Литература

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ. /Под Н52 ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. - М.: Медицина, 2001.
2. Медицина критических состояний. Общие проблемы. Зильбер А.П., Петрозаводск, издательство ПГУ, 1995 год